

Licenciatura en Educación Física

Tesina:

**Entre la Psiquiatría y la Educación Física:
la Gimnoterapia como herramienta terapéutica
en el Hospital Vilardebó (1950)**

Samuel DUARTE

Antonella DEVOTTO

Victoria LÓPEZ

Jenny NOGUEIRA

Victoria TECHERA

Tutoras: Profa. agr. Agustina CRAVIOTTO; Asist. María Elena DARRIGOL

Grupo de investigación: Analítica y erótica del cuerpo.

Línea: Prácticas Corporales y Acción Terapéutica

Montevideo, 4 abril de 2025

Índice

Introducción.....	2
Objetivos.....	5
Apartado teórico metodológico.....	5
Capítulo 1.....	14
1.1 La Laborterapia en el Hospital Vilardebó.....	14
1.1.1 Salud mental: breve recorrido histórico.....	14
1.1.2 El hospital en su contexto.....	15
1.1.3 Ciencia y cuantificación en la Laborterapia: el intento de legitimar la práctica en el Hospital Vilardebó.....	20
1.1.4 La normalidad y las políticas higienistas que influenciaron la época.....	21
1.2 Laborterapia como método terapéutico.....	26
1.2.1 Laborterapia y el Control Social: Un Análisis desde Foucault.....	33
1.2.2 Vinculación entre las Prácticas Corporales y la Laborterapia como método terapéutico y pedagógico.....	35
Capítulo 2.....	40
2.1 Gimnoterapia, Pedagogía Sanitaria del Cuerpo.....	40
2.1.1 Normalización y Adaptación: Discurso Psiquiátrico y Pedagógico en la Modernidad.....	40
2.1.2 Gimnoterapia y su Fundamentación.....	44
2.1.3 Gimnoterapia y el Discurso Gimnástico de la Época.....	49
2.1.4 Método De Activación Por El Movimiento:.....	51
2.1.5 Lo Moral y lo Biológico: La Normalidad a Través de lo Moral.....	57
2.2 Gimnoterapia: un puente histórico entre la psiquiatría y la Educación Física....	59
2.2.1 Similitudes entre la gimnasia sueca y la Gimnoterapia.....	59
2.2.2 La gimnasia en la conformación de los planes de estudio del curso de profesores de Educación Física.....	62
Capítulo 3.....	73
3.1 Conclusiones.....	73
3.2 Futuras líneas de investigación.....	75
Referencias Bibliográficas.....	77
Fuentes Documentales:.....	77
Bibliografía.....	77

Introducción

El proyecto se desarrolló en el marco del Seminario de Tesina “Prácticas del cuerpo y archivo de la locura”, perteneciente al Departamento de Educación Física y Salud, en la línea de investigación “Prácticas corporales y acción terapéutica”, del Grupo de Investigación Analítica y Erótica del Cuerpo, del ISEF - UdelaR, Uruguay. El propósito de esta investigación aborda, desde una perspectiva teórica y metodológica, genealógica, las prácticas corporales vinculadas al tratamiento de la enfermedad mental durante el siglo XX en Uruguay, más específicamente durante la década del 50 en el hospital Vilardebó.

El problema de investigación se construye con un enfoque teórico-metodológico adoptado, fundamentado en los estudios de Foucault (1971), nos permite realizar un análisis histórico-discursivo de la relación entre el cuerpo y la locura, así como examinar el papel del hospital. Los estudios de Barrán (1995), nos permiten conocer el contexto y así comprender la forma en como el higienismo influenció el concepto de salud mental durante el siglo XX. Los aportes de este último autor son esenciales para ver cómo la educación uruguaya jugó también un rol central en este proceso, moldeando desde la infancia comportamientos y subjetividades alineados con los valores higienistas y del saber médico, a través de estrategias como la incorporación de las gimnasias y actividades al aire libre.

Tomando como referencia la década de 1950, la cual fue testigo de un profundo arraigo de las prácticas higienistas, las cuales influyeron notablemente en las políticas de salud y educación, la introducción de las prácticas corporales y la Educación Física en el ámbito médico reflejó el compromiso con la mejora de la calidad de vida, en el Uruguay moderno (Barrán, 1995, p. 265). En esta línea, será central el análisis de las relaciones de poder y saber que constituyen y atraviesan el cuerpo, y que se manifiestan en las prácticas terapéuticas, las cuales debemos entender que responden a una noción eugenésica de la época además de a tendencias sobre políticas de salud mental, las cuales apuntan a un abordaje integral del sujeto. Estas tendencias sobre la forma de percibir al sujeto sucede tras algunos cambios en la concepción de salud, la Organización Mundial de la Salud, plantea en 1948 que la salud ya no solo es la ausencia de enfermedad sino un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948). Es decir, esta perspectiva permitirá

no sólo contextualizar dichas prácticas, si no también comprender cómo se articulan con las normativas sociales, políticas y médicas de su tiempo.

En esta década, en el Hospital Vilardebó, se crea el área de Laborterapia, dentro de la cual se enmarca la Gimnoterapia, basada en esta última es que intentaremos generar una conexión teórica entre la Educación Física y la Psiquiatría, analizando cómo se articulaba la relación saber-poder en dichas prácticas, para poder considerar a la misma como una terapia. A pesar de que el término Laborterapia es utilizado de manera similar en otros países, adopta distintas denominaciones, como “terapia laboral” o “terapia a través del trabajo”, y lo que en ese entonces se conocía como “terapia ocupacional”, las cuales presentan matices y enfoques diferenciados (Barindelli & Tobler, 1958, p. 21).

Desde el enfoque que habilita Foucault (1975), es posible comprender cómo, en este tipo de terapias, la medicina asume un rol normalizador, no solo en el plano biológico, sino también en el cultural, al incorporar la idea del trabajo como tratamiento y como mecanismo de control. Para comprender esto referenciamos al autor, cuando menciona que “el control de la normalización establece una homogeneidad, pero también individualiza permitiendo medir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las especialidades y señalar los umbrales, las fronteras que hay que respetar” (p.171).

En este punto y adentrándonos en el problema, surgen algunas preguntas que intentaremos responder a lo largo de la investigación, ¿Las prácticas terapéuticas en el Hospital Vilardebó se inscriben en los discursos higienistas de la época?, ¿Es la Gimnoterapia una forma de educación del cuerpo? ¿Fue la Gimnoterapia una simple adaptación de la gimnasia escolar al ámbito médico, o representó una reelaboración con objetivos terapéuticos específicos? ¿Qué discursos justificaron su implementación y en qué medida respondían a las normativas sociales y educativas de la época? ¿Fue la Gimnoterapia una simple adaptación de la gimnasia escolar al ámbito médico, o representó una reelaboración con objetivos terapéuticos específicos? ¿Qué discursos justificaron su implementación y en qué medida respondían a las normativas sociales y educativas de la época?

La Gimnoterapia, en el contexto de la Laborterapia, surge como una herramienta clave en la articulación entre la Educación Física y la Psiquiatría durante la década de 1950. Sin embargo, su desarrollo y aplicación han sido poco explorados desde un enfoque histórico-discursivo. En este sentido, resulta relevante indagar cómo se configuró esta práctica en dicho período y de qué manera fue incorporada en instituciones psiquiátricas como el Hospital Vilardebó. Asimismo, es fundamental analizar los antecedentes de la

Laborterapia en esta institución y su relación con la Gimnoterapia, considerando el contexto sociopolítico y científico de la época. La investigación busca comprender los discursos que sustentaron estas prácticas y su impacto en el abordaje terapéutico dentro de la psiquiatría. Buscamos construir un análisis crítico que nos permita visualizar cómo las prácticas corporales destinadas a fines terapéuticos fueron utilizadas para gestionar y regular la salud mental en el Uruguay de los años 50s, en el ámbito particular del hospital psiquiátrico. No obstante, surge la interrogante acerca de si la Gimnoterapia operó efectivamente como un dispositivo de control y normalización basado en los discursos higienistas, además de constituir un espacio de transformación en el abordaje psiquiátrico. Asimismo, es fundamental comprender cómo se articulan las relaciones de poder y saber en la convergencia de la Educación Física y la Psiquiatría, y de qué manera estas influencias moldearon la implementación y el impacto de esta práctica terapéutica.

Estas terapias, novedosas para la época, tenían como cometido final, curar la dolencia del paciente para poder integrarlo lo antes posible al “medio social normal” (Barindelli & Tobler, 1958. p.28). Este enfoque terapéutico podría estar en consonancia con los ideales higienistas que veían en los deportes y en la gimnasia un medio no solo de tratamiento, sino también de prevención de hábitos viciosos y promoción de un cuerpo que refleje una moral específica (Barrán, 1995, p.264). Es decir, nos interesa analizar cuáles son las posibles relaciones epistémicas y políticas entre dos campos aparentemente distantes como la Educación Física y la psiquiatría, convocados en los años 50 a pensar la locura en el hospital.

Nos proponemos contribuir al campo de estudio de las prácticas del cuerpo y su relación con la salud mental, a partir de una pregunta inicial respecto a los diálogos entre la Educación Física y la Psiquiatría en la década del 1950, en Uruguay. La presente investigación busca generar un nexo entre estos dos campos con el fin de dejar como antecedente lo sucedido en el Hospital Vilardebó, marcando una posible línea de investigación en la cual se profundice en las prácticas mencionadas así como el análisis de casos específicos y sus resultados. Con respecto al aporte desde nuestro campo enmarcamos como el higienismo y las prácticas que este promueve, no solo son inherentes a la construcción de una moral determinada, sino que dichas prácticas aportaron a la reinserción social de pacientes psiquiátricos.

Objetivos

Objetivo general:

Indagar, a partir de un enfoque histórico - discursivo, la Gimnoterapia como herramienta de la Laborterapia, es decir, como medio terapéutico que articuló a la Psiquiatría y la Educación Física, en el Hospital Vilardebó, en la década de 1950.

Objetivos específicos:

1. Presentar y analizar el modo en que se implementó la Laborterapia en el Hospital Vilardebó en 1950 y sus principales antecedentes en el país.
2. Analizar la Gimnoterapia como dispositivo terapéutico, es decir, el modo en que el saber de la Educación Física participó en prácticas vinculadas al tratamiento de la enfermedad mental.
3. Indagar la influencia del higienismo en la implementación de la Gimnoterapia.

Apartado teórico metodológico

José Pedro Barrán (1995) analiza cómo el concepto de salud mental en Uruguay durante el comienzo del siglo XX estuvo profundamente influido por el discurso higienista, entendiendo a éste como un proceso cultural que se inscribe en el entramado social de las primeras décadas de este siglo. A través del higienismo se busca disciplinar los cuerpos y moldear comportamientos, reforzando una idea de salud que se encuentra en estrecha relación con la modernidad, el progreso y a una moral de Estado. En palabras del autor, “la entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo” (1995, p.11) Para este, el higienismo no solo se limita a la salud, sino que está profundamente ligado a la construcción de una nueva subjetividad, formada

bajo mandatos de la higiene y el control social. En esto el autor resalta la figura del médico diciendo:

Hemos pasado en doscientos años, del terror social al cuidado individual, del protagonismo de la epidemia al de la salud, del médico como figura accidental y esporádica, a su saber (y su poder, en consecuencia) invadiéndolo todo, la enfermedad y la salud, las ideas y las conductas, la razón y también la locura. (Barrán, 1995 p.10)

El higienismo no solo define políticas de salud, sino también estrategias educativas orientadas a modelar cuerpos y conductas, este aspecto pedagógico es clave. Para Barrán, la educación se convirtió en un vehículo central para transmitir los valores higienistas. El proceso educativo, transmitido desde los principios del higienismo, trasciende la mera transmisión de saberes teóricos para configurarse como una práctica pedagógica integral, que forja la conducta y la salud del individuo desde la infancia, articulando el cuerpo y la mente en la búsqueda del bienestar social. Barrán (1995) menciona esta función educadora cuando escribe:

Los principios bajo los cuales se realizaría la construcción del cuerpo sano derivaban [...] del consejo médico, de su función educadora, de ese “régimen y género de vida” ideal que daría por fruto el “vigor”, la virtud moderna, y también de los ideales colectivos. (p.264)

El análisis del higienismo en contexto de finales de siglo XIX y comienzos del siglo XX y su impacto en la salud mental en Uruguay nos conduce inevitablemente a una lectura más amplia sobre las dinámicas de poder y saber en Occidente, tal como lo plantean autores como Michel Foucault o Georges Canguilhem. Este enfoque permite situar las prácticas higienistas dentro de un marco teórico que trasciende lo local y particular, para entenderlas como parte de una lógica más amplia de biopoder que atraviesa.

Foucault analiza en obras como Vigilar y castigar (1975), El poder psiquiátrico (1973-1974), La historia de la sexualidad. Volumen 1: La voluntad de saber (1976) y Los anormales (1999), cómo se construyen y perpetúan las nociones de normalidad y anormalidad. Según Foucault, estas categorías son producto de prácticas discursivas e institucionales que varían a lo largo del tiempo y responden a dinámicas de poder específicas. Este enfoque resulta clave para interpretar el contexto histórico y social en

el que se desarrolló la laborterapia psiquiátrica y para problematizar las relaciones entre las prácticas de la educación física y las intervenciones psiquiátricas.

La normalidad, según el autor, está ligada al poder, en el sentido de que las instituciones, como la medicina, la educación y el sistema judicial, establecen los criterios que definen lo que es aceptable. Cuando hablamos de poder, Foucault (1976) se refiere a una situación estratégica compleja en una sociedad dada. Según Foucault (1976), la individualización desplegada en las instituciones se convierte en un método de poder que permite clasificar, jerarquizar y normalizar. La normalidad se percibe no como un concepto neutral, sino como una construcción que emerge de relaciones de poder, aplicada y reforzada a través de instituciones sociales. Foucault señala que, “Los dispositivos disciplinarios han secretado una 'penalidad de la norma', que es irreductible en sus principios y su funcionamiento a la penalidad tradicional de la ley. [...] Las disciplinas han fabricado [...] un nuevo funcionamiento punitivo" (Foucault, 1975, p. 188).

Así, la anormalidad se convierte en un concepto utilizado para categorizar y controlar a quienes no se ajustan a las normas establecidas. Según Foucault (1975), las personas consideradas “anormales” son frecuentemente objeto de vigilancia, tratamiento y, en muchos casos, exclusión. Este control no solo afecta a quienes son diagnosticados con enfermedades mentales, sino también a quienes desafían las normas sociales, revelando un mecanismo de poder que opera a través del control biopolítico de la sociedad.

En este marco, la locura no puede entenderse como un hecho natural, sino como un fenómeno histórico que resulta de una serie de relaciones sociales y políticas. Foucault (1967) sostiene que estas relaciones buscan que los individuos se ajusten a reglas y saberes dictados por un “otro”, como el médico o la institución psiquiátrica. Un ejemplo de esta dinámica es la relación entre el paciente psiquiátrico y su médico, donde el poder disciplinario y la construcción del saber médico se imponen sobre el cuerpo y la subjetividad del paciente. Sobre esto, Foucault (1967) dice que

La medicina mental no trata la locura como un hecho natural o un fenómeno humano universal; la aborda como un objeto constituido, una entidad conceptualizada en función de una práctica, de un saber y de un poder que la determinan. (p. 68)

Normalidad y anormalidad no son estados fijos, sino conceptos fluidos que reflejan relaciones de poder en la sociedad. Cuestionar quién define estas categorías y qué implicaciones tienen para la vida de las personas es una de las múltiples formas de análisis que nos invita a explorar Foucault.

Por otro lado, el higienismo, desarrollado principalmente a finales del siglo XIX y comienzos del XX, puede entenderse, en línea con el pensamiento de Foucault en *Vigilar y castigar* (1975), como un sistema de control social destinado a regular la salud y los comportamientos de la población mediante la disciplina y la normalización. En este contexto, Foucault (1975) describe cómo las prácticas higienistas funcionan como herramientas de biopoder, utilizadas para administrar y controlar la vida colectiva. Estas prácticas incluyen medidas sanitarias, urbanísticas y educativas que, si bien buscan mejorar la salud, también desempeñan un papel crucial en la consolidación del control social.

En relación con el higienismo, Canguilhem (1971) discute cómo las prácticas y discursos higienistas del siglo XIX promovían la disciplina corporal y mental no solo como medidas de prevención de enfermedades, sino también como un mecanismo para modelar conductas sociales y establecer normatividades. Para él, el higienismo no era simplemente un conjunto de prácticas médicas, sino una tecnología de poder que vinculaba la salud individual con la estabilidad social (Canguilhem, 1971).

El hospital, en particular, adquiere una importancia central en este sistema. Más allá de su función como espacio de tratamiento, el hospital se convierte rápidamente en un punto clave para la vigilancia médica y la gestión sanitaria. Su función va más allá de atender a los pacientes internos, pues se extiende a toda la población externa, sirviendo como instrumento para monitorear y regular la salud de la comunidad.

Foucault enfatiza esta idea al decir que “El hospital está concebido cada vez más como punto de apoyo para la vigilancia médica de la población externa [...] y tener a las autoridades al corriente de la situación sanitaria de toda la región” (Foucault, 1975, p. 195).

Este enfoque subraya cómo el hospital no sólo cura, sino que también organiza y regula, destacando su papel indispensable en el entramado de poder y saber que define las políticas de salud pública.

Michel Foucault desde la biopolítica y José Pedro Barrán desde el higienismo aportan perspectivas complementarias, explorando cómo este sistema de control social influyó tanto en la organización de la salud como en la configuración de subjetividades en contextos específicos. Sus enfoques permiten trazar un puente entre las dinámicas globales de biopoder descritas por Foucault y las particularidades del caso uruguayo analizadas por Barrán. A nivel de la medicina encontramos una correlación en el rol del médico descritas por ambos autores:

Mientras que Foucault (1975) destaca que las instituciones médicas se convirtieron en dispositivos centrales para el ejercicio del biopoder, permitiendo la vigilancia y la normalización a través del saber médico, la cual, no sólo cura, sino que clasifica, controla y regula comportamientos bajo la óptica de la salud. Barrán profundiza en este punto, observando cómo el médico en Uruguay se consolidó como una figura omnipresente en el siglo XX, con un poder que trasciende lo clínico para invadir lo social y lo cultural. Según Barrán (1995), el saber médico adquirió un carácter casi hegemónico, capaz de moldear conductas y valores, tanto en la esfera privada como pública. Por su parte Rodríguez (2011) señala que en la década de 1950, la salud de la población se convirtió en una preocupación fundamental para el gobierno, en términos de Barrán (1995) “el psiquiatra del Novecientos no era un simple técnico especializado en la enfermedad mental, sino también un policía social, que vigilaba el cumplimiento de las normas y convenciones sociales” (p.169). De este modo, la medicina higiénica trasciende la mirada orgánica del ser humano, remitiéndose a la relación del hombre con su entorno.

Barrán a lo largo de su análisis plantea el término adaptación como parte del objetivo del higienismo, Barindelli por su parte plantea la adaptación como parte de la justificación del método “Laborterapia”. La adaptación del paciente a la normalidad creada dentro del centro es una herramienta la cual los auxiliares del curso deben poner énfasis, ya que esta acerca a los internos a las normas del exterior, si bien esto responde a una lógica que en términos de Barrán (1995) se puede analizar como perseguir la racionalización y las ideas conductuales, podemos encontrar otro nexo cuando Barindelli y Tobler (1958) busca, en términos de Barran, un equilibrio entre el cuerpo y la mente.

Es importante mencionar que el higienismo cobró relevancia a través de la creación de instituciones como el Instituto de Higiene (1890), que promovían la regulación sanitaria y la educación corporal para fortalecer la población, con un enfoque en la prevención de enfermedades y la promoción de la actividad productiva (Rodríguez, 2020). Este paradigma higienista se consolidó en el ámbito educativo, integrando contenidos de higiene y fisiología que moldeaban tanto los cuerpos como los comportamientos.

En esta línea, resulta fundamental comprender cómo las prácticas corporales, al igual que las nociones higienistas, se configuran en contextos históricos y sociales específicos, siendo un reflejo de las verdades construidas sobre el cuerpo y sus funciones en cada época. Crisorio (2015) señala que:

Las prácticas corporales no son actividades físicas ni psicofísicas, productos o efectos del funcionamiento orgánico, susceptibles de ser investigadas con los procedimientos propios de la fisiología, la psicofisiología o las neurociencias, sino prácticas históricas, por ende, políticas (Crisorio, 2015, p.30).

La relación entre estas prácticas y la biopolítica desarrollada por Foucault (1975) resulta clara. Según este autor, el cuerpo ha sido históricamente un lugar de control y regulación donde se manifiestan dinámicas de poder. Las prácticas corporales, en este marco, pueden considerarse tecnologías de poder diseñadas para moldear cuerpos y conductas de acuerdo con los objetivos de las instituciones dominantes. De este modo, estas prácticas no son neutrales, sino que producen subjetividades alineadas con determinados valores políticos y culturales. Además, las prácticas corporales contribuyen a definir y reforzar lo “normal” en contraste con lo “anómalo”. En el ámbito de la Educación Física, esto se refleja en la promoción de movimientos, gestos y actividades que representan ideales culturales de salud, eficiencia y autocontrol (Barrán, 1995).

De este modo, Pérez Monkas (2016) destaca la relevancia de entender que las prácticas corporales se configuran en contextos particulares y están intrínsecamente relacionadas con los procesos de construcción de verdades sobre el cuerpo. Las prácticas corporales están determinadas por un contexto específico en el ámbito histórico, relacionado con la configuración de verdades sobre el cuerpo. Estas prácticas no son infinitas ni espontáneas, y su alcance está restringido, sin embargo, se pueden reconocer ciertos patrones o regularidades que evidencian cómo se conceptualizan los cuerpos en relación con las estructuras históricas que los condicionan.

Soares (2007) por su parte, presenta a las prácticas corporales como auténticas representaciones que atestiguan las diferentes representaciones que configuraron a lo largo de la historia las relaciones de poder, costumbres y formas de vida de las diferentes culturas. Las cuales evidencian las tensiones entre civilización y cultura en el proceso civilizatorio, en este sentido, Soares presenta la posibilidad de realizar un abordaje de las prácticas corporales que trascienda una mirada técnica de los gestos hegemónicos, entendida por occidente a fines del siglo XIX como deporte. En este sentido, las prácticas corporales permiten el estudio de las configuraciones en el que se inscribieron las diferentes pedagogías del cuerpo, específicamente en el siglo XX con el nacimiento de la gimnasia moderna. (Soares, 2007, p.13). El cuerpo desde el paradigma de las prácticas corporales no debe ser entendido en término de Crisorio (2015) desde un reduccionismo biológico, abordado únicamente desde los saberes fisiológicos y de rendimiento. Los cuales se configuran por los parámetros de salud, productividad y normalidad de la época presentados como naturales y universales negando toda arbitrariedad de los mismos (Crisorio, 2015).

Con respecto a las prácticas corporales como tal, encontramos una confluencia entre lo planteado por Soares (2007) y Crisorio (2015) respecto a lo presentado por Barindelli y Tobler (1958). Los dos primeros plantean una correlación entre la situación contextual del sujeto y las prácticas que realiza en su día a día, mientras que Barindelli y Tobler por su lado, buscan tomar esas prácticas, aplicarlas para normalizar al paciente y reintegrarlo al medio social. En este modelo, las prácticas corporales no solo hablan de la situación del sujeto, sino que se utilizan como mecanismos para moldear su comportamiento, promover la adaptación y facilitar su reintegración en el medio social.

Las prácticas higienistas analizadas por los distintos autores que traemos a mención dejan entrever que la sociedad de la época era una en la cual la enfermedad era un problema serio a resolver. Con el avance de las terapéuticas en la década del 50 esta preocupación por los cuerpos enfermos atravesó al campo psi al punto tal que la OMS en 1948 configura sus bases y pasó de un concepto de “medicina psiquiátrica” a un concepto más abarcativo como lo es de *salud mental*, surgiendo así la pregunta sobre qué es salud mental en el contexto uruguayo. Conocer las prácticas específicas que se realizaron bajo el término Gimnoterapia, además de arrojar luz sobre la relación entre la psiquiatría y la educación física nacional, nos ayudaría a comprender la idea de salud integral planteada por Barindelli y Tobler (1958).

La presente investigación se fundamenta en la perspectiva genealógica, entendida como un método crítico que permite develar las condiciones históricas y contingentes en las que se constituyen los saberes, discursos y relaciones de poder. Basándonos en el pensamiento de Foucault (1971), este enfoque rechaza la idea de orígenes fijos o esenciales y, en cambio, se centra en la emergencia y en las discontinuidades que configuran lo que se da por “natural” en el presente (Foucault, 1971, p.8). Tal perspectiva cuestiona las verdades establecidas al revelar que estas son el resultado de procesos históricos específicos y de estrategias de poder que, en muchas ocasiones, se ocultan tras discursos universales.

El corpus documental de esta investigación está compuesto por una serie de textos clave que abordan la laborterapia psiquiátrica desde distintas perspectivas y contextos históricos. Como documento central se toma el libro de Barindelli, L. y Tobler, H. (1958), *Laborterapia Psiquiátrica. Curso para auxiliares. Parte I*. Este texto es la referencia principal del estudio, ya que brinda un marco teórico y práctico sobre la aplicación de la laborterapia en el ámbito psiquiátrico. Además, se incorporan otras publicaciones relevantes que complementan y aportan a la comprensión de la temática. Entre ellas, se destaca el trabajo de Caravedo, B. (1936), *Concepto moderno de la laborterapia*, que ofrece una mirada sobre los avances y enfoques de la época. También se considera la *Memoria Anual* de la Comisión Nacional de Educación Física (1958), que permite contextualizar el rol de esta institución en la implementación de estrategias terapéuticas en Uruguay. Marcolini, P. & Michelini, M. (2014). *Nurse Pierina, soy Gustavo. Recuerdos del Hospital Vilardebó*. Esta obra constituye un testimonio significativo del Hospital Vilardebó, este recopila relatos vividos por pacientes y personal sanitario. A través de la narrativa personal de la enfermera Pierina y de las intervenciones de la periodista colaboradora, el libro ofrece una visión íntima y crítica de la atención psiquiátrica en el contexto uruguayo. Desde el ámbito periodístico, el artículo publicado en *El Debate* (agosto de 1952), titulado “*Serán enfocadas científicamente en el Hospital Vilardebó las tareas de los enfermos mentales*”, aporta información sobre la aplicación de la laborterapia en Montevideo. En la misma línea, el artículo de Pollieri, J. (1937), *Asistencia y servicio social*, publicado en los *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades* (Tomo 10), analiza la relación entre la laborterapia y el trabajo social en el ámbito médico. Otros documentos de interés incluyen la publicación en la *Revista Chilena de Educación Física* (1952), donde el Dr.

Charles Mc-Cloy expone el *Reacondicionamiento físico de pacientes con enfermedades mentales*, así como el informe de Rodríguez (1923), *Plan de Acción de la Comisión Nacional de Educación Física y conclusiones que se derivan del mismo*, publicado en Montevideo por la CNEF. Por último, se incorpora el estudio de Sicco (1928), *El método del doctor Hermann Simon*, publicado en la *Revista de Criminología Psiquiátrica y Medicina Legal*, coordinada por O. Loudet, en Buenos Aires. Este documento profundiza en las bases metodológicas del enfoque de Simon en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos a través del trabajo terapéutico.

Con este corpus y basándonos en la perspectiva genealógica no buscamos encontrar el origen de los fenómenos, sino desentrañar las prácticas y rupturas que han permitido su aparición, de esa forma poder comprender las condiciones de posibilidad que hace que esos saberes sean consideradas verdades absolutas (Foucault, 1971). Esto nos permite abordar al hospital y a la Gimnoterapia con métodos que se contraponen a los tradicionales, ya que no buscamos trazar una línea recta histórica, sino que buscamos analizar las pluralidades y la fragmentación, inherentes a los procesos sociales y culturales de la época.

Capítulo 1

1.1 La Laborterapia en el Hospital Vilardebó

1.1.1 Salud mental: breve recorrido histórico

Durante la primera mitad del siglo XX, el Hospital Vilardebó reflejaba las tendencias internacionales en el tratamiento psiquiátrico, adoptando prácticas influenciadas por el contexto médico y social de la época (Neves, 2019).

A partir de la década de 1940 comienza la difusión del Psicoanálisis. Valentín Pérez Pastorini, médico psiquiatra, Jefe de Sala del Hospital Vilardebó y Miguel Sesser, médico psiquiatra, son quienes contribuyen a la divulgación de esta corriente. El grupo, que se había formado con Pastorini, logró años después que la pareja Baranger se instalará en el medio realizando análisis, seminarios y supervisiones. A partir de estas experiencias se formará la Asociación Psicoanalítica del Uruguay en 1956. (Irrazábal, E. 2006, p.9)

Es así que, en este contexto de la psiquiatría en la década de 1950, donde se empezaban a aplicar nuevas formas de terapias, el Hospital Vilardebó genera el espacio ideal para el surgimiento de la Laborterapia (Barindelli & Tobler, 1958). En este sentido, el Hospital Vilardebó no sólo seguía las tendencias locales, sino que también estaba en sintonía con avances en Europa y Estados Unidos, integrando técnicas como la fisioterapia, la terapia ocupacional dentro de sus prácticas (Barindelli & Tobler, 1958, p.259).

Con la llegada de la segunda mitad del siglo XX, el modelo psiquiátrico comenzó a experimentar cambios significativos, impulsados por la introducción de nuevos medicamentos y un enfoque terapéutico que redujo el confinamiento físico.

La facultad de Medicina jugó un papel clave en la consolidación del discurso higienista y eugenésico en Uruguay, donde la salud de la población adquirió una relevancia central en las políticas estatales (Rodríguez, 2020). Este enfoque, aunque promovió avances en salud pública, también contribuyó a la homogeneización de prácticas y a la invisibilización de las particularidades de los sujetos.

La redefinición de los enfoques en salud mental ha sido un proceso crucial a lo largo del tiempo, especialmente en la segunda mitad del siglo XX. En este contexto, la Lic. Pierina Marcolini, quien se desempeñó como Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó durante muchos años, recuerda que en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso ampliar el enfoque de la "medicina psiquiátrica" hacia el concepto de "salud mental". Este cambio subrayaba la relevancia de considerar tanto los factores protectores como los de riesgo que influyen en la salud mental de las personas, sus familias, la comunidad y el entorno (Martínez, 2020).

El hospital era en ocasiones un lugar de protección para personas que eran consideradas con una "debilidad mental" y que podían estar en situaciones de "peligro" por falta de cuidados fuera del lugar (Neves, 2019). Sobre esto, Duffau dice que "la internación o el seguimiento de los enfermos no era solo un problema asistencial, sino también de protección social" (Neves, 2019, p.3). Se considera que la comunidad y el entorno podrían ejercer una influencia importante en el bienestar emocional, aunque esta relación depende de diversos factores individuales y contextuales, estos tienden a fomentar un sentido de pertenencia, apoyo social y propósito, aunque estos efectos pueden variar según las características individuales y contextuales. Durkheim (1897) plantea que las interacciones y conexiones con otros pueden contribuir a la construcción de una red de contención que puede ayudar a mitigar la ansiedad y la depresión. A su vez, puede que la participación activa en la comunidad facilite el acceso a recursos, información y servicios, lo que influye positivamente en el manejo de la salud mental, algo que la propuesta del Hospital Vilardebó buscaba activamente (la reinserción social). La exclusión social, en contraste, tiende a agravar problemas psicológicos, incrementando el riesgo de aislamiento y vulnerabilidad emocional (Durkheim, 1897).

1.1.2 El hospital en su contexto

"La historia del Hospital Vilardebó, ha ido fomentando una perspectiva de Salud Mental en Uruguay y, ésta, se encuentra enmarcada en la historia nacional." (Martínez, 2020 p.2).

El siglo XX en Uruguay fue un período de grandes transformaciones políticas y médicas, entre las que destacan la fundación de la Cátedra de Psiquiatría en 1908 y la creación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata mediante la Ley 11.139 en 1948. Según la Revista de Psiquiatría del Uruguay (2005), esta ley representó un avance significativo al proteger los derechos de los pacientes mentales tanto en el ámbito hospitalario como externo y promover su integración social (p.145). Estas medidas, aunque progresistas en su momento, se desarrollaron dentro de un marco que prioriza el control disciplinario sobre las necesidades individuales.

El Hospital Vilardebó fue la primera institución psiquiátrica de Uruguay y tuvo un papel clave en la atención de la salud mental en el país. El hospital, originalmente llamado “El Manicomio Nacional” fue inaugurado el 25 de mayo de 1880. Durante la ceremonia de apertura, las autoridades describieron el edificio como un "verdadero monumento" erigido por la caridad para brindar consuelo y alivio a quienes enfrentaban grandes sufrimientos (Martínez, 2020).

Fue fundado en un contexto de reclusión piadosa y segregación social de personas con enfermedades mentales (mayoritariamente emigrantes); a lo largo de los años, la institución modificó un enfoque de encarcelamiento a uno de tratamiento médico, aunque el rol de cárcel es uno que sostiene la institución hasta la actualidad. El abordaje médico de los trastornos mentales en Uruguay comenzó a consolidarse con la creación de la Clínica Psiquiátrica en 1908, una institución universitaria que surgió de la colaboración entre la Facultad de Medicina, fundada en 1875, y el Manicomio Nacional, inaugurado en 1880 (Martínez, 2020). Décadas después, en 1930, durante un congreso médico realizado en el marco del centenario de la primera Constitución uruguaya, la Cátedra de Psiquiatría refuerza esta idea destacando que el Hospital Vilardebó no solo funcionaba como "hospital psiquiátrico", sino que también cumplía roles de "asilo" y "reclusión carcelaria" (p. 8).

En cuanto a la estructura física del edificio y las consecuencias que generaba en sus habitantes, Martínez (2020) menciona que

es un viejo hospital, construido al estilo ‘colonial’ o tropical, con patios enormes y numerosas ventanas. Durante el invierno, en sus vastas salas embaldosadas y húmedas, los enfermos, sin ninguna calefacción que los proteja, se hielan de frío y por cualquier debilitamiento hacen complicaciones pulmonares, de las que a

veces mueren. En sus sótanos insalubres, bajos, oscuros, húmedos, están alojados cientos de enfermos. (p.8)

Esto hace que el espacio sea un lugar de cuidado, pero también un factor que vulnera la salud de las personas, Martínez (2020) menciona que para 1930, desde la Cátedra de Psiquiatría se plantea que

la moderna psiquiatría no puede vivir en los viejos manicomios, como el nuestro, con sus largos dormitorios de cuarteles, con el hacinamiento de sus ‘cuadros bajos’ y sus secciones horribles de ‘cuartos fuertes’, celdas de enfermos”; y que no basta solamente el cambio edilicio sino, también, “fisiológicamente, por la organización de su funcionamiento, por el orden de su actividad, por la preparación de su personal médico y enfermeros. Por estar animado de espíritu científico y de entusiasmo en el tratamiento de las enfermedades mentales. (p.8)

Siguiendo los aportes de Foucault (1978) sobre la arquitectura hospitalaria, puede plantearse que el espacio físico del Hospital Vilardebó, más allá de su función de albergue, se configura como un dispositivo de control social que refleja la complejidad de la medicalización en Uruguay a finales del siglo XIX y principios del XX. La disposición del hospital no sólo organizaba a los pacientes según criterios médicos y normativos, sino que también funcionaba como un mecanismo de vigilancia y disciplina, similar a otras instituciones de reclusión como las cárceles y las escuelas. La segmentación de los espacios, la distribución de los pabellones y las dinámicas de observación permanente eran estrategias destinadas a regular los cuerpos y modelar las conductas, inscribiendo en el individuo una norma de comportamiento acorde a los ideales de la época (Foucault, 1978).

Si bien la Laborterapia se implementó en una variedad de espacios para talleres, áreas para "industria casera", terrenos para el trabajo con la tierra y espacios al aire libre, la falta de descripciones detalladas de estos lugares en la obra de Barindelli y Tobler (1958) limita la posibilidad de analizar en profundidad cómo la materialidad del hospital actuaba como herramienta de curación y cómo su diseño espacial podría reforzar o contradecir el discurso médico de la época. La ausencia de esta información espacial impide evaluar si el entorno físico del Hospital Vilardebó facilitaba la transición de un modelo de reclusión a uno de tratamiento, o si, por el contrario,

perpetuaba la estigmatización y la segregación de los pacientes, a pesar del cambio hacia un enfoque médico.

En este contexto, el análisis del espacio físico se convierte en una herramienta fundamental para comprender el rol del hospital como dispositivo de control social y su impacto en la vida de los pacientes, permitiendo una evaluación más crítica de la medicalización de la sociedad y sus efectos en la configuración de las subjetividades.

Si bien no se cuenta con información detallada sobre el Hospital Vilardebó, según mencionan Marcolini y Michelini (2014) el patio era un lugar donde se desarrollaba parte de la vida cotidiana del hospital y se lo consideraba un espacio adecuado para realizar ejercicios físicos, lo que podrían interpretarse como indicios de que el patio podría haber sido utilizado para actividades terapéuticas, posiblemente dentro del ámbito de la laborterapia.

El método de Simon, descrito por Sicco, arroja luz sobre la importancia del espacio en la terapia. Según Sicco (1928), el Hospital de Gütersloh, donde Simon aplicaba su método, contaba con salas de reunión agradables buscando evitar el disgusto de los pacientes durante el trabajo, un ambiente tranquilo donde se eliminaban los elementos que pudieran distraer o alterar a los enfermos y un ambiente ordenado y limpio similar al de los sanatorios.

En Gütersloh, como en las clínicas de Bumke y de Weygandt, se esmeran por hacerle al enfermo un interior tibio y agradable. La sala para de día está arreglada con gusto y es alegre, con sus colores claros, casi coqueta con sus repisas con macetas, y sus múltiples y pequeños cuadros. Y luego una limpieza y un orden como sólo se ve en los hospitales modelos de Alemania. (Sicco, 1928, p 547)

Estos elementos sugieren que el espacio físico se considera un factor relevante en la terapia, buscando un entorno que promueva la calma, la concentración y el bienestar de los pacientes.



Patio interno en la década del cincuenta.

Nota, adaptado de : “*Laborterapia psiquiátrica. Curso de auxiliares. Parte I*” Barindelli y Tobler, 1958.



Patio interno del Hospital Vilardebó año 2009.

Nota, adaptado de : “*La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay.*” Techera et al, 2009.

A lo largo de su historia, el Hospital Vilardebó ha sido un reflejo de los desafíos y transformaciones en el tratamiento de la salud mental en Uruguay. El hospital se ha renovado, aunque manteniendo en parte su carácter carcelario. Sin embargo, las condiciones estructurales del edificio y el enfoque en el cuidado han generado críticas constantes a lo largo de las décadas.

1.1.3 Ciencia y cuantificación en la Laborterapia: el intento de legitimar la práctica en el Hospital Vilardebó

El Vilardebó ha sido testigo de los esfuerzos por avanzar hacia una psiquiatría más científica y humana; un ejemplo de esto se encuentra en la obra de Barindelli y Tobler (1958), donde se observan esfuerzos por desarrollar ecuaciones matemáticas que ilustran su labor sobre Laborterapia en el Hospital Vilardebó. También en su obra la estadística se menciona en relación con los índices estadísticos utilizados en el método de Simon, aplicados para evaluar la efectividad del tratamiento ocupacional en pacientes psiquiátricos (Barindelli & Tobler, 1958).

Algunos ejemplos de estos índices son el “Grado de Ocupación (G.O.)” que mide la cantidad de enfermos que realizan tareas activas en el establecimiento, “Desocupados por Causa Física” que representa el porcentaje de enfermos que no pueden realizar tareas debido a alguna condición médica, por último “Desocupados por Causa Psíquica” un índice que cuantifica la cantidad de enfermos que no pueden participar en actividades debido a su estado mental (Barindelli & Tobler, 1958, p. 221, 223, 225).

El análisis estadístico en el trabajo de Barindelli y Tobler (1958) responde a la necesidad de legitimar el método de Simon en un contexto médico-científico que demandaba evidencia empírica. A través de la cuantificación de resultados, pareciera haber una búsqueda de demostrar la efectividad de la Terapéutica Ocupacional como herramienta en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos. El uso de la estadística como herramienta de análisis permitía a Barindelli y Tobler (1958) presentar datos objetivos y cuantificables que apoyan la eficacia del método de Simon.

El contexto de esta búsqueda se sitúa en el Uruguay de 1900, cuando surge una nueva sociedad marcada por el cientificismo y la medicalización:

Aparece una nueva sociedad científicista y medicalizada, que sustituye creencias religiosas por aquellas impartidas por el nuevo “sacerdote”, o sea, el médico. “El médico en la humanidad científica, [es] lo que el sacerdote para la humanidad religiosa” y “La Moral sería la Higiene”. (Puppo et al., 2022, p.160)

A su vez, este intento por cuantificar su trabajo se dio en un entorno que, además, demandaba considerar diversas aristas sociales y políticas que influyen en cada uno de los pacientes. Sin embargo, estos esfuerzos no siempre parecen lograr sus cometidos, la prensa de unos años antes, un recorte de periódico del 5 de agosto de 1952, rescatado por Techera et al (2009), destaca que a pesar de que en el Hospital Vilardebó se habían realizado diversas iniciativas orientadas en este sentido, con resultados moderados, dichas acciones no habían contado con una orientación científica definida ni un enfoque racional, debido a la ausencia de una organización especializada que aplique criterios técnicos en la selección, estímulo, regulación y supervisión de los pacientes y sus actividades de laborterapia. Sobre este recorte de periódico, el libro destaca que “Acercas de las tareas que se realizan, refiere que carecen de una orientación científica definida y racional, así como de una organización especializada que mejore la calidad de vida de los pacientes” (Techera et al, 2009, p.60).

El mismo libro (Techera et al, 2009) plantea con positividad que una vez racionalizada esta proposición de aplicar ciencia dentro del hospital, estos podrían emplearse de manera eficiente para establecer un sector de laborterapia fundamentado en bases científicas. Esto generaría beneficios significativos para los pacientes internados y, complementado con actividades recreativas individuales o grupales como ejercicios físicos, música y juego, contribuiría de manera efectiva tanto a su entretenimiento como a su recuperación.

1.1.4 La normalidad y las políticas higienistas que influenciaron la época

La psiquiatría participa fomentando la inserción en sociedad de las personas, pero también como un reproductor de lo que funciona como norma. Foucault (1999) destaca

que “el papel de la psiquiatría es esencialmente el de un juez normativo, que debe definir qué es lo normal y qué es lo anormal, no en términos de ley, sino en términos de regularidad y funcionalidad” (p. 57). En algún punto, el Hospital Vilardebó apuntaba a eso, a nuevas formas de funcionalidad social para lograr una reinserción de sus pacientes en la misma. En ideas de Foucault (1975), se convierte en un hospital que deja de ser únicamente un refugio o un espacio destinado a la curación para convertirse en el núcleo del poder médico, donde la vigilancia y la normalización de los cuerpos adquieren un rol central en el sentido de que parte de su objetivo pasa a ser la reinserción de sus asistentes en sociedad.

En el libro de Barindelli y Tobler (1958) esto aparece tomando a la "normalidad" como la capacidad del individuo para integrarse al medio social, cumplir con sus responsabilidades y adaptarse a las normas sociales y laborales. Sobre esto dice que

[...] al enfermo mental se lo llamaba alienado, que quiere decir extraño o extranjero y que al considerarlo así, la sociedad lo segregaba y lo enviaba a un establecimiento apropiado. Nuestra principal misión consiste en procurar la curación de su dolencia, por los distintos procedimientos que ya hemos enunciado y por la aplicación de prácticas que iremos detallando en lo futuro, tratando de poder llegar a reintegrarlo cuanto antes al medio social normal. (p.28)

Sobre la búsqueda en el Hospital para lograr esta inserción en el entorno social, Barindelli y Tobler (1958) resaltan que:

[...] cuanto más hacemos para que ese medio que le creamos, sea lo más parecido al normal, el enfermo irá tendiendo a adaptarse a él, siendo así, que de no preocuparnos por la creación de ese medio adecuado y librándolo a uno completamente distinto al normal, el enfermo se adaptará a ese medio anormal que le hemos creado.

En consecuencia, obligamos a la enfermedad, en forma indirecta, a adaptarse a ese medio o ambiente hospitalario, que siempre debe ser parecido al normal y cuya creación depende exclusivamente de nosotros. (p. 29)

Barindelli y Tobler (1958) establecen que la vida del hombre está determinada por leyes biológicas y responsabilidades, y la normalidad consiste en la adaptación a estas leyes

La responsabilidad biológica es distinta de la responsabilidad moral [...] la responsabilidad moral, deriva del acatamiento a una serie de leyes que le son impuestas al hombre, desde el momento que es parte integrante de una sociedad organizada; es, hasta si se quiere, algo extrínseco al sujeto, algo que debe obedecer y respetar porque intelectualmente sabe que la violación de esas leyes constituye un acto punible por los demás componentes del núcleo social, que son los que las han creado. (p.29)

La evolución de la psiquiatría y los enfoques en salud mental en Uruguay refleja un proceso continuo de adaptación entre los ideales de protección, reinserción social y sobre todo de control normativo, eso se ve reflejado en la obra de Barindelli y Tobler (1958). Las prácticas psiquiátricas han sido moldeadas por las necesidades y valores de cada época, destacando la influencia de contextos sociales, culturales y políticos en su desarrollo, así como el comportamiento de la población.

Este desarrollo se entrelaza con el higienismo promovía la disciplina corporal y mental como medio para alcanzar un cuerpo saludable (Canguilhem, 1971), un ideal que podría haber influido en la que se concibe la salud y el bienestar de la época. Para entender mejor cómo se entrelaza el higienismo con las nuevas formas de terapia que surgieron en el ámbito de la salud mental es importante explorar las diferencias y similitudes entre ambas prácticas.

Foucault (1976) plantea sobre esa búsqueda de establecer una “normalidad”, que dicho proceso está basado en el hecho de que la norma es el principio de coerción y de control social que sustituye al poder soberano de castigar. Ya no se trata tanto de castigar lo anormal, sino de normalizar lo que no se ajusta a las expectativas sociales. “Una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida [...] Hemos entrado en una fase de regresión de lo jurídico; son las formas que tornan aceptable un poder esencialmente normalizador” (p. 175).

En este sentido, y como mencionamos antes, el hospital como centro psiquiátrico apuntaba a modelos de terapia que buscaban que sus pacientes se adaptaran a la norma de la sociedad, Barindelli y Tobler (1958) destacaban que la “principal misión consiste en procurar la curación de su dolencia, [...] tratando de poder llegar a reintegrarlo

cuanto antes al medio social normal” (p.28) siendo esto algo que también está amparado y promovido por el higienismo.

En este sentido, y como mencionamos antes, el hospital como centro psiquiátrico apuntaba a modelos de terapia que buscaban que sus pacientes se adaptaran a la norma de la sociedad. Barindelli y Tobler (1958) destacaban que la “principal misión consiste en procurar la curación de su dolencia, [...] tratando de poder llegar a reintegrarlo cuanto antes al medio social normal” (p.28), siendo esto algo también amparado y promovido por el higienismo.

Las ideas higienistas estaban, a su vez, alineadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la disciplina corporal. Este contexto quizás favoreció que prácticas corporales fueran adoptadas como parte del tratamiento psiquiátrico, buscando restaurar tanto la salud física como mental de los pacientes. Esto se materializó en la implementación de ejercicios físicos como parte de la rehabilitación psiquiátrica, los cuales, además de sus beneficios físicos, podrían reforzar la disciplina y el autocontrol de los pacientes (Barindelli & Tobler, 1958).

En esta misma línea, la higiene también fomentaba comportamientos vinculados a la vida cotidiana, como el trabajo entendido tanto en términos morales como sanitarios, la conformación de una familia, la alimentación y el descanso. De esta manera, se producía una modelización de la subjetividad que asociaba la salud y la fortaleza con la capacidad productiva, mientras que la pobreza se vinculaba con la inmoralidad y la enfermedad. Como señala Irrazábal (2006), “la salud, la fortaleza, la higiene, producen la mano de obra que permite aumentar y desplegar las fuerzas productivas de la nascente modernidad uruguaya” (p.8). En este contexto, la reinserción social de los pacientes psiquiátricos no sólo respondía a una lógica terapéutica, sino también a un modelo de normalización y productividad que era central en el discurso higienista.

Las ideas higienistas estaban, a su vez, alineadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la disciplina corporal. Este contexto quizás favoreció que prácticas corporales fueran adoptadas como parte del tratamiento psiquiátrico, buscando restaurar tanto la salud física como mental de los pacientes. Materializado en la implementación de ejercicios físicos como parte de la rehabilitación psiquiátrica, que podrían, a su vez, reforzar la disciplina y autocontrol de los pacientes (Barindelli & Tobler, 1958).

La medicalización y el control de los cuerpos estaban relacionados con el poder del Estado para normalizar a aquellos considerados "anormales". Foucault (1971) sostiene que el concepto de anormal no se refiere únicamente a una persona con características específicas o comportamientos determinados, sino a una construcción histórica, modelada por las tecnologías de poder y conocimiento, y regulada conforme a intereses sociales y políticos. En este sentido, el higienismo y sus intervenciones disciplinarias en la psiquiatría pueden entenderse como una forma de biopolítica (Foucault, 1976), donde la medicina se convierte en un instrumento para regular tanto la salud física como el comportamiento de la población.

El higienismo operaba como una estrategia de control social y la medicina se ve permeada por el mismo “el saber médico forma parte de la cultura y no es inmune a sus influencias” (Díaz, 2012). En este contexto, Barrán (1995) señala que el higienismo no solo buscaba prevenir enfermedades, sino también disciplinar y moralizar a aquellos que se encontraban fuera de los estándares de normalidad.

A partir de estas dinámicas, las nuevas epistemologías psicológicas y el desarrollo de la farmacología en el país transformaron las intervenciones terapéuticas. Esto dio lugar a nuevas estrategias en los tratamientos y la rehabilitación (Techera et al, 2009), consolidando un enfoque que trascendía la simple cura de las enfermedades. Sobre este tema la *Revista Chilena de Educación Física*, publicó en la época que

El propósito básico de la recuperación física no es el de preocuparse únicamente por el resultado fisiológico logrado, aunque este es importante y no debe desestimarse, se debe ir mucho más allá. El objetivo principal es contribuir al reajuste, la reeducación y resocialización del paciente, de manera que pueda vivir una vida más útil, productiva y normal. Los problemas principales son más bien sociales y psicológicos que puramente físicos. Es esencial el reacondicionamiento físico forme parte del programa terapéutico total. (Mc-CLoy, 1952, p. 150)

En este marco, el sometimiento de los sectores pobres a las normas de higiene perseguía no sólo su curación algo indiscutible, sino también generar beneficios colaterales para el resto de la sociedad. Estos incluían la protección de la salud colectiva al reducir los focos de contagio, la imposición de normas de conducta y hábitos acordes a la moral dominante, y el acostumbamiento de los sectores populares a obedecer normas que, por

su aparente “razonabilidad”, resultaban incuestionables. Este entrenamiento buscaba que la obediencia se convirtiera en una segunda naturaleza para los pobres, facilitando su adaptación a órdenes menos vinculadas a su beneficio inmediato. En otras palabras, se trataba de moldear a los pobres en sujetos humildes, distinguidos por la virtud teologal en un Uruguay que enfrentaba un proceso de democratización social (Díaz, 2012, Las tentaciones del poder en nombre de la ciencia).

La psiquiatría en el Hospital Vilardebó se organizó con la intención de encontrar métodos terapéuticos que permitan la reinserción de los pacientes a la sociedad. Este concepto de salud se alinea con lo planteado por Canguilhem (1971, p.149) que describe que “estar sano no es solo ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales” y a eso es a lo que parecería apuntar la laborterapia que busca preparar a los pacientes con herramientas que lo hacen ser funcional a la sociedad, “el hombre es sano en la medida en que es normativo con respecto a las fluctuaciones de su medio ambiente” (Canguilhem, 1971, p.175).

1.2 Laborterapia como método terapéutico

La Laborterapia, según Barindelli y Tobler (1958), es un tratamiento que se realizaba en varios establecimientos medio siglo atrás. En la Laborterapia, el trabajo es uno de los factores más importantes, como exponen en el curso para auxiliares, Laborterapia “significa etimológicamente el tratamiento por medio del trabajo” (p.21). El momento en que el enfermo mental es internado, queda alejado de su vida cotidiana, desvinculado de todas las personas que lo rodean. En el establecimiento comienzan una nueva vida la cual tiene el objetivo de ser lo más agradable posible. En el primer periodo se busca sacarlo del “estado de apatía”, encontrando estímulos para despertar sus intereses y de esa forma que cada día extrañe menos su vida anterior. La principal finalidad de la Laborterapia es la activación del enfermo, “[...] por medio de la LABORTERAPIA’ que vamos a realizar esa importante tarea de sustraer al enfermo de su apatía y vamos a lograr su activación” (p.7). Para lograr que esto ocurra, el personal ejecutor debe estar preparado, para vencer las dificultades que presentan los enfermos (Barindelli & Tobler, 1958).

Simón, Director del Asilo Provincial de Gütersloch, señala que:

[...] la necesidad de remediar por la ocupación, o mejor dicho, por la actividad, la miseria moral de los enfermos, y utilizando procedimientos conocidos, ha dado el más grande paso en favor de la laborterapia, estructurando un método que él califica de Tratamiento Activo, pero que en realidad es una organización social en la que el trabajo es sólo una parte; método integral de reeducación, de la más grande importancia, cuya aplicación sistemática y amplia, contribuirá de manera decisiva al progreso de la asistencia de los enfermos mentales y de la organización de los hospitales psiquiátricos. (Caravedo, 1936, p. 67)

Este método puede ser implementado en cualquier establecimiento para enfermos mentales:

Simón no dispone de procedimiento alguno que no pueda ser puesto en práctica en cualquier establecimiento para enfermos mentales, y hace notar muy juiciosamente que la ocupación combate las causas de decadencia habitual en los asilos, de la irresponsabilidad, de la degradación del individuo, del ruido, de las pendencias, las groserías y la interpsicología de los delirantes. (Caravedo, 1936, p. 67)

Encargado de realizar nuevos procedimientos, resaltaba que era importante establecer normas y conductas en la cual debe encauzar la “libertad” que habían establecido para el enfermo, “Con la destrucción de las rejas, la eliminación de los jardines, la supresión del aislamiento y las cadenas, se logró únicamente la libertad física del enfermo, sin haber logrado remediar ni siquiera en parte su situación psíquica y espiritual” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 13).

Este método no solo busca sanar el cuerpo, sino también reintegrar al individuo a la sociedad mediante actividades productivas y significativas. “ [...] despertar y desarrollar en el enfermo el sentido de la responsabilidad y el sentido de los deberes y derechos que lo asemejen en lo posible a un ser normal en una sociedad normal” (Barindelli & Tobler, 1958, p.13).

Los autores subrayan que el trabajo, como ya mencionamos, es uno de los principios esenciales de la Laborterapia, no es solo una herramienta terapéutica, sino también una vía para la reintegración social y el fortalecimiento de la identidad. A través del trabajo, se estructura el tiempo y se proporciona un propósito claro, lo cual ayuda al paciente a

reencontrar una sensación de utilidad. Simon citado por Barindelli y Tobler (1958), implementa “la ‘ocupación’ con el fin de lograr una recuperación integral del enfermo que le permitirá su reintegración al medio social normal” (p.13). La ocupación no era con fines económicos, la misma “comprende toda tarea o trabajo que sea capaz de mantener en actividad al enfermo con provecho para sí” (p.13). La “ocupación es todo aquello en lo que el enfermo invierte su tiempo, ya sea producción, juegos, entretenimientos, deportes, etc., y lo importante es el beneficio que él saca en su propio provecho” (p.13).

También, se destaca que dentro de la Laborterapia, las tareas deben ser, por un lado, seleccionadas en función de las necesidades específicas, las habilidades y las limitaciones de cada paciente, tal como expresa el autor;

Hay una Laborterapia adaptada al estado de su enfermedad y de acuerdo al esfuerzo que cada uno de ellos puede desarrollar, cumpliendo siempre con la finalidad más importante la cuál es la de procurar que su mente se ocupe en prestar atención a algo que no sea el constante cavilar sobre la enfermedad. De esta manera se consigue que el individuo pueda distraerse muchas horas del día en una actividad que no sea la preocupación de su propia invalidez. Tal es la eterna finalidad de la ocupación en Laborterapia. (Barindelli & Tobler, 1958, p.115)

Y, por otro lado, las tareas deben ser adaptadas, la cual el Laborterapista “Desde el ángulo de la enfermedad mental, él puede obtener datos muy importantes para poder asignar tareas” (p.115).

Según exponen los autores, los talleres y espacios donde se desarrollan las actividades de laborterapia deben estar organizados para garantizar la seguridad y accesibilidad de los pacientes. Por ejemplo,

Toda la tarea que demanda la encuadernación de un libro, puede hacerse dentro del ambiente de las salas, dejando el corte con la guillotina para ser realizado en el taller por otros enfermos que se encuentran colocados en otro grado de activación (p. 90).

También, además, destacan que “las tareas que llevemos a las salas de observación, no sean ruidosas ni sucias, como es el caso de la herrería y la carpintería” (p. 90).

Por otro lado, las máquinas que hay en los talleres, requieren de ciertos cuidados, “se deben usar todos los elementos de protección que exigen las leyes de la industria, adaptando dichas máquinas al ambiente psiquiátrico y aumentando los elementos de protección de las mismas” (p. 92).

El entorno debe facilitar la participación activa del paciente, proporcionando disciplina y procesos de trabajo. El espacio terapéutico se convierte en un elemento facilitador del tratamiento y no en un obstáculo, “no solamente debe interesarnos que el enfermo realice tareas, sino también que aprenda a ejecutarlas y que nuestra misión no consiste únicamente en hacer ejecutar tareas, sino en la enseñanza de las mismas, debiendo ser ella completa” (p. 91). Se expresa que los trabajos a máquina podrían ser peligrosos para los enfermos, pero destacan que,

[...]siempre hay oportunidad de hacer trabajos individuales empleando únicamente la mano, pero que el enfermo una vez que se ha agilizado y conoce bien la forma primitiva como realizar su oficio debe ir perfeccionándolo disponiendo para ello de todas las máquinas que la industria moderna usa en la calle. (p. 92)

Barindelli y Tobler (1958) destacan la importancia del rol del terapeuta en el contexto de la Laborterapia. El terapeuta no solo tiene la función de supervisar las actividades, sino que también debe incentivar al paciente y efectuar una correcta elección de las tareas. Le corresponde al terapeuta identificar las áreas que precisan intervención y ajustar las actividades conforme el paciente avanza en su proceso de rehabilitación. Esta participación activa del terapeuta resulta fundamental para el éxito del tratamiento, ya que asegura que el enfoque terapéutico se mantenga flexible y adaptado a las necesidades variables del paciente. Tal como expresan los autores “el tipo ideal de Auxiliar de Laborterapia, pues por una parte conoce el oficio, por otra sabe cómo debe enseñarlo en nuestro caso y finalmente está debidamente instruido sobre el manejo del enfermo que está con él” (p. 93). Resaltan que;

[...] ese auxiliar especializado se preocupe más por ese grupo de aprendices, con quienes deberá tener una serie de consideraciones especiales, pues dentro del grupo que no conocen el oficio y se van a iniciar en su aprendizaje, están los enfermos que lo poseían y que por su larga enfermedad o por las alteraciones producidas por ella, su trabajo se ha inferiorizado y no percibe los defectos que

tiene su producción, debiendo procurar ponerlos nuevamente en condiciones. (p. 93)

Entre los beneficios de la Laborterapia, según Barindelli y Tobler (1958), se encuentran los aspectos físicos, los psicológicos y sociales. Desde el punto de vista físico, la participación en actividades manuales o laborales puede ayudar a los pacientes a recuperar la movilidad, la fuerza y la coordinación, aspectos clave en la rehabilitación de personas con limitaciones físicas. En cuanto a los beneficios psicológicos, el trabajo productivo proporciona una sensación de propósito y logro, elementos cruciales para la mejora del bienestar emocional del paciente. Desde una perspectiva social, Barindelli y Tobler (1958) sostiene que esta forma de terapia fomenta la interacción y cooperación entre los pacientes, lo que contribuye a reforzar su sentido de comunidad y pertenencia, aspectos esenciales para aquellos que han perdido la capacidad de relacionarse o que se han aislado debido a su condición de salud.

Barindelli y Tobler (1958) señala su efectividad en psiquiatría, donde puede ayudar en la rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales crónicas al promover su participación en actividades significativas y facilitar su integración social. Asimismo, este enfoque es útil en la fisioterapia y la rehabilitación física, donde las actividades laborales pueden contribuir significativamente a la recuperación de personas con discapacidades motoras o que han sufrido accidentes. En el campo de la rehabilitación ocupacional, la Laborterapia también tiene un papel relevante, ya que prepara a los pacientes para su reincorporación al mundo laboral, brindándoles herramientas y habilidades que pueden aplicar en futuras ocupaciones.

Se menciona que el nombre Laborterapia no fue suficiente, “Toma todos los medios posibles, para la rehabilitación del enfermo y por ende, rebasa el simple concepto inicial” (p.266). Se comenzaron a adoptar nuevas terapias, entre ellas la Gimnoterapia, un método colectivo. Los autores resaltan que “La colectividad y la sociabilidad, son de gran importancia en el Sistema, sobre todo considerando que se trata de su utilización en enfermos mentales, que por la propia naturaleza de sus trastornos, tienden al aislamiento, indiferencia e individualidad” (p.266). Era necesario captar su interés, unirlos y generar sentimientos compartidos; solo así se podía llevar a cabo el Tratamiento Ocupacional de manera óptima.

Consideramos relevante mencionar la laborterapia en nuestros países vecinos alrededor de esa época.

En Argentina, entre 1914 y 1940, la Laborterapia fue una práctica común en las instituciones psiquiátricas a principios del siglo XX. En el caso del Asilo-Colonia de Alienados de Oliva, se utilizaba como un medio para mantener ocupados a los pacientes y contribuir a la economía del establecimiento. Se menciona que, durante la década de 1920, "el trabajo de las personas internadas era considerado un recurso para la economía institucional" (p.110), y servía para organizar y disciplinar a un gran número de pacientes con un personal limitado.

No obstante, en los años 30, comenzó a cambiar la conceptualización de la Laborterapia, alejándose de una idea meramente productivista. El Dr. Conrado Ferrer, citado por Vanadia (2021), reconoció que el término "Laborterapia" era problemático, ya que "era un hibridismo gramaticalmente indefendible" (p.113) y su aplicación debía ajustarse a criterios científicos rigurosos. Por lo tanto, se empezó a emplear el término "praxiterapia" para describir un enfoque más completo y orientado al bienestar del paciente, aunque la infraestructura limitada y la falta de personal especializado en Oliva dificultaron la implementación completa de este modelo (Vanadia, 2021).

La Laborterapia, entendida como un enfoque terapéutico que integra el trabajo y la actividad como herramientas de tratamiento, ha experimentado un proceso de reescritura conceptual que revela un renovado interés científico en sus aplicaciones y beneficios.

Como se propone en la LAHM (Ley de Asistencia a la Salud Mental), mencionado por Vanadia (2021), se hace evidente la necesidad de establecer bases científicas que sustenten la práctica de la laborterapia, destacando así su relevancia;

[...] es posible encontrar en la reescritura del aparato conceptual sobre la laborterapia, un interés científico y una preocupación por su potencial terapéutico que trasciende la importancia que se le asignó para el mero sostenimiento institucional. La aplicación de esta terapéutica, requirió de la elaboración de bases científicas, frente a la propuesta de modernización del rol del psiquiatra propuesto por la LAHM. (Vanadia, 2021, p.115)

En Brasil, basándonos en el análisis de Damas (2013), “Comunidades Terapêuticas no Brasil” la Laborterapia es una práctica terapéutica destacada en las Comunidades Terapêuticas (CT), especialmente en el contexto del tratamiento de la dependencia química. En esencia, la laborterapia implica el uso del trabajo estructurado como parte del proceso de recuperación, con la intención de aportar disciplina, orden y sentido de propósito a los individuos en rehabilitación (Damas, 2013).

El enfoque de la Laborterapia tiene sus raíces en el modelo Synanon, propuesto en la década de 1960 por Charles Dederich, un ex-alcohólico que diseñó un sistema para corregir comportamientos desviados a través de la convivencia en comunidad y métodos terapéuticos específicos. En este modelo, el trabajo era considerado una parte esencial del proceso terapéutico, con la creencia de que “comportamiento desviado do dependente químico só poderia ser corregido por novas formas de convívio e métodos terapêuticos” (Damas, 2013, p. 53), siendo “o trabalho (laborterapia) um dos pilares deste método” (Ribeiro et al., 2004, como se citó en Damas, 2013).

Como mencionan, algunas comunidades terapéuticas se enfocan específicamente en el trabajo como base de su enfoque terapéutico. Sin embargo, también se critica la posible explotación del trabajo bajo la premisa de la laborterapia, tal como se menciona: “a exploração de trabalho sob a égide do conceito da 'laborterapia’” (p. 54).

Podríamos decir que la Laborterapia brinda un enfoque holístico que extiende la simple rehabilitación física. No solo busca la recuperación de habilidades motrices, sino también una restauración de una vida significativa para los pacientes, permitiéndoles participar activamente en la sociedad. A pesar de ciertas críticas y desafíos en su implementación, vemos que es un método valorado por su capacidad de brindar propósito y una nueva oportunidad de vida a quienes lo necesitan.

Notamos que, en Argentina y Brasil, contrastan con la perspectiva de Barindelli y Tobler (1958), quienes enfatizaron que la ocupación no debe tener un propósito de productividad económica. “Para él, la 'ocupación' no tiene un fin de productividad económica” (Barindelli & Tobler, 1958, p.13).

Mientras que en Argentina, la laborterapia se usaba explícitamente como un recurso para la economía institucional, Barindelli y Tobler proponían que el enfoque debía centrarse en el beneficio terapéutico intrínseco para los pacientes, excluido de

consideraciones económicas. También, en Brasil, la influencia del modelo Synanon destaca el trabajo como un pilar del tratamiento, pero además resalta críticas contemporáneas sobre la posible explotación bajo la justificación de la laborterapia. Estas diferencias reflejan tensiones históricas y éticas en torno a la implementación de prácticas terapéuticas que oscilan entre objetivos económicos e ideales de rehabilitación personal.

1.2.1 Laborterapia y el Control Social: Un Análisis desde Foucault

La Laborterapia, definida como un enfoque terapéutico que utiliza el trabajo como medio de rehabilitación, especialmente en personas catalogadas como “anormales” o con alteraciones sociales y mentales, puede ser interpretada desde los planteamientos de Michel Foucault. Este autor, en *Vigilar y castigar* (1975), analiza cómo el poder se ejerce no sólo de forma represiva, sino también a través de la normalización y la producción de sujetos, dispositivos que parecen estar presentes en la laborterapia.

Foucault (1975), señala que “el poder produce; produce realidad; produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se puede obtener corresponden a esta producción” (p. 180). En este sentido, la Laborterapia actúa como un mecanismo que no solo busca la rehabilitación física o mental, sino que también produce un sujeto “normalizado” y “productivo”. Este proceso tiene como objetivo integrar a los pacientes en las normativas de la sociedad, asegurando su conformidad con los valores establecidos, como el trabajo y la responsabilidad.

Desde la perspectiva foucaultiana, las instituciones como hospitales psiquiátricos desempeñan un papel clave en la vigilancia y el control de los individuos. En sus palabras:

La división constante de lo normal y de lo anormal, a que todo individuo está sometido [...] la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, hace funcionar los dispositivos disciplinarios. (Foucault, 1975, p. 184)

La Laborterapia puede ser vista como una extensión de estos dispositivos disciplinarios. A través del trabajo, los individuos no son solo ocupados, sino también evaluados y categorizados según su capacidad para cumplir con las normas sociales.

En el análisis de Barindelli y Tobler (1958), vemos cómo la Laborterapia busca sacar al enfermo del estado de desinterés mediante actividades significativas. Sin embargo, al observar estas prácticas desde el ojo foucaultiano, se puede argumentar que el trabajo no solo tiene fines terapéuticos, sino que se convierte en un medio para estructurar el tiempo, disciplinar el cuerpo y crear un sujeto útil dentro de la sociedad. En este sentido, la afirmación de Foucault de que “el poder produce realidad” resalta, al analizar cómo la laborterapia organiza la vida de los pacientes en función de valores socialmente aceptados.

Además, la relación entre la laborterapia y el higienismo mejora su dimensión de control social. El higienismo, como movimiento orientado a la salud pública, busca no solo prevenir enfermedades, sino también promover conductas consideradas “adecuadas” desde un punto de vista social y moral. En este contexto, la Laborterapia actúa como una herramienta para integrar social y productivamente a los individuos, reforzando la idea de que aquellos que no pueden trabajar son deficientes o peligrosos, así como sugiere Foucault al abordar la construcción social de la anormalidad.

Los autores Barindelli y Tobler (1958) destacan que “despertar y desarrollar en el enfermo el sentido de la responsabilidad y el sentido de los deberes y derechos que lo asemejen en lo posible a un ser normal en una sociedad normal” (p.13). Esta cita refleja la idea de que la laborterapia no solo busca la rehabilitación clínica, sino también una integración que esté marcada en una noción de normalidad social.

La crítica foucaultiana también permite cuestionar el trasfondo ético de estas prácticas. En Argentina, por ejemplo, el uso de la laborterapia como recurso económico institucional durante las primeras décadas del siglo XX contrasta con la visión de Barindelli y Tobler (1958), quienes insisten en que la ocupación debe ser exclusivamente terapéutica, excluyendo fines económicos. Este contraste pone de manifiesto las tensiones entre la dimensión terapéutica y la potencial explotación del trabajo bajo la apariencia de terapia, algo que también se critica en Brasil en el contexto del modelo Synanon, mencionado por Damas (2013).

En conclusión, la relación entre la Laborterapia y la construcción social del trabajo como valor positivo destaca una conexión con los planteamientos de Foucault sobre cómo las normas sociales estructuran las categorías de lo normal y lo anormal. Aquellos que no participan en el trabajo son vistos como desviados o irracionales, tal como él lo menciona en *Historia de la locura*; “La locura no conserva sentido y valor más que en el campo mismo de la razón” (Foucault, 1967, p. 27).

Este análisis muestra cómo la laborterapia se relaciona directamente con las ideas de Foucault sobre el poder y el control social. Destaca cómo estas prácticas terapéuticas forman parte de sistemas más grandes que buscan vigilar, controlar y moldear el comportamiento de las personas para que se ajusten a ciertas normas.

1.2.2 Vinculación entre las Prácticas Corporales y la Laborterapia como método terapéutico y pedagógico.

Las prácticas corporales, vistas tradicionalmente desde un enfoque técnico-biológico en la Educación Física, son mucho más que un conjunto de movimientos o técnicas para optimizar el rendimiento físico (Crisorio, 2015). En consonancia, estas prácticas están profundamente arraigadas en contextos culturales e históricos, y han funcionado como mecanismos para disciplinar, normalizar y regular a los sujetos. Desde esta perspectiva, se podría criticar que han servido para perpetuar ideales de salud, moralidad y productividad que responden a intereses sociales y políticos dominantes.

La conexión entre estas prácticas y la biopolítica foucaultiana es evidente. Según Foucault (1975), el cuerpo ha sido históricamente un espacio de control y regulación en el que se inscriben las dinámicas de poder. Las prácticas corporales, en este sentido, pueden interpretarse como tecnologías de poder que operan para moldear cuerpos y comportamientos según los intereses de las instituciones dominantes. No serían neutras en su rol, sino que están diseñadas para producir subjetividades acordes a determinados valores culturales y políticos.

Las prácticas corporales son utilizadas para definir y reforzar lo “normal” frente a lo “anómalo”. En la Educación Física, esto se traduce en la promoción de ciertos gestos,

movimientos y actividades que encarnan ideales culturales de salud, eficiencia y control, como sucedía en la época (Barrán, 1995). En el Vilardebó, las intervenciones corporales buscaban “normalizar” a los pacientes, normalizando su comportamiento y alineándolo con los estándares sociales. Las prácticas corporales no solo disciplinan cuerpos individuales, sino que también producen categorías normativas que determinan qué es aceptable y qué no.

Las prácticas corporales tienen un carácter político y cultural. Lejos de ser herramientas neutras, estas prácticas son formas de intervención que tienen el potencial de reproducir desigualdades, pero también de subvertirlas si se las aborda de manera consciente e inclusiva. Estas generan espacios de resistencia, transformación y emancipación, donde los cuerpos se convierten en actores activos de su propia construcción.

La Laborterapia y las prácticas corporales históricas comparten un objetivo en común que es utilizar el cuerpo como un medio para promover la rehabilitación, el control y la reintegración social. La Laborterapia y las prácticas corporales del siglo XX comparten también un marco histórico y discursivo donde el control y la normalización de los cuerpos fueron centrales. Como ya venimos mencionando, la Laborterapia no solo buscaba sanar esencialmente, sino que también aspiraba a reintegrar a los individuos en la sociedad a través de actividades productivas y significativas. Podemos decir que este enfoque se alinea con las discusiones de Pérez Monkas (2016), donde se analiza cómo las prácticas corporales de la modernidad fueron utilizadas como dispositivos civilizadores. Pérez Monkas (2016) señala que “las prácticas corporales se circunscriben en una etapa particular, en un momento específico relacionado con la producción de verdad en torno al cuerpo” (p. 8), destacando el carácter político de estas intervenciones.

El trabajo constituye el eje central de la Laborterapia, el cual también funciona como un medio de regulación biopolítica. Barindelli y Tobler (1958) afirman que la principal finalidad de la Laborterapia es “sustraer al enfermo de su apatía y lograr su activación” (p.7). Continuando con la idea, la tesis de Pérez Monkas (2016) sugiere que las prácticas corporales del siglo XIX promovieron un “campo de saberes que se pusieron en funcionamiento en la educación y enseñanza del cuerpo” (p. 10), destacando su función disciplinaria y su impacto en la construcción del Estado-Nación.

Esto, relacionado con el libro de Barindelli y Tobler (1958), podemos encontrar algunos puntos de conexión; ya que existe un enfoque pedagógico implícito en el método de la Laborterapia, que busca educar al paciente en la responsabilidad y en el desarrollo de habilidades para reintegrarse a la sociedad. La meta de la laborterapia es que el paciente no solo mejore su salud mental, sino que también aprenda a ser un miembro funcional de la sociedad.

La Laborterapia busca;

Crear en el enfermo un sentido de la responsabilidad, aunque en algunos casos solo se trate de una responsabilidad puramente biológica, para que en el establecimiento la vida se desarrolle, como ya lo hemos dicho, dentro de un clima de armonía y equilibrio, procurando sea lo más semejante posible al de la sociedad que el enfermo dejó. (Barindelli & Tobler, 1958, p.14)

Este objetivo implica una educación en la toma de decisiones y en la comprensión de las consecuencias de las propias acciones, aspectos centrales de la pedagogía.

También, se centra en actividades prácticas y laborales. El trabajo se presenta no sólo como un medio para ocupar al paciente, sino como un proceso de aprendizaje que fomenta la autodisciplina, la perseverancia y la adquisición de nuevas habilidades. En este sentido, se menciona que “el trabajo siempre limita el campo de acción, desde el momento que debe tener una finalidad” (Barindelli & Tobler, 1958, p.40).

El objetivo final de la Laborterapia es la reintegración del paciente a la sociedad. Esto requiere que el paciente aprenda a interactuar con otros, a seguir las normas sociales y a asumir roles productivos, lo cual es un proceso educativo. El texto plantea que la laborterapia busca la “reintegración al medio social normal” (Barindelli & Tobler, 1958, p.28).

El rol del auxiliar en la Laborterapia se asemeja al de un facilitador o educador. El auxiliar no solo supervisa las tareas, sino que también guía y apoya al paciente en su proceso de aprendizaje; “el auxiliar o instructor que ha sido debidamente preparado para este tipo de enfermos, preparación, que deberá ser llevada a cabo con el mismo esmero para cada especialidad, toda vez que tengamos que aplicar la mencionada terapéutica” (Barindelli & Tobler, 1958, p.37).

Se propone una observación constante del paciente, para entender sus necesidades y dificultades, lo cual permite adaptar las estrategias de intervención de una manera pedagógica. El texto indica que el médico debe "observar con frecuencia en qué forma trabaja y si se fatiga al hacerlo; si comprende la tarea o necesita aclaraciones; si tiene iniciativa en su tarea, etc." (p.79).

La laborterapia no solo busca la activación física del paciente, sino también su integración social y el desarrollo de habilidades que le permitan ser autónomo y útil en la sociedad ; "La laborterapia socializa al enfermo y además significa un aprendizaje que le ayuda a valerse por sí mismo una vez fuera del hospital" (Barindelli & Tobler, 1958, p. 260).

Entendemos que el enfoque de la Laborterapia tiene un fuerte componente pedagógico. La intención principal es la rehabilitación del paciente, la cual requiere de un proceso de aprendizaje que va más allá del tratamiento puramente médico. La laborterapia busca educar al paciente en habilidades para vivir en sociedad y, por lo tanto, tiene un enfoque pedagógico en sí mismo (Barindelli & Tobler, 1958).

En ambas prácticas, la organización de espacios y tiempos resulta crucial para la eficacia de las intervenciones. Como hemos mencionado en el apartado 1.1, la Laborterapia se llevaba a cabo en talleres, espacios para "industria casera" y áreas al aire libre. Estas actividades buscaban ocupar a los pacientes en tareas productivas que fomentaran su rehabilitación e integración social (Barindelli & Tobler, 1958). Inspirados en el método de Simon, se daba importancia al entorno físico, que debía ser limpio, ordenado y agradable, buscando promover la calma y el bienestar emocional de los pacientes (Sicco, 1928).

Barindelli y Tobler (1958) sistematizaron la Laborterapia a través de índices estadísticos como el "Grado de Ocupación (GO)", que medía la participación de los pacientes, y otros indicadores que evaluaban las razones físicas o psíquicas de la desocupación. Este análisis pretendía legitimar científicamente el método y demostrar su eficacia terapéutica.

Pérez Monkas (2016), describe cómo los clubes y asociaciones de la época establecieron reglamentos que regularon las actividades corporales, creando un entorno que facilitara su implementación: "La creación de clubes y asociaciones implica una

forma de organización que comienza a tener mayor preponderancia luego de la Guerra Grande” (p. 23).

Ambos enfoques coinciden en considerar las prácticas corporales como herramientas de rehabilitación e integración social. Como ya sabemos, en la Laborterapia, el trabajo se define como una vía para desarrollar en el enfermo la responsabilidad (Barindelli & Tobler, 1958). Del mismo modo, Pérez Monkas explica que las prácticas deportivas y gimnásticas del siglo XIX fueron utilizadas para fomentar una “sensibilidad civilizada” (2016, p. 12), asegurando la alineación de los individuos con los valores sociales y políticos de la modernidad. Tanto en la Laborterapia como en las prácticas corporales del siglo XX, se subraya la necesidad de adaptar las actividades a las capacidades y necesidades individuales. Pérez Monkas (2016) resalta que el diseño de las prácticas corporales del período no sólo respondía a objetivos generales de disciplina, sino también a las condiciones particulares de los cuerpos involucrados.

En este sentido, tanto la Laborterapia como las prácticas corporales representan instrumentos de rehabilitación y regulación social a través del cuerpo. Además, los motivos políticos y disciplinarios detrás de estas prácticas son característicos de las dinámicas sociales de sus siglos, demostrando que, si en el siglo XX se permitía sanar y proteger a través del trabajo y el movimiento, eso se debía al hecho de no solo “restaurar” a los individuos biológicamente, sino también adaptarlos a las normas y prioridades del orden social.

Capítulo 2

2.1 Gimnoterapia, Pedagogía Sanitaria del Cuerpo

2.1.1 Normalización y Adaptación: Discurso Psiquiátrico y Pedagógico en la Modernidad

Rodríguez (2011) en *Saber del cuerpo y gobierno de la población: Higiene experimental, enseñanza y medicina social en la Universidad de la República del novecientos* plantea que en el siglo XX, la medicina social y el higienismo adquirieron un rol central en la transformación del sistema de salud del país, configurando un enfoque que procuraba la prevención en salud a través de la intervención estatal. Este proceso se produjo en un contexto de profundas reformas sociales y políticas que redefinieron la relación entre el Estado y la ciudadanía en términos de derechos y garantías en materia de salud pública.

En este marco, la atención en salud se desplazó hacia el paradigma de la prevención de enfermedades y la intervención en las condiciones de vida de la población, abordándolo como un problema colectivo, en el cual el Estado debe intervenir. Según Foucault (1975), este cambio de paradigma responde a una lógica biopolítica, en la cual el Estado comenzó a gestionar la vida y la salud de la población. De este modo, el Estado da respuestas, generando medidas de regulación del cuerpo social a través de la higiene, la educación y las políticas sanitarias. En este sentido, la medicina dejó de ocuparse únicamente de la salud individual de los habitantes para abordar la salud a nivel social, con el objetivo de mejorar el rendimiento, la productividad y la longevidad de la población, aspectos necesarios para consolidar los rendimientos de un sistema productivo capitalista (Rodríguez, 2011).

En la escena política, durante los periodos de mandato de José Batlle y Ordóñez (1903-1907 y 1911-1915) fueron clave para consolidar una mirada social de la salud. Durante su periodo de gobierno promovió políticas de Estado en materia de acceso a la salud, las cuales garantizaban el acceso a los servicios de salud de los sectores más

vulnerables de la sociedad. Estas iniciativas quedaron plasmadas en la Constitución de 1918, que incorporó principios fundamentales sobre educación, asistencia y salud pública como funciones esenciales del Estado (Rodríguez, 2011).

Las reformas continuaron en las décadas siguientes, con un énfasis creciente en la prevención de enfermedades y en la gestión pública de la salud. En la constitución de 1934 citada en Rodríguez (2011) se aborda lo moral, lo físico y social como parte de la concepción de salud.

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistir en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes (p.15).

En este contexto, en 1937 se crea la Liga Uruguaya de Higiene Mental, dando lugar a la consolidación de la articulación de los discursos psiquiátricos y pedagógicos en torno a la infancia, estableciendo la educación como una herramienta disciplinaria clave para la modificación de comportamientos. Desde la perspectiva de la higiene mental, se implementaron estrategias persuasivas destinadas a erradicar conductas consideradas inadecuadas y fomentar aquellas alineadas con el ideal de salud defendido por los higienistas. En este marco, la psiquiatría y la pedagogía se convirtieron en mecanismos normalizadores dentro de la biopolítica, donde el conocimiento médico desempeñó un papel central en la definición de lo saludable frente a lo patológico (Capocasale et al., 2023).

La preocupación por la adaptación de los niños a las reglas sociales se evidencia en la constitución de 1952 en la cual se expresa en el artículo 44: “La ley procurará que la delincuencia infantil está sometida a un régimen especial en el que se le dará participación a la mujer” (Uruguay, 1952, art. 44).

Ante esta preocupación, el Estado encontró en el campo de los saberes psiquiátricos, pedagógicos, auxiliados por la psicología experimental, y la escuela el escenario ideal para la intervención temprana de la infancia. La irrupción de la psiquiatría en el ámbito escolar consolidó la universalización del saber psiquiátrico (Craviotto, 2016). *En*

Cuerpo y discurso psiquiátrico a comienzos del siglo XX en Uruguay: Insuficiencia, debilidad y adaptación Craviotto (2016) plantea que la medicina y, en particular, la psiquiatría se consolidaron como saberes expertos de la infancia al abordar a la misma como objeto de estudio. Su propósito era clasificar a los niños según su capacidad de adaptación a las normas sociales y escolares, reforzando el control sobre sus conductas. El Dr. Etchepare, nombrado como el padre de la psiquiatría uruguaya, estableció un vínculo estrecho con el ámbito educativo, incorporando categorías diagnósticas que reforzaban la intervención médica en la formación infantil. Duffau (2019) en su obra *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911): Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental* plantea, señala que Etchepare abordó en su obra *Los Débiles Mentales (1913)* el interés por ciertos pacientes con enfermedades mentales comunes, asociadas con la teoría de la degeneración, la herencia y los valores morales. A los cuadros denominados «idiocia» e «imbecilidad» los clasificó dentro del concepto de debilidad mental. En torno a este concepto Duffau (2019) plantea “estos casos, sobre todo de niños, no se trataban de «locos», pero tales sujetos presentaban un tipo de enfermedad que los privaba de la razón y, por ende, era necesario protegerlos del medio, al tiempo que proteger a la sociedad de su presencia” (p.112). El discurso médico de la época consideraba a la debilidad mental como un factor determinante para la generación de criminalidad y enfermedades mentales.

Según Craviotto (2016), en el que se citó a Rodríguez (1910) afirmó: “la escuela se constituyó como objeto de preocupación e intervención sobre 'todos los problemas que se desarrollan [...] ora sea con el maestro, ora con el niño, ó ya con el medio donde estos se desenvuelven'" (p. 67). Así, no solo se atendía a la salud física de los escolares, sino también se los abordaba desde su rendimiento en términos de capacidad de adaptación al medio, entendido como la capacidad de ajustarse al orden social vigente. De este modo, la psiquiatría infantil junto con el discurso pedagógico se configuraron como un campo de conocimiento que articuló discursos sobre la normalidad y la patología en la infancia. A través de los avances en la medicina y la psicología experimental promovieron una serie de clasificaciones sobre el niño “anormal”, que iban desde la debilidad mental hasta la indisciplina escolar (Craviotto, 2016). En este marco, la escuela, en palabras de Craviotto (2016) se transformó en un “espacio de control de las conductas” (p.64), en donde la medicina y la pedagogía operaron conjuntamente para moldear subjetividades adaptadas a los valores sociales de la clase

burguesa. La psiquiatrización de la infancia ha sido un proceso fundamental en la consolidación de las disciplinas médicas y pedagógicas para lograr la reproducción de la racionalidad moderna (Craviotto, 2016).

Michel Foucault (1975), en su análisis sobre el poder disciplinario, señala que instituciones como la escuela y el hospital han sido históricamente escenarios privilegiados para la normalización de los sujetos que transitan por ellas, ejerciendo un control sobre los individuos, comenzado desde la infancia. En el ámbito de la salud mental, en el Hospital Vilardebó, en 1952 asume la dirección del sector de Laborterapia el Dr. Barindelli, la cual era concebida como un método de rehabilitación basado en el trabajo. Esta psicoterapia, desde una dimensión pedagógica, establecía un régimen de ocupación que evitaba la inactividad de los pacientes y promovía la consolidación de un “hospital activo”. Su objetivo era que, a través de la reproducción de un entorno social normal, facilitar la adaptación del paciente a las normas sociales vigentes. (Barindelli & Tobler 1958). Sobre la reproducción social en el ámbito hospitalario, Barindelli y Tobler (1958) expresan:

Cuanto más hacemos para que ese medio que le creamos sea lo más parecido al normal, el enfermo irá tendiendo a adaptarse a él, siendo así que de no preocuparnos por la creación de ese medio adecuado y librándolo a uno completamente distinto al normal, el enfermo se adaptará a ese medio anormal que le hemos creado. (p.32)

De este modo, la concepción de adaptación fundamenta la laborterapia en el ámbito hospitalario, Binet, citado en Craviotto (2016), sostiene que “nunca hay que perder de vista, cuando se habla de educación, instrucción y formación de los espíritus, que toda actividad individual está sometida a una ley soberana: la adaptación del individuo a su medio” (p. 67). En esta misma línea, Barindelli y Tobler (1958) plantearon “La capacidad de adaptación responde a una ley biológica y su cumplimiento se observa tanto en el niño como en el adulto, en el hombre sano como en el enfermo e igualmente en los animales” (p.29). A través de la noción de adaptación fundamentaron la importancia de la recuperación de la responsabilidad moral de los enfermos mentales, la cual es creada por el hombre para lograr una conducta acorde al medio social establecido. La responsabilidad moral es algo extrínseco al hombre, es el acatamiento de

las leyes de orden social que se le imponen al hombre al ser parte de un grupo o sociedad, en torno a la responsabilidad moral los autores plantean:

Es, hasta si se quiere, algo extrínseco al sujeto, algo que debe obedecer y respetar porque intelectualmente sabe que la violación de esas leyes constituye un acto punible por los demás componentes del núcleo social, que son los que las han cread. (Brindelli & Tobler, p.29)

Según los autores, el enfermo mental ha perdido su responsabilidad moral, por lo cual no puede ser parte de una sociedad organizada, debido a que es la responsabilidad moral la que le permite, junto con el acatamiento de leyes, vivir con equilibrio sus tendencias psicobiológicas. De este modo, la laborterapia, al encontrarse con la escasa o nula responsabilidad moral del enfermo mental, debe procurar al máximo su desarrollo (Brindelli & Tobler, 1958).

En este contexto, las prácticas psiquiátricas, a través del concepto de adaptación, tanto en el ámbito hospitalario como en el escolar, tuvieron la función no solo de diagnosticar, sino también de influir activamente en la configuración del comportamiento de los sujetos. De este modo, Barrán (1995) planteó que el saber médico se transformó en una autoridad clave del orden moral establecido e intervino “desde el rigor paterno, al paciente-niño” (p. 232).

2.1.2 Gimnoterapia y su Fundamentación

El desarrollo y la implementación de la Gimnoterapia en el Hospital Vilardebó estuvieron bajo la dirección de Héctor Gonnet, profesor de Educación Física enviado por el Ministerio de Salud Pública con el apoyo de la CNEF. Gonnet introdujo un enfoque que integraba tanto la terapia ocupacional como la actividad física, con el objetivo de brindar un tratamiento integral a los pacientes (Barindelli & Tobler, 1958). Sobre la intervención de Gonnet los autores expresan:

Contamos con la eficaz dirección técnica del Profesor Héctor Gonnet del Ministerio de Salud Pública y el valioso apoyo de la Comisión Nacional de Educación Física, que nos facilita profesores y profesoras, a cuyo cargo están los sectores de hombres y mujeres. (Barindelli & Tobler 1958, p. 267)

La cita de Barindelli y Tobler (1958) revela aspectos clave sobre la matriz discursiva que configuraba la formación de los maestros de cultura física en la época. Evidenciando un enfoque tecnicista en la profesión, destacando la figura del maestro como un “coordinador y gestor” de actividades. Tal como lo señala Julio J. Rodríguez, Director Técnico de la Comisión Nacional de Educación Física (CNEF) solo los hombres estaban habilitados para ocupar roles de dirección en las plazas de deportes;

En este sentido, únicamente el sexo masculino puede llegar a ser director de una plaza de deportes y la virilidad es expresada en la proeza de las acciones de fuerza [...] Las discursividades normalista y la tecnicista son las predominantes, con mayor ascendencia, quizás, la primera sobre la segunda. (Dogliotti, 2013,s/n)

Dogliotti (2014), en *Educación del cuerpo y discursividades en torno a la formación en educación física en Uruguay (1874-1948)*, desde un enfoque foucaultiano, plantea que las discursividades propias del normalísimo tenían como eje principal las cuestiones vinculadas al conocimiento. El normalísimo focalizó su atención en la formación de los cuerpos para la vida en sociedad, alineándose con las necesidades de los nuevos Estados-Nación en su función de controlar a los individuos y regular a la población.

De modo que el higienismo, como corriente médico-social, legitimó prácticas corporales orientadas al control de los cuerpos, ya sea en el ámbito educativo o en instituciones de salud mental. En el caso de la Educación Física, esto se tradujo en una pedagogía del cuerpo que priorizaba la construcción de sujetos funcionales al orden social de la época. El profesor del de comienzos del 1900 desempeñaba un papel complementario al del médico, integrando a su formación conocimientos terapéuticos e higiénicos junto con técnicas específicas destinadas a la corrección y el cuidado del cuerpo (Dogliotti, 2017). En el contexto hospitalario de la época, la llegada de Gonnet al hospital se justifica por el rol asignado a los docentes de Educación Física, quienes, según Dogliotti (2017), estaban capacitados para implementar campañas higiénicas, fomentar clubes de salud y reproducir las prescripciones higiénicas del discurso médico, en el que se recomendaban prácticas corporales como los deportes y la gimnasia. En este marco, *La Revista Chilena de Educación Física* (1952) presentó un artículo enfocado en el impacto del reacondicionamiento físico como herramienta terapéutica en el tratamiento de personas con enfermedades mentales. Este enfoque buscaba fomentar

la activación de los pacientes a través de actividades físicas diseñadas por instructores y bajo el control de profesionales médicos. Dentro de los objetivos presentados, los dos primeros eran: “Mejorar la condición física general del paciente y proporcionarle una actividad física individual, mientras no pueda ajustarse al nivel de una actividad física colectiva, en grupo.” (Mc-Cloy, 1952, p.149).

La publicación resalta que, las actividades de acondicionamiento físico como los juegos, deportes y ejercicios físicos evocan recuerdos positivos asociados a la práctica de deportes y juegos en la juventud, lo cual genera un punto de partida terapéutico. (Mc-Cloy, 1952) En este sentido Barindelli y Tobler, citado en Techera et al (2009):

La laborterapia apuntaba a la activación del paciente, conectándolo con la vida que dejaba atrás al ingresar a la institución asilar. Distinguieron entonces dos vías en el proceso terapéutico: la primera es el tratamiento, que se efectúa sobre la parte enferma; la segunda es la vía asistencial, que enfoca en lo sano y se vincula con la historia de la persona, con aquellos aspectos que la sostenían en la comunidad. (p.59)

En este contexto, los autores presentan la Gimnoterapia como un procedimiento basado en el uso de la gimnasia, cuyo objetivo es estimular la función muscular y mantener el cuerpo en condiciones óptimas (Barindelli & Tobler, 1958). Los autores aclaran que “la Gimnoterapia se realiza de dos maneras totalmente distintas. Una, en forma general, con todos los internados que estén en condiciones físicas de hacerlo; en nada difiere esta, de la común, de la calle” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 267). Además, señalan que “se cumple en grupos y hay que fomentar al máximo el aspecto deportivo y el espíritu de competencia, que estimulan la unión y la colaboración entre los participantes, quienes llegan así a tener una acabada noción de comunidad” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 267).

En lo que se refiere a la científicidad de la Gimnoterapia y las prácticas terapéuticas, se encontró en los archivos de la Biblioteca Nacional que, en Agosto de 1952, el diario *El Debate* de la ciudad de Montevideo publicó un artículo titulado: “*Serán enfocadas científicamente en el Hospital Vilardebó las tareas de los enfermos mentales*”

[...] el Hospital “Vilardebó” se han cumplido y se cumplen actualmente diversas tentativas en tal sentido, con discreto éxito, pero ellas no han tenido una orientación

científica definida y racional por falta de una organización especializada que proceda con criterio técnico a la selección, estímulo, regulación y vigilancia de los pacientes y de sus actividades laborterápicas. Considerando que el citado Hospital dispone de un extenso predio y de espacios, los talleres que una vez racionalizado el concepto podrían ser satisfactoriamente empleados para organizar sobre bases científicas un sector de laborterapia que derivaría indudables beneficios para los internados y que complementado por distracciones colectivas o individuales, como ser ejercicios físicos, música y juegos, contribuiría eficazmente a la recreación de los enfermos y a su recuperación (Suárez, 1952, p.s/n).

La noticia presentada permite realizar una lectura en torno al proceso de consolidación del saber científico en campo de la medicina, en este sentido Rodríguez (2011) plantea que el positivismo y el empirismo ejercieron fuerte influencia en la enseñanza y en las prácticas médicas. La cita presentada evidencia la continuidad de este pensamiento en el ámbito de la psiquiatría en los años 50', al señalar que “una vez racionalizado el concepto, podrían ser satisfactoriamente empleados para organizar sobre bases científicas un sector de laborterapia” (Suárez, 1952, p.s/n). La cita también permite entrever que la aplicación del método científico aún no estaba completamente consolidado en el tratamiento de la salud mental en el Vilardebó. En este contexto, presenta al Dr. Barindelli como el referente que impulsará la estructuración de la atención psiquiátrica bajo criterios científicos, promoviendo un modelo basado en la organización técnica y en la sistematización de las prácticas terapéuticas.

En este marco, la obra Barindelli y Tobler (1958) *Laborterapia Psiquiátrica. Curso para auxiliares Parte I* refleja la racionalidad científica de la época; en el vigésimo capítulo, los autores presentan los índices que se usan para la valoración estadística del método ocupacional bajo el título “índices estadísticos utilizados en el método de Simon” (Barindelli & Tobler 1958, p.231). En términos de Uribe (2000) la utilización de las fórmulas matemáticas son propias del lenguaje científico, su utilización nos permite afirmar que en la dirección de Barindelli en el sector de Laborterapia se manejaron criterios de una racionalidad científica.

De este modo la noticia presenta una clara articulación del saber científico con la biopolítica al expresar: “con discreto éxito, pero ellas no han tenido una orientación científica definida y racional por falta de una organización especializada que proceda

con criterio técnico a la selección, estímulo, regulación y vigilancia de los pacientes y de sus actividades laborterápicas” (Suárez, 1952, p.s/n). En este sentido, sobre la racionalidad científica y la regulación de los cuerpos, Rodríguez (2011) plantea “El cuerpo, discursivamente hablando, es articulado entre el cientificismo y el interés político. La biologización del cuerpo es solidaria con el despliegue de una racionalidad estatal destinada a gobernar una población” (p.16).

En relación con la científicidad de la gimnasia en la época, según Dogliotti (2021) citando a Langlade (1956) sostenía que esta disciplina se encuentra fundamentada en los principios de la fisiología y la biología, disciplinas que brindan el sustento científico. Según este enfoque, las diferentes etapas del desarrollo evolutivo actúan como guía para la prescripción de ejercicios. De este modo, Dogliotti (2021) en el que citó a Langlade (1956), define a la gimnasia como: “La conjunción de movimientos ‘naturales’ y otros creados por el hombre, ‘construidos’ simples y de forma definida, ejecutados de manera sistemática y metódica, con la finalidad de provocar, mantener o restaurar un equilibrio funcional, morfológico y espiritual” (p. 209).

En torno a la gimnasia deportivizada Barindelli y Tobler (1958) presentaron la dimensión social propia de las prácticas deportivas, expresando: “hay que fomentar al máximo el aspecto deportivo y el espíritu de competencia, que estimulan la unión y la colaboración entre los participantes, quienes llegan así a tener una acabada noción de comunidad” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 267). De este modo, la incorporación del deporte introdujo una nueva perspectiva y un compromiso distinto con lo corporal: la idea de cuerpo colectivo: “los deportes de equipo forman un ‘cuerpo colectivo’. Un buen equipo se compone de un grupo de jugadores cuyas aptitudes, tanto físicas como tácticas, están bien equilibradas. Jugar para la colectividad añade una dimensión psicológica y social al compromiso deportivo del cuerpo” (Holt & Vigarello, 2005, citado en Craviotto y Malán, 2013, sección “Jess T. Hopkins y la entrada del movimiento deportivo en Uruguay”).

Siguiendo estos lineamientos, La *Revista Chilena de Educación Física* (1952) plantea que la recuperación física no debe centrarse exclusivamente en los resultados fisiológicos, aunque estos sean importantes y no deban ser ignorados. Su propósito central es más amplio: busca promover el reajuste, la reeducación y la reintegración social del paciente, de modo que pueda llevar una vida funcional, productiva y

equilibrada. Así, los desafíos principales trascienden el ámbito físico, incluyendo dimensiones sociales y psicológicas. Por esta razón, el reacondicionamiento físico debe integrarse dentro de un enfoque terapéutico integral (Mc-Cloy, 1952).

2.1.3 Gimnoterapia y el Discurso Gimnástico de la Época

En relación con la Gimnoterapia adaptada, se enfocó en la recuperación de la motricidad de un grupo más reducido de pacientes que padecían secuelas de tratamientos previos, como los esquizofrénicos catatónicos (Barindelli & Tobler, 1958). La esquizofrenia catatónica es, esencialmente, un trastorno psicomotor producido por alteraciones en la dimensión psíquica, que genera una motricidad funcionalmente afectada debido a la repetición estereotipada de movimientos (Barindelli & Tobler, 1958). Al respecto, se indica que “al cabo del tiempo, cuando el enfermo recupera su normalidad, una de las secuelas es, precisamente, las retracciones tendinosas y otras lesiones de ese tipo. Es necesario entonces indicarle Gimnoterapia adaptada” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 268).

En relación con las características motoras específicas de los pacientes catatónicos, Mc-Cloy (1952) en la *Revista Chilena de Educación Física*, señala:

Se caracteriza por una conducta motriz muy acentuada, exhibiendo, o bien una inhibición general marcada que trasciende en estupor, mutismo o negativismo, o bien una actividad motriz y excitación excesivas. Aunque los síntomas son serios, este tipo de psicópata tiene un pronóstico muy favorable [...] Muchos de estos pacientes seguirán los ejercicios gimnásticos perfectamente [...]. En general, estos pacientes muestran un mejor control motor que otros tipos de esquizofrénicos. Parecen capaces de realizar una coordinación más exacta y precisa una vez que están activados (p. 157).

El artículo destaca que el valor de la gimnasia radica en su adaptabilidad, ya que permite ajustar diversos grados de complejidad y ritmo, para que todos los pacientes con diferentes niveles de capacidad puedan realizarla, desde los menos activos hasta los más enérgicos. El autor plantea que las instrucciones del profesor brindan al paciente

un sentido de pertenencia al colectivo. Aclarando que los pacientes reacios (parcialmente activados) deben realizar ejercicios en línea recta, los cuales tienen una única forma de reacción, lo que les permite concentrarse más en la ejecución de la tarea (Mc-Cloy, 1952).

La Gimnoterapia implementada en el Vilardebó en 1952 tenía como objetivo alcanzar la normalización corporal, aspecto fundamental de la corriente eugenésica. Este enfoque representa el núcleo principal de la Educación Física de la época. En la obra de Dogliotti (2017) en la que se citó a Julio Rodríguez (1923), se plantea que la Educación Física fue el medio para combatir las condiciones físicas degenerativas y el entorno anómalo generado por la civilización y sus efectos. Para cumplir este propósito, Dogliotti (2017) citó a Julio Rodríguez (1923) el cual plantea que el maestro debe fomentar el “crecimiento y desarrollo normal del organismo humano” (p.240). Realizando exámenes físicos e implementando gimnasia correctiva, la cual desempeña un papel crucial en la corrección de defectos posturales que pueden ser la causa de condiciones patológicas graves y poco comprendidas (Dogliotti, 2017).

En este contexto, el programa de Teoría General de la Gimnasia, dictado por Langlade entre los años 1948 y 1966, otorgaba un énfasis destacado a la carga horaria destinada al abordaje del factor psicofísico. En este contexto, el programa de Teoría General de la Gimnasia, dictado por Langlade entre los años 1948 y 1966, otorgaba un énfasis destacado a la carga horaria destinada al abordaje del factor psicofísico. Este enfoque remarcaba la importancia de las capacidades intelectuales, además de incluir un componente morfológico-correctivo cuyo propósito era prevenir y corregir defectos en los órganos responsables de la postura y el movimiento. Para alcanzar este objetivo, se implementaron ejercicios provenientes de la gimnasia de Ling, orientados al tratamiento de una buena postura desde un enfoque mecánico (Dogliotti, 2017).

Bajo estos lineamientos, Dogliotti (2017) expresa que la dimensión orgánica y su correcto desarrollo determina el desarrollo tanto del cuerpo-organismo como de la dimensión psíquica, produciendo una ortopedia que establece los parámetros de una postura normal.

La insistencia que se pone en la postura, su valoración higiénica, la lógica de una mirada que se atiende preferentemente al presunto sentido

anátomo-fisiológico del porte, llevan a la esperanza de clasificar los sujetos para distribuir finalmente programas y secuencias de aprendizaje múltiple y jerarquizadas. Las categorizaciones así instaladas, puramente físicas [...] esto no reviste sentido alguno posible, sino contingente. (p. 240)

En este marco, los lineamientos de la gimnasia abordada en la formación de profesores de Educación Física encuentran en la Gimnoterapia adaptada un propósito en común, la reeducación y normalización postural.

2.1.4 Método De Activación Por El Movimiento:

La Gimnoterapia y el deporte eran dos medios de activación que formaban parte del tratamiento ocupacional para enfermos mentales. En este sentido, se entiende por activación a la actividad que realiza el médico y el auxiliar a través de la psicoterapia, en este sentido, el psiquiatra H. Simon plantea la necesidad de activar sobre todo al paciente que le aleja de la realidad, al que se encuentra aislado. De este modo Barindelli y Tobler (1958) expresan:

Entonces nosotros seremos activos y nuestro enfermo al “levantarse”, al caminar, al divertirse, será un enfermo activo, bien distinto al pasivo y, nuestro establecimiento, en el que ya los espectáculos se suceden con cierta regularidad y frecuencia como asimismo los deportes y el trabajo, está en condiciones de ser un establecimiento activo. (p. 35)

En relación con la activación de los pacientes, Barindelli y Tobler (1958) plantean que la característica principal de los enfermos es el aislamiento psíquico “por muchas horas, meses y años permanecen liberados a sí mismos, juntos, pero muy distantes, psíquicamente (p.32). El artículo de la *revista de Educación Física Chilena* (1952), plantea la prescripción de activación sensoriomotriz para ciertos pacientes que no se logra activarlos y que no responden a la estimulación verbal. En estos casos la única forma inicial de intervención es aprovechar un hábito sensoriomotor ya establecido (que conozcan). De este modo, dado que el juego ocupa un lugar central en la infancia y facilita el desarrollo natural de la integración sensorial, los pacientes con tendencias

regresivas suelen conservar en su memoria experiencias e impresiones antiguas más que las recientes. Por ello, los ajustes sensoriomotores basados en la reactivación de esas experiencias lúdicas resultan más accesibles y efectivos (Mc-Cloy, 1952).

Para lograr la activación, el tratamiento comprendía dos enfoques principales: las ocupaciones y la psicoterapia, siendo la Gimnoterapia clasificada dentro del primer grupo (Barindelli & Tobler, 1958).

Barindelli y Tobler (1958), en su obra, conceptualizan la psicoterapia como una intervención psíquica beneficiosa que un tercero puede ejercer sobre una persona enferma. Esta práctica implica una interacción psíquica entre el paciente y aquellas personas que se encuentran en un estado de salud normal, lo cual le permite orientar al enfermo. En este contexto, Barindelli y Tobler (1958) plantean que la figura que cumple el rol de guía y apoyo constante es el auxiliar de laborterapia o el auxiliar de sala, quienes desempeñaban un papel clave en el desarrollo de actividades terapéuticas orientadas a la recuperación del paciente. De este modo podemos considerar que los autores no consideraban la intervención de los y las profesionales de Educación Física como una intervención a nivel psíquico.

Dentro de estas actividades, las ocupaciones se destacan como herramientas fundamentales para lograr dicho objetivo. Barindelli y Tobler (1958) señalan:

La ocupación puede ser de carácter predominantemente físico o predominantemente psíquico. La primera es aquella que el enfermo realiza con sus músculos, brazos, manos, etc., y la ocupación psíquica es aquella en la que ocupa sus horas de una manera intelectual, empleando el pensamiento, la imaginación, etc., pero siempre —y esa es la ley— dentro de la normalidad (p. 32).

Los autores a las ocupaciones físicas las subdividen en dos categorías: Trabajo terapéutico y la Gimnoterapia (Barindelli & Tobler, 1958).

El trabajo terapéutico se define como una actividad realizada bajo prescripción y supervisión médica, cuyo objetivo principal es mejorar el estado físico y mental del paciente. Esta actividad se diferencia del concepto de trabajo común, que implica una remuneración económica destinada al bienestar material. Para destacar esta distinción, los autores emplean el término “tarea” (Barindelli & Tobler, 1958). El trabajo

terapéutico se distingue de la Gimnoterapia, que también forma parte de las ocupaciones físicas: “Otro aspecto de la ocupación física lo constituye la gimnasia, procedimiento denominado Gimnoterapia” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 32).

En este sentido, Barindelli y Tobler diferencian las tareas (trabajo) de las ocupaciones físicas, definiendo que la Gimnoterapia y los Deportes “constituyen otros tantos métodos para la activación, que, a diferencia de los anteriores, son de orden colectivo” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 266).

La Gimnasia como método de activación fue implementada por Herman Simon desde 1905, quien la introdujo junto con los deportes en las llamadas escuelas prácticas. Según (Simon citado en Vila, s/f)

Una escuela práctica donde se den lecciones sobre objetos, enseñanza de pequeñas artes (modelado, alfarería, etc.), lecciones de gimnasia colectiva, juegos atléticos, etc. Pero, naturalmente, el trabajo verdadero debe ocupar la mayor parte de la actividad del enfermo (p. 4).

De este modo, tanto en la intervención de Barindelli en el Vilardebó en 1952 como H. Simon desde 1905 en el establecimiento de Westphalia, Alemania, encontramos un mismo abordaje en torno a la gimnasia como medio de activación de los pacientes. Dogliotti (2013) plantea que el director J. Rodríguez entendía que los músculos eran el órgano de la voluntad, de este modo la dimensión orgánica era lo que estructura al sujeto. Así, “el carácter puede ser definido como un plexo de hábitos motores”(Dogliotti, 2013,p. 142).

En relación con la Gimnoterapia como medio de activación, Barindelli y Tobler (1958) la clasifican como una actividad en la que la dimensión física desempeña un papel principal, aunque la dimensión psíquica siempre está presente en mayor o menor medida. Según los autores, la activación integral del paciente exige la estimulación simultánea de ambos aspectos, ya que abordar estas ocupaciones de forma separada no resulta adecuado ni beneficioso. En este contexto, Barindelli y Tobler (1958) explican:

Estos dos procedimientos decimos que son predominantemente físicos, pero en cualquiera de ellos está siempre presente el elemento psíquico, pues no hay ninguna actividad humana que no esté vinculada directamente con el psiquismo, ya que para realizarla debe de estar relacionada con la voluntad de hacerla. Al

efectuarse, agiliza la mente, pues para ello el enfermo tiene necesidad de utilizar su voluntad y en esa forma estimula su vivir psicológico. (p. 32)

La cita de Barindelli y Tobler (1958) plantea que toda actividad humana implica por parte de quien la ejecuta un componente psíquico, debido a que está vinculado a la voluntad de realizarla y su ejecución estimula el vivir psicológico del paciente. Sobre esto, los autores presentan un claro ejemplo de cómo opera la dimensión psíquica del paciente;

No es solo el hecho de obedecer la voz del instructor que cuenta mecánicamente los movimientos a ejecutar, sino que al realizarla en grupo se despierta el comentario de sí, se la hace bien o mal, se crea una emulación, nace el estímulo para realizarla cada vez mejor y aumenta el sentimiento y la afectividad. Ya nos es conocido por todos el entusiasmo que despierta toda actividad deportiva; el comentario vivo y apasionado que provoca en la calle, café, club, etc., constituyendo el tema obligado e infaltable en toda reunión. Es evidente, pues, su función social y su acción fundamentalmente psíquica, como así también que lo importante no es la técnica, es decir, el conocimiento de cómo se hacen las cosas, sino el estímulo y la creación de todos los elementos que hemos mencionado anteriormente. (Barindelli & Tobler, p. 32)

Esta afirmación se relaciona directamente con el concepto de doble saneamiento presentado por Craviotto (2016) citando a Rodríguez (1910), quien sostenía que la psiquiatría escolar debía ocuparse no solo del cuerpo, sino también de la mente, generando así un proceso de salud integral como lo propuesto por Barindelli y Tobler en el marco de la Gimnoterapia. Según Craviotto (2016) quien cito a Rodríguez (1910) afirmó:

La higiene escolar tiene indudablemente que ir desarrollándose en orden progresivo y creciente, y con ella obteniéndose día a día nuevas conquistas, que vendrán a favorecer, no digo ya la parte correspondiente a la salud corporal del niño—verdad esta que ya ni se discute—, sino también lo que pudiéramos llamar la salud intelectual del mismo, llegando, por lo tanto, a producirse en el orden escolar un doble saneamiento, el del cuerpo y el de la mente. (p. 67)

De este modo, el discurso psiquiátrico de la época, no realizaba una división cartesianamente, de forma tajante, sino que consideraba ambos aspectos en relación, eliminando la independencia de estas dos dimensiones (Craviotto, 2016). En este sentido, el abordaje integral propuesto por Barindelli y Tobler (1958) se alinea con la idea del doble saneamiento presentada en Craviotto (2016), al plantear que el abordaje de los pacientes a través de la Gimnoterapia debe ser integral, por lo tanto, debe abordar la dimensión física y la dimensión psíquica, y no limitarse solo a la rehabilitación física. Esta perspectiva refuerza el enfoque integral del tratamiento, donde las prácticas corporales no solo cumplen un mantenimiento a nivel físico, sino que también actúa como un estímulo para la actividad psíquica del paciente (Barindelli & Tobler, 1958).

Como menciona Craviotto (2016), el “doble saneamiento” implica que “la mente está ligada a la razón, y el cuerpo es el lugar de la experiencia” (p.68), por lo tanto, si se busca un abordaje integral del paciente, las intervenciones terapéuticas no pueden reducirse solo a la dimensión física.

En este sentido, Barindelli y Tobler (1958) destacan al deporte como un fenómeno con implicaciones psíquicas y sociales, subrayando la importancia del estímulo y la motivación propia de la práctica deportiva. Esta idea se refleja en la siguiente cita: “Ya nos es conocido por todos el entusiasmo que despierta toda actividad deportiva; el comentario vivo y apasionado que provoca en la calle, café, club, etc., constituyendo el tema obligado e infaltable en toda reunión” (p. 32).

La cita presenta una perspectiva social de las prácticas deportivas, propia del contexto social de la época, donde la Educación Física y el deporte adquirieron un papel central en las políticas reformistas impulsadas por el Batllismo. La expansión de la Educación Física a las plazas de deportes y paulatinamente a clubes y asociaciones refleja cómo la Educación Física y el deporte dejó de ser una actividad exclusiva del ámbito escolar para convertirse en un fenómeno de alcance social. Como señalan Barindelli y Tobler (1958) en relación con la gimnasia, “a nada difiere ésta de la comunidad de la calle” (p. 29), haciendo referencia a cómo la gimnasia y la Educación Física integran la vida cotidiana de la sociedad.

Asimismo, algunos eventos de alcance social fueron claves en la década de 1950, tales como: el Tercer Congreso Panamericano de Educación Física realizado en Montevideo y la histórica victoria de la selección uruguaya de fútbol en la Copa del Mundo en el Maracanã. Estos eventos tiñeron las calles de la capital del país con un ánimo festivo, teniendo como protagonista a los exponentes deportivos y a la sociedad en general. Estos eventos son claves para pensar el rol del deporte como herramienta de cohesión social y de construcción de identidad nacional (Dogliotti & Scharagrodsky, 2022). Reflejando la capacidad del deporte para movilizar emociones colectivas, generar sentido de pertenencia y estructurar prácticas culturales.

Por otro lado, la Gimnoterapia y el deporte al ingresar a la sociedad hospitalaria deben adaptarse a las normas de la Terapéutica Ocupacional, de este modo la característica principal es la neutralidad (Barindelli & Tobler, 1958). Barindelli y Tobler (1958) expresan:

Un núcleo social, así constituido, que no es el normal, pero que se le asemeja en el mayor grado posible, debe estructurarse sobre elementos que le son propios y que, precisamente, le confieren sus signos determinantes. La neutralidad, es uno de ellos, y, ¿qué entendemos en tal sentido? Simplemente: refrenar, moderar y aún hacer desaparecer en la masa hospitalaria, las emociones, sentimientos y pasiones, que cuando alcanzan altos niveles de intensidad, malogran y desvirtúan el espíritu del método. En el orden afectivo-económico, el normal está sometido a una constante lucha, por momentos de gran rudeza. Nosotros, no podemos colocar al enfermo en esa situación, lesiva para sí mismo y para el buen desenvolvimiento de la colectividad. (p. 268- 269)

De este modo, el deporte, en palabras de Barbero González (2006) no son solo un medio para la expresión individual, sino una práctica estructurada con un objetivo funcional a diferentes ámbitos sociales. Siguiendo esta línea de pensamiento, Barindelli y Tobler (1958) introdujeron la Gimnoterapia y el deporte no solo como medio de rehabilitación física, sino como una estrategia para imponer las costumbres, valores y normas a la sociedad hospitalaria.

2.1.5 Lo Moral y lo Biológico: La Normalidad a Través de lo Moral

Barindelli y Tobler (1958) justificaron y fundamentaron la Gimnoterapia y los deportes a partir de la pérdida de la responsabilidad moral, la cual surge de la obediencia a un conjunto de normas impuestas al sujeto desde su integración en una sociedad organizada. Barindelli y Tobler en *Laborterapia Psiquiátrica Parte I* (1958) define la responsabilidad moral como:

Creada por el hombre, para imponer una conducta en el medio social en que actúa y existe, unas veces como ley moral no escrita y otras como ley escrita.

Las transgresiones a estas leyes traen aparejado al sujeto, un castigo que pena al delito cometido. Es decir, que la responsabilidad moral, deriva del acatamiento a una serie de leyes que le son impuestas al hombre, desde el momento que es parte integrante de una sociedad organizada; es, hasta si se quiere, algo extrínseco al sujeto, algo que debe obedecer y respetar porque intelectualmente sabe que la violación de esas leyes constituye un acto punible por los demás componentes del núcleo social, que son los que las han creado. (p.29)

Émile Durkheim (1893) vinculó la moral con factores biológicos y sociales, argumentando que las reglas morales emergen de la estructura social y de la necesidad de cohesión grupal. En este sentido, la Educación Física, entendida como gimnasia y deportes, fue una herramienta clave para combatir la degeneración de la raza, manteniendo un estrecho vínculo con el discurso higienista (Dogliotti 2014). Dogliotti (2014) plantea que la Educación Física de la época se concebía como un medio adecuado para canalizar y expresar los instintos de manera controlada y socialmente aceptable, evitando que los mismos se manifiesten a través de comportamientos rechazados socialmente. De este modo, sobre el desarrollo de la moral a través de Educación Física, la CNEF en 1949 plantea:

[...] su acción no se limite exclusivamente a la vigorización del cuerpo, sino que actuando como actúa sobre todos los órganos y obrando sobre el cerebro, el órgano noble por excelencia en la especie, ejerza una influencia poderosa sobre el desarrollo de la mentalidad del individuo, sobre la educación de los sentimientos, sobre la formación del carácter y de la voluntad y hasta sobre la moralidad [...]. (Dogliotti, 2012, p.11)

De este modo, CNEF promovía la idea de que la disciplina corporal desarrollaba el orden moral, dotando de sentido la implementación, de las prácticas deportivas y a la Gimnoterapia en el hospital Vilardebó.

Barindelli y Tobler (1958) plantean que una vez perdida esta responsabilidad moral, el enfermo mental, por su condición de ser vivo, conserva su responsabilidad biológica, definida como “[...] leyes biológicas que no son estructuradas por el hombre como normas de conducta, sino que están indisolublemente unidas al concepto de hombre, en tanto no es más que un representante del reino animal (Barindelli & Tobler, 1958, p. 30). En este sentido, la responsabilidad biológica le permite convivir con sus pares, favoreciendo el equilibrio y la adaptación psicológica con los demás enfermos y con el medio (Barindelli & Tobler, 1958). Desde esta perspectiva, la adaptación psicológica permite que el enfermo mental, a través de su responsabilidad biológica, se ajuste a su entorno, adaptando sus comportamientos a las demandas del ambiente, “incluso si carece de plena responsabilidad moral” (p.32).

En este marco, cobra sentido la incorporación de la Educación Física al ámbito hospitalario, Dogliotti (2013) plantea que la formación en Educación Física tenía un gran énfasis en aspectos higiénicos y morales, de modo que el profesor a través de sus prácticas inculcaba los valores fundamentales para la vida en sociedad. Su labor pedagógica se centraba en transmitir principios morales e higiénicos esenciales para la vida en sociedad

Para el desarrollo de estas facultades de forma óptima, Barindelli y Tobler adoptan la concepción de H. Simon (1918) sobre la adaptación humana, entendida como la capacidad biológica de todo ser vivo para ajustarse a las condiciones de su entorno. Si el ambiente es nocivo o enfermo, inevitablemente el paciente se adaptará a estas condiciones. En torno a la concepción de adaptación, H. Simon (citado en Vila, s/f.) expresa:

Una persona sana desarrolla el total de su potencialidad, principalmente bajo la influencia del estímulo exterior; pero, en la mayor parte de los pacientes mentales, los impulsos íntimos para una actividad utilitaria o que tenga perspectivas de provecho, o un fin señalado, se encuentran debilitados mientras las resistencias internas han sido más bien incrementadas por la enfermedad. El único camino expedito es aquel de la adaptación, y si queremos usarlo para la

regeneración de las energías y aptitudes del paciente, habrá necesidad de robustecer los propios esfuerzos del enfermo; y, si no es capaz de producir él mismo el ímpetu necesario. El estímulo debe proceder de su ambiente, es decir: del médico, de la enfermera o enfermero, de los demás pacientes, y para realizar esta obra no es necesario, restricciones ni violencias, únicamente una estimulación experta; enseñanza, orientación y ayuda. (p. 68)

El concepto de adaptación inherente a todo ser vivo, justifica la implementación de la laborterapia en la rehabilitación de enfermos mentales. La responsabilidad biológica del paciente con trastornos mentales, junto con su capacidad de adaptación psicológica desarrollada y estimulada de manera adecuada, constituye la base sobre la cual se construye la responsabilidad moral (Barindelli & Tobler, 1958).

2.2 Gimnoterapia: Un Puente Histórico entre la Psiquiatría y la Educación Física

2.2.1 Similitudes entre la Gimnasia Sueca y la Gimnoterapia

Las distintas corrientes gimnásticas europeas surgidas a principios del siglo XIX en Alemania, Suecia y Francia se utilizaban como un medio para prevenir enfermedades, corregir vicios posturales y modificar malos hábitos, entre otros (Alonso, 2015). La gimnasia se concebía como una herramienta para alcanzar objetivos físicos específicos que, a su vez, impactaban directamente en el bienestar psíquico. Se asumía que su práctica corregiría defectos posturales y contribuiría a la formación de individuos más fuertes y saludables (Soares, 2006).

El higienismo, predominante en las corrientes gimnásticas europeas, también influyó en la Gimnoterapia. Esta influencia, vinculada a los planteamientos de Foucault (1978) sobre la maximización de la vida, remite a mecanismos de poder por medio de los cuales se gestiona la población entendida como un todo, basándose en principios biológicos, fisiológicos y anatómicos. Tales fundamentos dieron forma al discurso pedagógico que orientó la formación de profesores de Educación Física en aquel período y cuya influencia persiste hasta la actualidad. Las ideas higienistas atraviesan

fuertemente el pensamiento médico de la época. Barindelli y Tobler (1958), en un apartado denominado “tareas higiénicas”, afirman que:

La principal misión de la medicina es cuidar de la salud del hombre. Hay dos maneras de hacerlo: primero, cuidando que el sujeto que está sano no se enferme; y segundo, procurando que el que se ha enfermado se cure. La primera corresponde a la higiene y la otra es la terapéutica propiamente dicha. En consecuencia, preservar la enfermedad es hacer higiene (p. 45).

Barindelli y Tobler (1958), al referirse a la Gimnoterapia como un componente de la ocupación física, enfatizaron una idea central: “La gimnasia estimula la función muscular y ya se sabe que siempre es necesario mantener el cuerpo en debidas condiciones” (p.32). Este planteamiento guarda similitudes con las ideas de Guts Muths sobre la gimnasia alemana. En esta línea, Soares (2006) observa: “La educación del cuerpo es vista como imprescindible en la formación de una personalidad completa y en un individuo que exprese salud, alegría de vivir, belleza corporal, fuerza de resistencia, de velocidad, de voluntad y de coraje” (p. 234). Sumadas a las propuestas de Guts Muths, la gimnasia de Spiess, denominada por Soares (2006) como una de las gimnasias menores, tiene como finalidad mejorar el rendimiento y la salud pública. Propone la creación de un método fundamentado en preceptos científicos y pedagógicos.

En este contexto, tanto el Curso de Profesores de Educación Física de 1948 como las recomendaciones de ejercicios publicadas en la *Revista Chilena de Educación Física* (1952) destacan la influencia de la gimnasia y de ejercicios gimnásticos en la implementación de la Gimnoterapia.

Tomamos como antecedente la *Revista Chilena de Educación Física* (1952), ya que permite visualizar con mayor claridad el discurso predominante en la región en esa época. Chile desempeñó un papel clave en la formación del profesor Alberto Langlade, quien se convirtió en un referente dentro del campo y publicó más de un centenar de artículos en dicha revista (Alonso & Dogliotti, 2024) por lo que entendemos que no es ajeno lo que sucedía en el vecino país y que las ideas estaban en constante diálogo. Estos enfoques particulares contribuyeron significativamente a la construcción de un discurso que impactó diversas áreas de la salud, consolidando el desarrollo de las prácticas gimnásticas. Sin embargo, en el *Curso para auxiliares de Laborterapia Psiquiátrica Parte I* (1958), no encontramos descripciones de ejercicios gimnásticos

que pudieran vincularse con las actividades propuestas ese mismo año por Barindelli y Tobler.

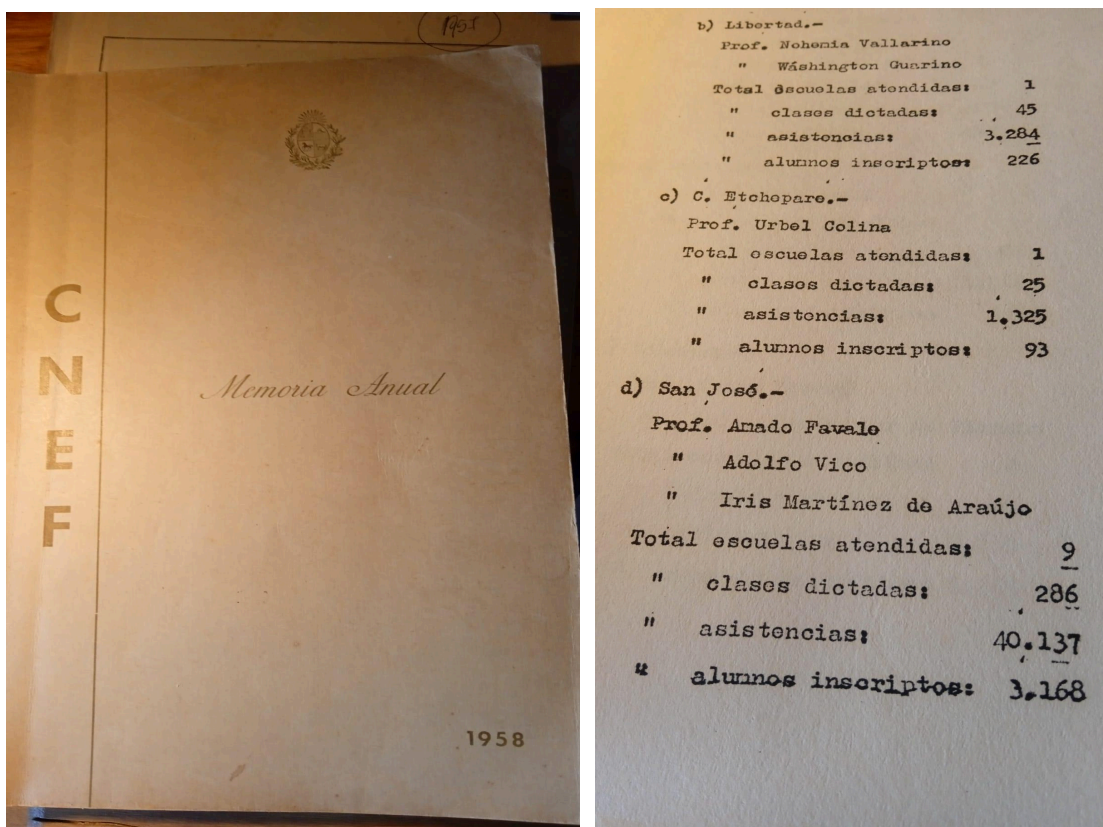
Dado el contexto de la época, consideramos que las corrientes gimnásticas más influyentes en América Latina estaban en diálogo con las tradiciones europeas. Es posible que estas tendencias hayan influido en las actividades implementadas por los doctores en el Hospital Vilardebó en 1958.

La colaboración entre hospitales y escuelas en el Uruguay de principios del siglo XX fue una estrategia clave en las políticas de salud y educación, evidenciando una visión integrada del bienestar social. En este marco, no resulta sorprendente que la Colonia Etchepare aparezca en registros junto con instituciones educativas. Su inclusión sugiere que estas instituciones compartían principios organizativos y objetivos comunes, donde la Educación Física desempeñaba un rol central en la promoción de la salud.

Durante las primeras décadas del siglo XX, los hospitales públicos en Uruguay experimentaron una transformación significativa, pasando de ser instituciones de carácter asistencial a centros con funciones educativas y de formación. Un ejemplo de esta interconexión fue la creación, en 1913, de la primera escuela al aire libre, respaldada por el Cuerpo Médico Escolar y la Dirección General de Instrucción Primaria del Uruguay. Estas escuelas se fundamentaban en la medicina natural, que utilizaba elementos como “el agua, la luz del sol, el aire de altitud, los ejercicios físicos al aire libre y los alimentos” (Dalbén, 2019, p.3). Su objetivo fue “robustecer a los niños débiles y propensos a la tuberculosis, jerarquizando la actividad física o 'gimnasia respiratoria” (Espiga, 2015, p.143, citado en Dalbén, 2019).

Barrán, en su obra “*Biología, medicina y eugenesia en Uruguay*” (1995), analizó las interrelaciones entre biología, medicina y sociedad en Uruguay durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. En su estudio, aborda cómo las ideas eugenésicas y la medicalización de la sociedad influyeron en diversas instituciones, incluyendo hospitales y escuelas. Su análisis resulta clave para comprender la relación entre estas instituciones en el contexto de la construcción de la nación y la promoción de la salud pública. A su vez, tanto su diseño arquitectónico como su funcionamiento parecían responder a una misma lógica. Desde esta perspectiva, la aparición de la Colonia Etchepare en registros institucionales junto con las escuelas refuerza la hipótesis inicial

sobre la interconexión entre educación y salud en Uruguay. Esta vinculación pone en evidencia que la educación física, amparada por la medicina, no solo cumplía un rol pedagógico, sino que también se concebía como una herramienta esencial para el fortalecimiento de la salud y el bienestar de la población.



Nota, adaptado de *Memoria Anual de la Comisión Nacional de Educación Física*. Archivo ISEF - CNEF (1958)

2.2.2 La Gimnasia en la Conformación de los Planes de Estudio del Curso de Profesores de Educación Física

Para comenzar a trazar la línea del tiempo, previo a la formación de los cursos para maestros de Educación Física, Varela (1876) citado en Dogliotti (2014) argumenta sobre la importancia de la construcción de una buena moral en el ámbito escolar, apoyando sus ideas en ciencias como la biología y en el saber médico, poniendo a la educación

como la responsable de una buena salud individual y colectiva. (Dogliotti, 2014), sosteniendo así que el ejercicio podría prevenir todas las acciones negativas derivadas de costumbres de la época, como el control de los vicios y el entorno (Varela, 1876, citado en Dogliotti, 2014).

Sobre los primeros cursos de preparación de "maestros de Educación Física" dictados por la CNEF entre 1920 y 1936, existe una gran escasez de materiales, poca organización y, en algunos casos, según Dogliotti (2014), son inexistentes. Nos atrevemos a pensar que Gonnet se formó en alguno de estos planes, pero al no tener certezas, tomamos la licencia de considerar estos planes como los posibles para su formación. Una situación similar ocurre con el profesor Urbel Colina, designado para realizar tareas en la Colonia Etchepare, según consta en un acta de la CNEF del año 1958.

Entre 1920 y 1936 se desarrollaron seis cursos de preparación para los llamados "maestros de Educación Física" pensados en prepararlos para brindar una buena atención en las plazas de deportes en nuestro país creadas por la CNEF. Según un trabajo de Dogliotti (2009), "hemos denominado este período como indefinición de la formación, puesto que carecía de regularidad, sistematicidad y una institucionalidad que permitiera una acreditación y titulación correspondiente." (p. 164). Cabe destacar que en 1917 hubo una instancia de formación donde se anotaron 35 alumnos de ambos sexos y concurrieron tres veces a la semana. Este acontecimiento no fue tomado como positivo ya que no se seleccionaron los aspirantes según "caracteres y buenas condiciones morales" (Ghigliani, 1918 citado en Dogliotti 2014, p.167) lo que deja ver el carácter normativista como un aspecto central que persistió por muchos años.

Cuadro 1. Cursos de preparación de «maestros de educación física»; elementos descriptivos

	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º
Fecha	2 al 12/03 1920	4 al 22/03 1923	17 al 29/03 1924	23/3 al 2/4 1925	1930	1936
Lugar	Montevideo	Atlántida	Piriápolis	Atlántida	Montevideo	Montevideo
Duración	11 días	18 días	13 días	11 días	2 meses	1 año
Internación	No	Sí	Sí	Sí	No	No
Carga horaria	55 horas 25 h teoría 30 h práctica		84 horas 25 h teoría 59 h práctica	70 horas 20 h teoría 50 h práctica		984 horas 552 h teoría 432 h práctica
Sexo	masculino	masculino	masculino	masculino	mixto	mixto

Fuente: elaboración personal a partir de CNEF (1920, 1924, 1925b, 1930a, 1930b), Blanco (1948) y Lodeiro (1989).

Nota. Adaptado de *Educación del cuerpo y discursividades en torno a la formación en educación física en Uruguay* (1874-1948). CSIC, Universidad de la República. Dogliotti (2014)

La CNEF buscaba formar maestros con un mínimo nivel indispensable que hagan las veces de “organizador” o “director” (Dogliotti, 2014) Jess T. Hopkins fue quien dictó la mayoría de las conferencias teóricas y las sesiones prácticas (CNEF, 1920 en Dogliotti 2014) y Julio J. Rodríguez fue quien supervisó las restantes. Dogliotti (2014) en el que citó a Rodríguez (1923), este último presenta al maestro de educación física como colaborador del médico, argumenta diciendo que la medicina y la higiene tienen como fin el mejoramiento de la salud y que la primera, extiende su campo de acción y que la educación, entonces puede prestarle sus servicios a ella.

La Educación Física pasa a tener como cometidos la corrección de las posturas a través de la gimnasia correctiva, la mejora de los cuerpos y la eliminación de lo patológico basando sus argumentos en la cientificidad que se le otorgaba a través de ciencias como la biología, la fisiología y la anatomía (Dogliotti, 2014). El auge del pensamiento científico propició el surgimiento de las corrientes gimnásticas europeas, situando al cuerpo como objeto de conocimiento (Soares, 2006).

Foto 1. Clase de gimnasia en el 1.º Curso para Maestros de Plaza de Deportes (1920)



Nota, adaptado de *Educación del cuerpo y discursividades en torno a la formación en educación física en Uruguay (1874-1948)*. Gomensoro (2012) citado en Dogliotti (2014)

La influencia de las corrientes gimnásticas europeas queda en total evidencia al ver la fotografía, donde puede verse una formación característica que ilustra el control de los movimientos y la armonía de los mismos. Podemos observar como la figura del profesor que demuestra con el ejemplo, organiza y dirige, va configurando un paradigma que se establecerá y sea posiblemente en el que se formó Gonnet. Nos atrevemos a hacer esta apreciación ya que muchas de las corrientes gimnásticas comparten objetivos o fines comunes. Sobre esto que Langlade (1970) denomina “caos gimnástico” expone:

Todas las “líneas” gimnásticas podrían aceptar, sin mayores o fundamentales reparos, la siguiente formulación teórica de los objetivos de la gimnasia. Objetivo educativo: afirmando principalmente en el énfasis de fecundar la esfera de la voluntad y el carácter y el logro de una vivencia moral superior. Objetivo higiénico: como la expresión de nuestros intereses por elevar la calidad general de la salud, entendiendo por ésta no sólo la ausencia de enfermedad, sino una acrecentada resistencia tanto física como psíquica. Para el logro de esta meta la obtención de hábitos de higiene personal y colectiva serán necesarios. Objetivo

psico-motor: como síntesis de nuestros esfuerzos para asegurar: la formación corporal, la educación motriz, el acrecentamiento de la eficiencia, la creación del movimiento. (Langlade, 1970, p. 414-415)

Entre estas corrientes destaca la gimnasia sueca, desarrollada por Pehr Henrik Ling, que se consolidó como un sistema legítimo para la formación física, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su creador buscaba las bases científicas de la gimnasia, haciendo énfasis en aspectos correctivos y morfológicos de los ejercicios físicos (Soares, 2006). La corriente gimnástica sueca toma relevancia con Julio J. Rodríguez, quien argumenta: “se sigue con algunas adaptaciones, las ideas del genial Ling, por entender que este fue el creador de la gimnástica” (Rodríguez, 1952, p. 9 en Dogliotti, 2014). Este sistema, orientado también a la educación de niñas y mujeres, fundamentó sus bases en el discurso científico, con énfasis en la corrección corporal. Soares (2006) destaca que:

Esta corriente tuvo siempre un propósito humanitario, pedagógico e higienista. Ling deseaba encontrar las bases científicas para la gimnasia que fueran estructuralmente anatómicas, con fuerte relevancia para los aspectos correctivos y morfológicos de los ejercicios físicos, y de acuerdo con lo que se denominaba naturaleza humana. (p. 233)

La gimnasia sueca buscaba armonizar el cuerpo y la mente, promoviendo una salud integral y extendiendo su alcance a toda la población, no solo a los cuerpos vigorosos. Este enfoque higienista no solo se enfocaba en la prevención de enfermedades, sino que también se integraba al proyecto de construir una nación saludable, donde un cuerpo sano se percibía como un reflejo directo de una sociedad sana y próspera. La Educación Física, en este contexto, funcionó como un instrumento para reforzar tanto los valores cívicos como los nacionales (Dogliotti, 2013).

El papel destacado de la gimnasia sueca surge por primera vez en un manual escrito por Alejandro Lamas en 1903, donde dirige la publicación de un texto denominado “*Educación Física y Manual de Gimnasia Escolar*”. Quienes implementarían lo escrito serían los estudiantes de magisterio, impartiendo ellos las clases de educación física en las escuelas (Dogliotti, 2014). El manual tenía un fin utilitario y práctico donde en una de sus partes más extensas reproduce mediante dibujos, los ejercicios a realizar, que

fueron puestos en el denominado “*Manual de gimnástica sueca para el uso de las escuelas primarias.*” (Lamas, 1903)

Podemos identificar puntos de conexión entre la gimnasia sueca y la Gimnoterapia, ya que ambas comparten el objetivo de rehabilitar mediante ejercicios físicos, acercando a los pacientes a una concepción de normalidad, corrigiendo vicios y promoviendo cuerpos más sanos. Pensar en los posibles puntos de unión entre gimnasias y Gimnoterapia, nos lleva nuevamente a la formación de los profesores y maestros de Educación Física. Dogliotti (2014) presenta un listado de los profesores y conferencistas que dictaron los cursos de profesores y maestros de Educación Física entre 1920 y 1930. La mayor parte de estos son doctores: 1920 hay 8 conferencistas y profesores de los cuales 2 son médicos. En 1924 hay 11 conferencistas y profesores de los cuales 4 son médicos. En 1925 son 13 conferencistas y profesores, de los cuales 5 son médicos y en 1930 son 12 los conferencistas y profesores, de los cuales 3 son médicos. Esto nos lleva a explicar muchas de las razones por las cuales pensamos que Barindelli y Tobler (1958) confiaron en Gonnet para desarrollar sus tareas en el Hospital con el objetivo de recuperar a los enfermos y reinsertarlos nuevamente en la sociedad. Asumimos que la elección del profesor fue realizada por el Dr. Barindelli, ya que en el artículo del diario “*El Debate*” mencionado en el capítulo 1 con fecha del 5 de agosto de 1952, puede leerse: “El citado profesional [Dr. Barindelli] propondrá los colaboradores que le sean necesarios, de entre los médicos de dicho establecimiento y solicitará de acuerdo con las posibilidades del Ministerio, el personal auxiliar y equipos imprescindibles” (Suárez, 1952, p.s/n).

Alonso y Zinola (2015) presentan en el marco del 11 congreso Argentino de Educación Física y Ciencias “*La gimnasia como contenido escolar: Un análisis desde los programas oficiales de Uruguay*”. En ese trabajo, los autores analizan los programas oficiales de Educación Física nivel escolar en nuestro país en los años 1911, 1923 y 1986 y el rol de la gimnasia. Nos parece importante esta información porque de cierta forma permite hacer un lineamiento para pensar la enseñanza de la Educación Física y de la gimnasia. En el programa de 1923, algunos de los contenidos del programa eran:

Formaciones y despliegues gimnásticos, marchas y evoluciones, carreras de conjunto formando figuras y laberintos, ejercicios calisténicos de conjunto: por orden, rítmicos, con música, donde sea posible, ejercicios calisténicos de conjunto con manubrios, varas, clavos, aros, etc., ejercicio en aparatos pesados

tales como el caballo, el burro, la paralela, las barras fijas, las anillas, etc. Se aclara que “debieran haber aparatos para ejercicios gimnásticos, tales como el gimnasio al aire libre y la escalera horizontal. (Rodríguez, 1930 citado en Alonso & Zinola, 2015, p.5-6)

Desde Alonso y Zinola (2017), la gimnasia ha sido un componente fundamental en la escolarización del cuerpo dentro del sistema educativo uruguayo. Los autores destacan que “la escuela ha sido y es un lugar privilegiado de producción cultural” (Alonso & Zinola, 2017, p.63), donde la gimnasia se configuró como una herramienta para modelar comportamientos. Los discursos legitimadores de la gimnasia en la escuela han oscilado entre la necesidad de disciplinar el cuerpo y la promoción del bienestar físico. Según Alonso y Zinola (2017), este proceso ha sido influenciado por la medicina, la higiene y las políticas educativas de cada época, consolidando la gimnasia como un campo de conocimiento dentro de la educación física escolar.

Dar con esta información nos permite pensar de cierta forma los posibles caminos que pudo tomar Gonnet para el dictado de sus clases, guiándonos por los planes y programas en los que estimamos se pudo haber formado.

Retomando con los cometidos que se propusieron los doctores Barindelli y Tobler (1958), presentan, en la cuarta clase, un cuadro sinóptico que define los temas a tratar, con el objetivo principal de reintegrar al enfermo mental tanto al medio social normal como al hospitalario, a través de un proceso de humanización. Barindelli y Tobler afirman:

Nuestra principal misión consiste en procurar la curación de su dolencia, por los distintos procedimientos que ya hemos enunciado y por la aplicación de prácticas que iremos detallando en lo futuro, tratando de poder llegar a reintegrarlo cuanto antes al medio social normal. (p. 28)

La Educación Física estaba al servicio de la medicina, acompañando la misión de curar, preservar la salud y recuperar a la población de los vicios que la azotaban. Estas ideas de recuperar a la población golpeada por las enfermedades es tomada de ideas traídas principalmente de Estados Unidos, donde grandes de nuestra historia como Varela, viajaron y tomaron las ideas para aplicarlas en nuestro territorio.

Sobre la bibliografía y las fuentes usadas para rastrear la conformación de los planes de estudio, es necesario aclarar que se torna una tarea difícil, hay una gran cantidad de material disperso, en malas condiciones y sin catalogar ni sistematizar. Dogliotti (2014) expresa no haber podido encontrar en su totalidad los programas de las materias del curso de profesores del año 1939. La asignatura y la metodología de enseñanza variaban según el docente a cargo, lo que en ciertos momentos dificultó el proceso de rastreo y sistematización de la información.

Sí pudimos obtener los nombres de algunos de los profesores encargados de dictar los cursos del 39, de los que podríamos deducir determinada inclinación hacia alguna de las gimnasias destacadas de la época, como por ejemplo Pedro de Hegedus, profesor de gimnasia proveniente de Hungría, contratado por la CNEF y por el Ministerio de Defensa, siendo él el primer titular del curso de Gimnástica, introduciendo ideas de la gimnasia danesa. Esta gimnasia “propone entonces un método cuyo objetivo más importante era conseguir fuerza, flexibilidad y agilidad” (Giraldes, 2001, p.67). Bukh, inspirado en la gimnasia de Ling, entendía que las actividades cotidianas conducían a la rigidez de columna, flacidez de algunos músculos, musculatura corta y tensa, entre otros (Giraldes, 2001). Su propuesta de trabajo estaba dividida en cinco grandes tipos de ejercicios, aquellos en posición vertical libre para las extremidades y ejercicios en posición vertical libre para el tronco, ejercicios en posición arrodillada, sentada y acostada para el tronco, ejercicios en los espaldares suecos y ejercicios atléticos de carrera, de marcha y de salto.

En 1939 y 1945 aparece en los planes de estudio una materia denominada “Gimnasia Terapéutica”, contando en 1939 con un total de 48 horas y en 1945 desciende a 32 (Dogliotti, 2014). Sobre el contenido de esta, la ortopedia era uno de sus elementos clave, donde el estudiante aprendía técnicas para evaluar, medir, testear y clasificar los cuerpos para luego aplicar determinadas técnicas correctivas en aquellos que eran llamados “deficientes” (Dogliotti, 2014). A su vez aparece la asignatura pedagogía de la Educación Física con una carga horaria mínima (32 horas), habiendo sido propuesta con 96 horas en 1939 (Dogliotti, 2014). El programa de esta asignatura, se compone por ocho «bolillas»; donde solo en las dos primeras se presentan temáticas relativas a pedagogía, el resto refiere a aspectos instrumentales de la Educación Física.

Con respecto al concepto de pedagogía, Dogliotti expresa:

Un gran conjunto de prescripciones sobre los modos y procedimientos de clasificación, organización, selección, secuenciación, presentación de actividades de educación física, entre los que destacamos: « Plan de acción de la cnef. La organización del trabajo» en las diversas instituciones, «estructuración de un programa de educación física. Contralor y dirección de la clase», «graduación, selección y distribución del trabajo en una clase», «clasificación de actividades», «normas pedagógicas». (CNEF, 1952 citado por Dogliotti, 2014, p 220)

Resulta significativo que, en la asignatura pedagogía de la Educación Física, las prácticas corporales sean las únicas sobre las que se debe aplicar una determinada “pedagogía”. Esto parece apuntar casi exclusivamente a métodos de control, vigilancia y domesticación del cuerpo, vinculados a prácticas más cercanas al disciplinamiento corporal. En este marco, se espera que el profesor de Educación Física cuente con “vocación” y “buen porte”, educando principalmente a través del “ejemplo”.

En 1948, Langlade tomó la Cátedra de Gimnasia. Previo a esto realizó un viaje a Chile y fue ayudante de Pedro de Hegedus en la misma cátedra. Sobre la formación de profesores, Dogliotti (2017) destaca que en el discurso de Langlade, representativo del higienismo de la época, se subraya la necesidad de una sólida formación general para los profesores de Educación Física, oponiéndose a la formación más rudimentaria propuesta al inicio por la CNEF. Esta formación debía permitirles resolver problemas prácticos de su actividad cotidiana, alineándose con un enfoque pragmático.

Como señala Dogliotti (2017):

Langlade entendía en su discurso higienista de época que las disciplinas especializadas de la educación física estaban compuestas fundamentalmente por las ciencias biológicas. Estas ciencias escapaban al campo de acción del profesor, a su actividad cotidiana y en esto fundamenta la necesidad de que posea una cultura general sólida que le permita resolver los problemas que se le presentan en su actividad profesional. (p. 166)

Este enfoque configuró una matriz disciplinaria donde el cuerpo y la salud física eran herramientas centrales para modelar subjetividades y comportamientos sociales.

A lo largo de diversas etapas históricas de la Educación Física, la influencia del higienismo, las ciencias biológicas y la gimnasia fueron elementos centrales, y CNEF no fue una excepción. Los programas diseñados en este marco buscaban, por un lado, promover la salud física de la población escolar y, por otro, formar sujetos disciplinados que respondieran a los ideales de orden social y moral.

Con relación a la distribución de áreas temáticas, el suelo epistémico de la educación física lo ocupan fundamentalmente las ciencias biológicas. Si se comparan esta formación de tres años con la otorgada en las décadas anteriores por la CNEF en los Cursos Intensivos y la del Instituto Técnico de la ACJ [Asociación Cristiana de Jóvenes], se establece gran continuidad con ambas. (Dogliotti, 2014, p. 219)

En este contexto, la Educación Física y la gimnasia se consolidaron como una herramienta central para promover tanto la higiene como la moralidad, alineándose estrechamente con las corrientes normativas y disciplinarias predominantes en la época. El auge de manuales dedicados a la enseñanza de posturas correctas y ejercicios gimnásticos específicos refleja un interés creciente por regular y modelar los cuerpos desde una perspectiva pedagógica y médica, inyectada de un fuerte componente normativo. Estos textos no solo ofrecían directrices prácticas, sino que también configuraban un discurso que legitimaba la intervención sobre el cuerpo como medio para alcanzar un ideal de orden, salud y productividad.

De esta manera, a la “natural” trilogía higiénica estimulada a finales del siglo XIX acerca de la necesidad de aire, de sol y de agua pura se incorporó, con una fuerza inusitada, la prescripción de la práctica de los ejercicios físicos, de los paseos, de las caminatas, de ciertos juegos o deportes y de determinadas gimnasias. (Scharagrodsky, 2011, p. 20)

La institucionalización de la Educación Física por parte del Estado jugó un rol clave en el refuerzo de un discurso que vinculaba directamente el progreso social con la mejora física y moral de los ciudadanos. “La educación física es presentada como una tecnología específica de progreso de la nación” (Dogliotti, 2014, p 94). A través de la Educación Física, se consolidó un control ideológico que no solo regulaba los comportamientos individuales, sino que también proyectaba un modelo colectivo de ciudadanía, asentado en la disciplina corporal y el cumplimiento de estándares

higiénicos. Este enfoque evidenciaba cómo el cuerpo se convertía en un terreno de intervención estratégica, donde convergían objetivos educativos, médicos y políticos.

Resulta especialmente interesante reflexionar sobre la forma en que la Educación Física se incorporó al ámbito hospitalario, convirtiéndose en una práctica recomendada por médicos que la identificaron como una herramienta eficaz para la recuperación de los pacientes. Aquella misma herramienta que, en otros contextos, había sido utilizada para formar a los individuos en el “uso correcto” de sus cuerpos y de los espacios (Varela, 1876 en Dogliotti 2014), pasó a desempeñar un rol central en el tratamiento de enfermedades. Este traslado de la Educación Física al espacio hospitalario no solo fue respaldado por el conocimiento médico-científico de la época, sino que también puso de manifiesto una ampliación de su propósito original: de ser un mecanismo de formación moral y social, pasó a constituirse como un medio terapéutico orientado a reparar y rehabilitar aquello que había sido afectado por la enfermedad. En este sentido, la Educación Física, con su capacidad de moldear y transformar los cuerpos (Dogliotti, 2012), se posicionó como una práctica profundamente adaptativa, capaz de responder a los requerimientos sociales y científicos de distintos contextos históricos.

Después de este recorrido y el intento de construir un mapa conceptual para analizar las prácticas realizadas por el profesor de Educación Física Héctor Gonnet en el Hospital Vilardebó en 1958, podemos afirmar que, aunque no se encuentran descritas de forma explícita las actividades propuestas por los doctores Barindelli y Tobler (1958), es posible inferir una fuerte influencia de la gimnasia sueca y danesa. Basándonos en los planes de estudio de 1920 a 1946, entendemos que los ejercicios sugeridos probablemente siguieron estas corrientes, considerando también el impacto significativo de la medicina en la formación histórica de la carrera de Educación Física (Dogliotti, 2014).

Capítulo 3

3.1 Conclusiones

El impacto del higienismo y su ideal de disciplina corporal y mental fueron factores clave en la implementación de prácticas terapéuticas dentro del Hospital Vilardebó. Estas prácticas no solo promovían el cuidado físico, sino que también respondían a un proceso de normalización social que buscaba reinsertar a los pacientes bajo los estándares de "normalidad" de la época. En este contexto, la Gimnoterapia se consolidó como una herramienta terapéutica fundamental, articulándose dentro del plan de Laborterapia y reflejando las influencias de los paradigmas médicos y educativos de mediados del siglo XX.

El análisis de la Gimnoterapia en el Vilardebó pone en evidencia la intersección entre la psiquiatría y la Educación Física, destacando el rol del profesor de Educación Física en la implementación de estas prácticas. Lejos de ser un simple instructor de ejercicios, este profesional actuaba como mediador entre el saber médico y las prácticas corporales, contribuyendo a la adaptación del paciente a través de los lineamientos terapéuticos y normativos del hospital. Su labor no solo se limitaba a la rehabilitación motriz, sino que también tenía un fuerte componente pedagógico, estructurando las actividades físicas de manera que promovieron tanto la disciplina corporal como la socialización de los pacientes.

A partir del estudio de las intervenciones realizadas en la década de 1950, es posible inferir que la formación de los docentes de Educación Física en Uruguay estuvo influenciada por modelos europeos de gimnasia, como la sueca (Dogliotti, 2014). Estos enfoques no solo moldearon los programas académicos de la época, sino que también determinaron la manera en que se concebía el cuerpo y su relación con la salud mental. En este sentido, la Gimnoterapia no difería sustancialmente de la gimnasia impartida en el ámbito educativo, lo que refuerza la idea de que las prácticas corporales dentro del hospital no eran ajenas a las dinámicas sociales externas, sino que se inscribían dentro de un mismo marco de disciplinamiento y control social.

Por otro lado, si bien la Laborterapia y la Gimnoterapia fueron concebidas como métodos de rehabilitación, también pueden ser interpretadas bajo una lente crítica que las sitúa como dispositivos de regulación del comportamiento. La psiquiatría, a través

de estas prácticas, no solo buscaba restaurar la salud de los pacientes, sino también moldear su conducta en línea con las expectativas sociales y morales del momento. En este proceso, el trabajo del profesor de Educación Física resultaba clave, ya que operaba como un agente de transmisión de estos valores, promoviendo la integración de los pacientes a través de un discurso que vinculaba el movimiento, la salud y la funcionalidad social.

La Gimnoterapia en el Hospital Vilardebó constituye un ejemplo paradigmático de cómo las prácticas corporales han sido utilizadas históricamente como herramientas tanto terapéuticas como normativas. A través de la lente histórica, se observa que estas prácticas reflejaban la influencia de las ciencias biológicas y médicas, reforzando una visión del cuerpo como objeto de mejora y corrección, en un continuo intento por conciliar la rehabilitación con las exigencias normativas de la sociedad.

A pesar de sus aportes, esta investigación de carácter histórico documental enfrenta limitaciones principalmente relacionadas con la escasez de documentación y fuentes detalladas sobre la implementación específica de la Gimnoterapia en distintos períodos del siglo XX, si bien se cuenta con el material bibliográfico registrado por Barindelli y Tobler (1958) que ayuda a entender lo sucedido en el hospital en la década del 50´sería por demás interesante al acceso de la vivencia del método desde otras perspectivas. Además, el enfoque histórico impide evaluar de manera empírica el impacto de estas prácticas en los pacientes, lo que limita la comprensión del alcance y eficacia reales de estas intervenciones, quizás si el análisis estadístico que caracteriza la búsqueda de científizar las prácticas médicas en la época hubiese generado un análisis de los resultados de la terapéutica de la Gimnoterapia hubiesen sido datos de vital importancia para el desarrollo del análisis de este trabajo. La ausencia de análisis académicos que conecten directamente la Gimnoterapia con el higienismo y la psiquiatría nacional dificulta establecer una relación precisa.

En el desarrollo de este trabajo, identificamos la falta de documentos específicos vinculados a la Educación Física, como planes de trabajo detallados o información concreta sobre los ejercicios utilizados en los contextos estudiados. Si bien se dispone de registros generales sobre los deportes practicados durante las sesiones de Gimnoterapia, entendemos que contar con información más precisa habría sido de gran

aporte para el análisis, permitiendo profundizar en las metodologías aplicadas y su impacto en las personas participantes.

Por otra parte, en nuestro trabajo de campo, al momento de ingresar al hospital nos encontramos con algunas dificultades para buscar información, no existían archivos físicos sobre la terapia analizada más allá del libro de “Laborterapia psiquiátrica: curso para auxiliares. Parte 1” (Barindelli & Tobler, 1958), solamente documentos que nos daban esbozos de lo que era un día a día en la vida del doctor. Muchas fuentes primarias citadas en los documentos, como los archivos de las clases y las películas proyectadas en el curso de auxiliares, no están disponibles, limitando la reconstrucción de las prácticas a detalles.

En definitiva, entendemos que lo mencionado deja en evidencia la necesidad de profundizar en investigaciones futuras que integren enfoques interdisciplinarios, combinando el análisis histórico, documental y empírico. Este abordaje permitiría reconstruir con mayor precisión las prácticas y metodologías de la Gimnoterapia, al tiempo que contribuiría a valorar su impacto en los pacientes, promoviendo un entendimiento más completo de estas intervenciones en el marco de la psiquiatría y la Educación Física en Uruguay.

3.2 Futuras líneas de investigación

Este estudio invita a explorar cómo se perciben y adaptan actualmente las prácticas de rehabilitación física y Laborterapia en el contexto de la psiquiatría actual, más allá de lo analizado sobre la década de 1950, ya que entendemos sería un material interesante de investigar y comparar. Esto, por otro lado, podría también revelar cómo los cambios sociales y médicos han influido en el rol de la actividad física en la salud mental. Además, podría ser relevante investigar la percepción de estas prácticas por parte de los pacientes y personal médico contemporáneo para determinar si persiste algún elemento de control social o si ha evolucionado hacia enfoques más centrados en el bienestar integral.

Por otra parte, consideramos que una línea de investigación pendiente en relación con el objetivo planteado es la construcción de un archivo sobre la Colonia Etchepare. Su

espacio de recuperación podría albergar documentos y registros que resulten clave para profundizar y ampliar esta investigación. Sabemos, por ejemplo, que la CNEF otorgó un diploma a un docente de Educación Física por dictar clases en dicho establecimiento, lo que nos lleva a suponer que pueden existir otros indicios y materiales valiosos que aún no han sido explorados y que podrían abrir y sumar nuevas perspectivas en el análisis.

Nos interesa preguntarnos cuál es la situación actual en el Vilardebó con respecto a la Educación Física. Cuáles son las prácticas que se desarrollan actualmente y cuánto se toma de la Gimnoterapia para aplicarlo en las sesiones, si es que se toma algo de esto actualmente.

Referencias Bibliográficas

Fuentes Documentales:

Barindelli, L. y Tobler, H. (1958). *Laborterapia psiquiátrica. Curso para auxiliares. Parte 1* . Talleres Gráficos.

Caravedo, B. (1936). *Concepto moderno de la laborterapia* . Prensas de la Universidad de Chile.

Comisión Nacional de Educación Física. (1958). *Memoria anual* . Archivo de ISEF, Universidad de la República.

Marcolini, P Michelini, M. (2014). Nurse Pierina, soy Gustavo. Recuerdos del Hospital Vilardebó. Ediciones Trilce, Montevideo.

Suárez, JP (1952). Serán enfocadas científicamente en el Hospital Vilardebó las tareas de los enfermos mentales. *El Debate* . Montevideo, Uruguay.

Pollieri, J. (1937). Asistencia y servicio social. *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, Montevideo, Tomo 10.

Revista Chilena de Educación Física. (1952). *Reacondicionamiento físico de pacientes con enfermedades mentales. (Dr. Charles Mc-Cloy) Año XVIII, N°73* . Santiago de Chile.

Rodríguez, J. J. (1923). *Plan de acción de la Comisión Nacional de Educación Física y conclusiones que se derivan del mismo*. Comisión Nacional de Educación Física.

Sicco, A. (1928). El método del doctor Hermann Simon. *Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal* (O. Loudet, Coord.), 539-549. Buenos Aires, Argentina: Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional.

Bibliografía

- Alonso, V., Zinola, P. (2015). *La gimnasia como contenido escolar: Un análisis desde los programas oficiales de Uruguay*. Universidad Nacional de La Plata
- Alonso, V., Zinola, P. (2017). La gimnasia como contenido escolar: un análisis de los primeros programas oficiales de educación física en Uruguay (1911 y 1923). *Lúdica pedagógica*. No. 25 (2017 - I)
- Alonso, V., Dogliotti, P. (2024) *Alberto Langlade Circulaciones, tránsitos y apropiaciones. Uruguay (1945-1970)* . Universidad de la República
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: La invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barbero González, J. I. (2006). Deporte y cultura: De la modernidad a los discursos posmodernos del cuerpo. *Educación Física y Deporte* - Universidad de Antioquia, 25(1), 69-88.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Argentina Editores.
- Capocasale, A., Fernández, A. (Eds.). (2023). *Infancias, pedagogías y saberes psi en el Uruguay de 1951 a 1984*. Consejo de Formación en Educación - ANEP, Universidad de la República.
- Craviotto Corbellini, A., Malán Moreira, P. (2013). Entre la gimnasia y el deporte: la configuración de la educación física en el Uruguay (1911-1930). *Academia.edu*.
<https://www.academia.edu/80076283>
- Craviotto Corbellini, A. (2016). Cuerpo y discurso psiquiátrico a comienzos del siglo XX en Uruguay: Insuficiencia, debilidad y adaptación. *Pedagogía y Saberes*, 44, 63–70.
- Crisorio, R. (2015). Actividad(es) física(s) versus prácticas corporales. En E. Galak y E.
- Dalbén, A. (2019). *Las escuelas al aire libre uruguayas: Creación y circulación de saberes*. Universidad Nacional de La Plata.
- Damas, F. B. (2013). Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 6(1), 50-65.

- Díaz, Á. (2012). La Medicina del Novecientos: Poder y Saber. *Archivos de Medicina Interna*, 34(3), 95-101. Recuperado en 06 de octubre de 2024, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2012000300006&lng=es&tlng=es
- Dogliotti, P. (2009) «Cuerpo y currículum: un análisis de los planes de estudio de la formación del profesor de Educación Física del isef (1939-1988)» Montevideo, fhce, Universidad de la República
- Dogliotti, P. (2012). Educación del cuerpo, higiene y gimnástica en la conformación de la educación física escolar en el Uruguay (1874-1923). *Anuario De Historia De La Educación*,13(2).<https://www.saiehe.org.ar/anuario/revista/article/view/445>
- Dogliotti, P. (2013). *Educación del cuerpo y educación física en la creación de la CNEF en el Uruguay. 10mo Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias*. Universidad Nacional de La Plata.
- Dogliotti, P. (2014). *Educación del cuerpo y discursividades en torno a la formación en educación física en Uruguay (1874-1948)*. CSIC, Universidad de la República. <https://anaforas.fic.edu.uy/jspui/handle/123456789/47016>
- Dogliotti, P. (2017). *La formación de los profesores de educación física en el Uruguay: Tensiones entre lo pedagógico y lo técnico-profesional (1948-1959)*. Revista de Arte, Tecnología y Ciencia, 2,(4), 160-179
- Dogliotti, P. (2021). *Salud, educación integral y belleza: La gimnasia en las obras de los Langlade (Uruguay, 1948-1970)*. Educación, sentidos y transformaciones, 15(2), 202-222. <https://seer.ufrgs.br/index.php/Poled/issue/view/4494>
- Dogliotti, P., & Scharagrodsky, P. A. (2022). Saberes, instituciones y expertos corporales. El caso del Tercer Congreso Panamericano de Educación Física, Uruguay, 1950. *Historia y Memoria de la Educación*, 17, 373-406. <https://doi.org/10.5944/hme.17.2023.31913>
- Duffau, N. (2019). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911): Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Ediciones Universitarias, Universidad de la República. ISBN: 978-9974-0-1633-0

- Durkheim, E. (1893). *La División social del Trabajo*. Editorial: Ediciones Akal.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. París: Félix Alcan.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Ediciones Siglo XXI.
- Foucault, M. (1971). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. In *ditos et écrits I*. Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. Vol. I: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1978). *Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Organización Panamericana de la Salud.
- Foucault, M. (1999). *Los anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Fondo de Cultura Económica.
- Giraldes, M. (2001). *Gimnasia. El futuro anterior. De rechazos, retornos y renovaciones*. Editorial: Buenos Aires: Stadium
- Irrazábal, E. (2006). *La clínica inmóvil: El 'pasado de la verdad' de la psicología en Uruguay. Un análisis posible de las prácticas en los campos de la psicopedagogía y de la psicohigiene*. Ediciones Delamancha y Argos.
- Martínez, F. (2020). *140 años de historia del Hospital Vilardebó*. Revista Uruguaya de Enfermería, 15(2), 1-13
- Neves, S. (2019). *Revolviendo papeles en el Espacio de Recuperación Patrimonial del Hospital Vilardebó* *Semanario Brecha*
<https://brecha.com.uy/revolviendo-papeles-en-el-espacio-de-recuperacion-patrimonial-del-hospital-vilardebó/>
- Langlade, A. (1986). *Teoría general de la gimnasia. Género y panorama global de la evolución de la gimnasia*. Stadium
- Perez Monkas, G. (2016). *La (des)aparición de las prácticas corporales sometidas. Una arqueología en el Uruguay del siglo XIX (1861-1871)* (Tesis de maestría, Universidad de La Plata).

Puppo, M. E., Nóbile, C., Sader, A. (2022). *Urbanismo epidémico. La medicalización de la vida urbana en Montevideo en el primer tercio del siglo XX*. Ciudades, (25), 153–179. <https://doi.org/10.24197/ciudades.25.2022.153-179>

Rodríguez, C. (2020). *La eugenesia en el Uruguay y su vínculo con el campo de la educación física (1900-1948)*. Montevideo.

Rodríguez Giménez, R. (2011). *Saber del cuerpo y gobierno de la población: higiene experimental y medicina social en la Universidad de la República del novecientos*. 9º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias, 13 al 17 de junio de 2011, La Plata, Argentina. EN: [Actas]. La Plata : Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.

Rodríguez Giménez, R. (2012.). *Saber del cuerpo: una exploración entre el normalismo y la universidad en ocasión de la educación física (Uruguay, 1876-1939)*. (Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay)). Comisión Sectorial de Enseñanza.

Scharagrodsky, P. A., Dussel, I. (2011). *La invención del homo gymnasticus : Fragmentos históricos sobre la educación de los cuerpos en movimiento en Occidente*. Buenos Aires.

Soares, C. (2006). *Las corrientes gimnásticas europeas y su contenido: una historia de rupturas y permanencias*. Campinas, Brasil En: ROZENGARDT, Rodolfo (coord.) *Apuntes de historia para profesores de Educación Física*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores, 20, 223-242.

Soares, M. (2007). *Cuerpo y pedagogía: entre los discursos sobre el cuerpo y la educación física*. Ediciones Morata.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Universidad de la República, Facultad de Psicología.

Constitución de la República Oriental del Uruguay. (1952)
<https://bibliotecaatom.parlamento.gub.uy/index.php/constitucion-del-ano-1952-2>

Vanadia, L. N. (2021). *La laborterapia, entre el tratamiento de la locura, la crisis institucional y la legitimación profesional en el Open Door de Oliva. Córdoba, Argentina, 1914-1940*. Vínculo-Revista do NESME, 18(1), 106-119. F

Vila, S. (S/F). *Informe Administrativo sobre nuestro actual régimen de laborterapia*, Revista de Psiquiatría del Uruguay