



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Licenciatura en Educación Física

Tesina

**EL CUERPO ACTIVO EN LAS PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS:
*SABER Y NORMA, EN EL HOSPITAL VILARDEBÓ (1950)***

Autores

Florencia AVCHARIAN

Enzo Julián CEREIJO AZOR

Marcela MARTÍNEZ

Profesoras tutoras

Agustina CRAVIOTTO

María Elena DARRIGOL

Montevideo, abril, 2025.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Fundamentación	6
1.2. Objetivos	14
1.2.1. <i>Objetivo general</i>	14
1.2.2. <i>Objetivos específicos</i>	14
2. ABORDAJE TEÓRICO - METODOLÓGICO	15
3. CUERPO COMO CAMPO DE BATALLA: LOCURA Y NORMA.....	21
3.1. El cuerpo sitiado: poder-saber y disciplinamiento	22
3.2. Entre la cordura y el abismo: la frontera del cuerpo anormal	28
3.3. Somaterapias y el control sobre el cuerpo.....	31
4. EL ARTE DE MOLDEAR CUERPOS ACTIVOS: LA LABORTERAPIA	34
4.1. Entre engranaje y cuerpo: las prácticas del cuerpo subsidiarias del trabajo.....	36
5. LAS PRÁCTICAS DEL CUERPO COMO TÉCNICAS TERAPÉUTICAS, LA CLASE XXV	39
5.1. La gimnasia: “de la común, de la calle”.....	43
5.2. Dos campos y un cuerpo: posibles diálogos entre la Educación Física y la Psiquiatría... 45	
6. CONCLUSIONES FINALES	49
REFERENCIAS	53

RESUMEN

En el Uruguay de los años 50, en pleno proceso de modernización del Estado y sus esfuerzos por imponer un régimen sobre la vida social a través del control de los cuerpos, el Hospital Vilardebó se erigía como un espacio donde la Psiquiatría configuraba y resignificaba prácticas arraigadas en el campo de la Educación Física bajo una lógica medicalizante. En este escenario, la “Laborterapia”, encausada por los doctores Luis Barindelli y Hugo Tobler, se consolidó no solo como un conjunto de técnicas destinadas a tratar a los llamados “enfermos mentales”, sino en una maquinaria que integraba distintas prácticas orientadas tanto a la normalización como a la producción de un tipo específico de cuerpo y subjetividad.

En este sentido, esta investigación busca adentrarse en cómo la Laborterapia, la “Gimnoterapia” y la “Ludoterapia”, estuvieron orientadas a moldear los cuerpos conforme a un ideal de ciudadanía disciplinada que respondía a los imperativos sociopolíticos de modernización y control del Estado. A su vez, se expone la tensión irresuelta entre el potencial emancipador de estas prácticas y su uso como mecanismo de control, lo que revela contradicciones que siguen resonando en las actuales concepciones del cuerpo. Así, esta tesina no solo reconstruye el entramado de discursos y prácticas que operaron sobre, con y para el cuerpo en el Vilardebó, sino que también plantea una crítica profunda al reduccionismo productivista, invitando a repensar el cuerpo como expresión vital que trasciende su función instrumental.

1. INTRODUCCIÓN

La presente tesina de grado del Instituto Superior de Educación Física (ISEF) se enmarca dentro del Seminario *Prácticas del cuerpo y archivo de la locura*, coordinado por las docentes Agustina Craviotto y María Elena Darrigol, en el Departamento de *Educación Física y Salud*. Una iniciativa inscrita en el macroproyecto *Las prácticas del cuerpo en el hospital psiquiátrico. El archivo Vilardebó (1930-1960)*¹, coordinado por Agustina Craviotto. El seminario tuvo como propósito principal “indagar la presencia y los fundamentos de las prácticas del cuerpo asociadas a fines terapéuticos en el hospital psiquiátrico” (Craviotto & Darrigol, 2024, p. 1), está arraigado en el Grupo de investigación *Analítica y Erótica del Cuerpo (GAEC)*, cuyo objetivo es desentrañar las formaciones discursivas sobre “el cuerpo y su relación con el placer y el sufrimiento en la modernidad y la cultura contemporánea” (Craviotto & Darrigol, 2024, p. 1), a través de una perspectiva genealógica foucaultiana.

Este seminario constituye el marco conceptual más significativo para esta tesina, al enfocarse en cómo las prácticas del cuerpo asociadas a fines terapéuticos fueron articuladas y legitimadas en el contexto del hospital psiquiátrico. Exponiendo que entre 1930 y 1960, la Psiquiatría uruguaya se caracterizó por un eclecticismo que permitió incorporar diversas prácticas del cuerpo; “De modo que la gimnoterapia², pero también el deporte y la actividad física, constituyeron medios psicoterapéuticos en el Hospital Vilardebó” (Craviotto & Darrigol, 2024, p. 1).

Este período histórico reviste particular interés, en tanto se caracteriza por una transformación paradigmática en el campo de la Psiquiatría, que transita desde un modelo asilar, centrado en la mera custodia, hacia otro orientado a la rehabilitación y reinserción social del paciente. Dicha transición implica una reconfiguración de las estrategias disciplinarias, extendiendo su alcance más allá del objetivo terapéutico estrictamente biológico y promoviendo una concepción del cuerpo normalizado en función de los imperativos de productividad e integración social.

¹ Programa de circulación interna, ISEF, Montevideo, 2024.

² Término creado y empleado por Barindelli y Tobler en: *Laborterapia Psiquiátrica; Curso para auxiliares* (1958).

En esta línea, este trabajo se propone analizar los discursos que configuraron el cuerpo en el Uruguay de la década de 1950, específicamente en las intervenciones *somaterapéuticas* de la sección de *Laborterapia*, es decir, “el trabajo realizado con fines terapéuticos” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 7), realizadas en el Hospital Vilardebó. Este análisis se enmarca en un período de transición hacia la modernización, caracterizado por la consolidación del Estado benefactor, en donde la gubernamentalidad del Estado, por primera vez, se enfoca en los aspectos más cotidianos y materiales de la vida humana, como las relaciones sociales, el bienestar y la circulación de bienes. Esta intervención, conceptualmente, tiene lugar a través de la gestión de la ciudad y de cuestiones como la salud, el transporte, la infraestructura, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población (Foucault, 2006). En este contexto, desde una perspectiva genealógica (Foucault, 1980) indagamos sobre el cuerpo, no como mero ente biológico, sino como un campo donde se entretujan nociones de salud, utilidad y moralidad; un espacio de disputa ideológica, de ejercicios de poder y de resistencias, donde lo terapéutico y lo normativo se cruzan, así como se refuerzan mutuamente, reflejando tensiones y desdibujando sus límites.

En este sentido, la investigación procura explorar cómo el cuerpo se constituye como un punto de intersección, de encuentro y diálogo entre la Laborterapia y la Educación Física; tomando como epicentro el programa de Laborterapia implementado en el Hospital Vilardebó, donde psiquiatras y profesores de Educación Física convergieron en una misma tarea terapéutica. La tesina busca indagar si las concepciones compartidas sobre el cuerpo propiciaron una influencia mutua entre ambos campos o, por el contrario, si la “locura” operó como una grieta infranqueable. Asimismo, se explorará en qué medida estas prácticas fueron legitimadas por el discurso de la Educación Física, considerando que tuvieron lugar en el seno de una institución psiquiátrica.

Para abordar estas interrogantes, se propone la construcción de un archivo documental que permita examinar los discursos y representaciones que subyacen a estas prácticas. La investigación se fundamenta en un análisis discursivo de archivos históricos de la época, lo cual abrirá la posibilidad de rastrear y desentrañar las posibles articulaciones, tensiones y discontinuidades entre ambos campos, así como las normativas y valores sociales que estructuraron las prácticas del cuerpo en el Uruguay de mediados del siglo XX.

Este proyecto no solo aspira a analizar las prácticas del programa de Laborterapia, sino también a contribuir al entendimiento crítico de las complejas relaciones entre cuerpo, poder y saber, en un contexto donde la Educación Física, como campo de conocimiento, ha estado tradicionalmente ausente en los debates sobre la locura. Tomando la locura no como objeto de estudio exclusivo del campo de la Psiquiatría, sino en un cruce que posibilita el desarrollo de otros saberes y prácticas, este trabajo se propone explorar cómo el cuerpo se convierte entonces en un territorio de disputa y negociación entre diferentes disciplinas; en línea con el enfoque genealógico foucaultiano. Así, más allá de dialogar con los márgenes del campo psiquiátrico, se busca interrogar las formas en que el cuerpo es intervenido, normalizado y, en ocasiones, resistido en un contexto específico, abriendo nuevas preguntas sobre el papel de la Educación Física en este entramado.

1.1. Fundamentación

Esta investigación se estructura como estudio genealógico del cuerpo en el marco de los lineamientos del pensamiento foucaultiano, específicamente a partir de su análisis sobre las relaciones entre poder y saber, donde "el poder, lejos de estorbar al saber, lo produce" (Foucault, 1980, p. 107). La genealogía como óptica teórica-metodológica³ nos permite rastrear las discontinuidades y rupturas en los discursos y prácticas históricas relacionadas con el cuerpo en el contexto psiquiátrico uruguayo, evitando tanto las narrativas lineales y teleológicas de progreso médico como las visiones reduccionistas que conciben la institución psiquiátrica como mero aparato represivo. Como precisa Foucault (1980), este método busca "percibir la singularidad de los sucesos (...) en aquello que pasa desapercibido por no tener nada de historia" (p. 7), lo que resulta particularmente relevante para analizar prácticas aparentemente menores en el programa de Laborterapia en el Hospital Vilardebó, pero que revelan las lógicas profundas del poder disciplinario.

El estado del arte, al respecto, se sustenta en un conjunto significativo de antecedentes que contextualizan y enriquecen el problema de estudio. "La sociedad del

³ Ver capítulo 2. Abordaje teórico-metodológico.

olvido" (Apud, Techera & Borges, 2010) ofrece una mirada crítica sobre los hospitales psiquiátricos en Uruguay, exponiendo los aspectos controvertidos de estas instituciones y subrayando los fundamentos normativos que sustentaron programas como la Laborterapia. Complementariamente, el valioso testimonio de "Nurse Pierina... soy Gustavo" (Marcolini & Michelini, 2014) documenta desde la perspectiva del personal de enfermería las prácticas cotidianas de cuidado y tratamiento desde 1958, mostrando concretamente cómo las políticas institucionales se entrelazaban con la vida diaria del hospital. Por otro lado, "Salud Mental en debate" (De León, 2013) complejiza el análisis al explorar las diversas concepciones de salud, las disciplinas involucradas y los espacios de intervención sobre el cuerpo en lógicas psiquiatrizantes. Estos trabajos en conjunto evidencian que las prácticas del cuerpo en el Vilardebó no pueden comprenderse de manera aislada, sino como parte de un entramado histórico-discursivo más amplio donde convergen saberes médicos, normas sociales y dispositivos institucionales.

El contexto uruguayo de mediados del siglo XX resulta particularmente significativo para este análisis. Como demuestran los estudios de Barrán (1995, 2009, 2012) sobre la historia cultural uruguaya, el país vivía entonces un período⁴ de consolidación de un modelo de Estado benefactor. Por ende, la implementación de políticas de higienización y disciplinamiento respondió a la lógica de una sociedad que, según Barrán (2012) "se horrorizó ante la 'suciedad' corporal y endiosó la 'higiene' y 'salud' [en donde] todo debía ser dominado y controlado" (p. 245). Este paradigma no solo estructuró la vida urbana y rural, sino que también desarrolló un orden moral que abarcaba todos los ámbitos de la existencia humana, desde el cuerpo hasta la mente⁵. La enfermedad mental, lejos de ser concebida únicamente como un padecimiento individual, era vista como una amenaza al equilibrio social, y su tratamiento se inscribía en un proceso de normalización que trascendía lo médico para volverse también moral y conductual.

⁴ El límite temporal de este proceso histórico y social de civilización, según Barrán (2012), es difuso, optando por ubicarlo en 1920, aunque afirma que continuó afianzándose y modificándose en las décadas subsiguientes.

⁵ Sostenemos esta concepción dualista cartesiana, ya que era la utilizada en la época. Como señala Cloutier (1962), "a pesar de esta concepción holística sigue siendo cómodo distinguir los tratamientos físicos y los tratamientos psicológicos" (p. 9).

Siguiendo a Barrán (2012), el enfermo era considerado un sujeto con derechos restringidos y numerosas obligaciones. Se esperaba que su paso por el hospital no solo aliviara sus síntomas, sino que lo reformara moralmente para adecuarlo a las exigencias sociales de la época. En este marco, los hospitales psiquiátricos, y en particular el Hospital Vilardebó —antes Manicomio Nacional, inaugurado en 1880—, funcionaron simultáneamente como centros terapéuticos y dispositivos de exclusión social. Como señalan Marcolini y Michelini (2014), la locura debía mantenerse “lo más lejos posible del contacto ciudadano” (p. 5), reflejando el temor de una sociedad que asociaba la enfermedad mental con el peligro y la transgresión.

El análisis de Barrán (1995, 2012) permite comprender cómo las nociones de pureza, moralidad y utilidad social estuvieron profundamente imbricadas en estas prácticas. La medicina de la época, influenciada por el positivismo, concebía el cuerpo como un territorio a ser normado y optimizado. En palabras de Foucault (2003) “la experiencia clínica va a abrirse un nuevo espacio: el espacio tangible del cuerpo, que es al mismo tiempo esa masa opaca en la cual se ocultan secretos, de lesiones invisibles y el misterio mismo de los orígenes” (p. 176).

Los hospitales psiquiátricos, en este sentido, funcionaban como laboratorios donde se experimentaban estas ideas, convirtiendo el cuerpo en un objeto de intervención para alcanzar un ideal de ciudadanía y *normalidad*, o al menos una aproximación a este ideal necesario para el funcionamiento social. La Psiquiatría de la década de 1950 se encontraba en un estado de experimentación constante, el cual estaba caracterizado por la apertura a diversas perspectivas y enfoques. Más que un campo estructurado en sistemas definidos, se desarrollaba como un espacio de exploración y creatividad (Fiorini, 1995, p. 11) y es en este contexto en donde la disciplina se encontraba caracterizada por un marcado eclecticismo teórico y metodológico. Como señalan Techera, Apud y Borges (2010), desde finales del siglo XIX, con la inauguración del Hospital Vilardebó, se ha llevado a cabo un debate en Uruguay sobre las distintas concepciones y enfoques en el tratamiento de las enfermedades mentales. A lo largo del tiempo, las políticas de salud mental han experimentado múltiples transformaciones, incluyendo tanto avances como retrocesos, que han marcado los dispositivos de atención y tratamiento.

Siguiendo el desarrollo de Craviotto (2023), se evidencia que la diversidad de enfoques terapéuticos que caracterizó el discurso psiquiátrico, integrando propuestas

teóricas y clínicas importadas mayormente de Europa, abrió paso a la aplicación de prácticas como la Laborterapia. Su análisis resalta que este eclecticismo fue determinante para configurar, no solo dispositivos de atención, sino también discursos en torno al cuerpo, que pasaron a ser objeto de intervención terapéutica y disciplinaria. Así, la aproximación de Craviotto refuerza la idea de que la interacción entre corrientes clínicas foráneas y saberes locales fue fundamental para la evolución de la práctica psiquiátrica en Uruguay.

Este período marcó un momento crucial para la configuración de discursos y prácticas en torno al cuerpo, especialmente en el ámbito del Hospital Vilardebó y en las intervenciones promovidas por la Laborterapia. En este programa se proponían actividades productivas, lúdicas y deportivas como medios para rehabilitar y reintegrar a *los pacientes*⁶ en la sociedad, bajo la célebre premisa de que “el que hoy está enfermo, ayer perteneció al mundo de los sanos” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 20), por ende, la misión esencial de la Medicina Psiquiátrica es “reintegrar al enfermo, en la medida de lo posible, a una vida humana, o normal” (p. 20). Es interesante destacar, desde ya, cómo se homologa la idea de “vida humana” con lo “normal” en los discursos de la época.

En el entendido de que la distinción entre lo “normal” y lo “anormal” no es un hecho natural, sino una construcción social profundamente imbricada con instituciones y discursos de poder, estas categorías no solo delimitan quién es aceptado o excluido en el orden social, sino que operan como herramientas para legitimar relaciones de control. Foucault (2007) describe este proceso como una operación que:

ha sido llevada a cabo regularmente por el poder disciplinario desde los comienzos del siglo XIX: el asilo psiquiátrico, la penitenciaría, el correccional, el

⁶ El uso de términos como “el paciente” o “los pacientes”, —la cual sostenemos para ser verosímiles con los documentos— refleja la terminología empleada en la década de 1950, donde el lenguaje masculino era hegemónico y se utilizaba como genérico universal. Si bien este análisis no se centra en cuestiones de género, es relevante señalar que, en los registros consultados, las mujeres aparecen relegadas a menciones esporádicas y estereotipadas —como en los talleres de costura—, sin que se les otorgue un lugar significativo en la narrativa terapéutica. Barindelli y Tobler (1958), al igual que otros autores de la época, omiten cualquier discusión sobre las diferencias de género en el tratamiento psiquiátrico, perpetuando así una invisibilización de las mujeres en el discurso médico-institucional. Esta ausencia no solo evidencia los sesgos lingüísticos de la época, sino también la exclusión simbólica de las mujeres en los espacios de intervención y poder dentro del Hospital Vilardebó.

establecimiento de educación vigilada, y por una parte los hospitales, de manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco - no loco; peligroso - inofensivo; normal - anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.). (p. 184)

Este planteo resalta cómo las instituciones no solo ejercen control sobre los individuos considerados *anormales*, sino que también definen qué constituye esa *anormalidad*: “hay cierto estatuto universal y general del loco, que no tiene nada que ver con la naturaleza de la locura, sino con las necesidades fundamentales de todo funcionamiento social” (Foucault, 1980, p. 78). La Psiquiatría, en este sentido, opera como una ciencia y técnica dedicada a gestionar la *anormalidad*, no como una desviación clínica neutra, sino como un reajuste social. Foucault (1999) lo afirma con claridad cuando establece que “la psiquiatría será, en esencia, la ciencia y la técnica de los anormales, de los individuos anormales y las conductas anormales” (p. 157).

La noción de lo *normal* y lo *anormal* fue también moldeada por la transformación de las prácticas psiquiátricas. Según Cloutier (1962), “la evolución de la psiquiatría desde hace más o menos un siglo puede resumirse (...) en tres períodos: descriptivo, dinámico y social” (p. 4). En el primero, la prioridad era clasificar enfermedades según el método anatómico-clínico. Sin embargo, la transición hacia un modelo dinámico permitió que “no solo nos interese por los síntomas, sino que busquemos su origen” (p. 5). Esta evolución contribuyó a redefinir el cuerpo como un campo de intervención integral, donde lo físico y lo psíquico dejaron de concebirse como esferas separadas.

Durante la primera mitad del siglo XX, los discursos psiquiátricos comenzaron a institucionalizarse y materializarse a través de tratamientos físicos, como el electroshock y los comas insulínicos, que si bien ofrecieron “una tranquilización considerable de los pacientes psiquiátricos” (Ramírez, 1964, p. 9), también reforzaron la percepción del cuerpo como un objeto pasivo técnico de intervención. La Psiquiatría, desde este enfoque, no se limitaba a observar, sino que intervenía activamente para “marcar” los límites entre lo *normal* y lo *anormal*, integrando discursos clínicos con lógicas de control social.

En este marco, el programa de Laborterapia en el Hospital Vilardebó, fue liderado por figuras como Barindelli y Tobler, psiquiatras reconocidos de la década del 50, quienes organizaron y guiaron, bajo los lineamientos aprendidos del doctor alemán Hermann Simon, la sección de Laborterapia del Hospital Vilardebó a partir del año 1952, llegando incluso a dictar el curso y escribir el libro de formación de auxiliares en Laborterapia, archivo epicéntrico de este análisis.

Este enfoque permite analizar cómo las prácticas del cuerpo en los hospitales psiquiátricos —especialmente en el programa de Laborterapia— responden tanto a necesidades médicas como a complejas relaciones de poder-saber. Según Foucault (2002), el poder no se ejerce únicamente mediante prohibiciones o coerciones, sino también a través de la producción de conocimientos y la regulación de los cuerpos. En el caso concreto de la Laborterapia, la participación de profesores de Educación Física designados por el Ministerio de Salud —como mencionan Barindelli y Tobler (1958), y se desarrolla más adelante en este trabajo— para colaborar con los psiquiatras demuestra que la intervención activa sobre el cuerpo no surge de manera meramente fortuita, sino que podría fundamentarse en prácticas del cuerpo deliberadas y en la aplicación de saberes propios de la Educación Física.

Resulta pertinente entonces explorar si las concepciones del cuerpo en el Hospital Vilardebó estuvieron influenciadas —directa o indirectamente— por los principios y métodos propios de la Educación Física. Se pueden rastrear paralelismos en cómo ambas disciplinas entienden el cuerpo como un territorio de intervención cargado de significados, orientado hacia la normalización y el disciplinamiento. Siguiendo a Foucault (2002), el poder y el saber no existen de manera separada, sino que se condicionan mutuamente; todo ejercicio de poder genera conocimientos que lo legitiman, y todo saber se inscribe en relaciones de poder que lo posibilitan y delimitan. En este sentido, la presencia de la Educación Física en este contexto, puede ser leída no como una coincidencia, sino como una estrategia que respondía a la necesidad de intervenir sobre los cuerpos de los enfermos para moldearlos según valores de disciplina, productividad y salud normativa.

Así, la convergencia entre la Psiquiatría y la Educación Física en el Hospital Vilardebó ejemplifica cómo los discursos científicos y médicos configuran prácticas materiales sobre los cuerpos, reforzando dinámicas tanto de control como de adaptación

al orden social imperante. Desde la perspectiva foucaultiana, la Laborterapia puede interpretarse como una tecnología biopolítica por excelencia. En primer lugar, porque opera sobre los cuerpos individuales mediante técnicas específicas (ejercicios físicos sistematizados, rutinas laborales estandarizadas) que buscan transformar no solo sus capacidades físicas, sino también sus disposiciones subjetivas y conductuales. Como señala Foucault (1980) en su análisis sobre las relaciones entre poder y cuerpo:

Los psiquiatras han recibido el cuerpo histórico de sus enfermos en pleno rostro (quiero decir en pleno saber y en plena ignorancia) sin quererlo o incluso sin saber cómo esto ocurría. (...) Lo que busco es intentar mostrar cómo las relaciones de poder pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos sin tener incluso que ser sustituidos por la representación de los sujetos. Si el poder hace blanco en el cuerpo no es porque haya sido con anterioridad interiorizado en la conciencia de la gente. (p. 156)

Esta penetración del poder en la materialidad del cuerpo se manifestaba claramente en las prácticas de Laborterapia, donde el cuerpo no era concebido como un ente meramente biológico, sino como un territorio político donde se ejercían relaciones de poder y se producían saberes.

En segundo lugar, la Laborterapia se inscribe en una estrategia más amplia de gestión poblacional característica del Estado moderno, que Foucault (2006) denominó precisamente biopolítica —el poder sobre la vida— que regulaba los cuerpos tanto individual como colectivamente. El énfasis en la productividad, la regularidad y la disciplina que permeaba todas las actividades de Laborterapia no respondía únicamente a consideraciones terapéuticas, sino que reflejaba fielmente los valores dominantes de una sociedad que concebía al ciudadano ideal como un individuo laborioso, ordenado, autocontrolado y útil. Como bien sintetiza Barrán (2012) sobre el período, existía una verdadera obsesión por el control social donde "todo debía ser dominado" según parámetros de moralidad burguesa (p. 245). En este sentido, las prácticas del cuerpo en el Vilardebó trascendían lo meramente médico para convertirse en tecnologías de sujeción y normalización social.

En síntesis, esta investigación se centra en analizar discursivamente las concepciones de cuerpo que emergieron en el programa de Laborterapia, explorando

cómo estas prácticas configuraron el cuerpo como objeto de intervención terapéutica y disciplinaria. En este análisis, se busca responder a interrogantes, o por lo pronto, plantearlas; ¿Cómo se conceptualizaba el cuerpo en este programa? ¿Qué discursos y prácticas lo configuraron como un objeto de intervención? ¿En qué medida las normativas sociales y culturales influyeron en estas prácticas y concepciones? Finalmente, ¿existieron diálogos, paralelismos y tensiones entre estas nociones del cuerpo y aquellas arraigadas por el campo de la Educación Física?

Esta tesina pretende posicionarse como una contribución original dentro del análisis de discursos en relación al cuerpo en Uruguay, abordando un vacío significativo en la literatura existente cuando se trata del vínculo entre locura y Educación Física. Procura contribuir con un aporte original al análisis de discurso en la relación entre el cuerpo, el programa de Laborterapia Psiquiátrica y la Educación Física en el Uruguay de mediados del siglo XX.

A pesar de ciertos antecedentes mencionados que se encuentran dispersos en la historia de la Psiquiatría y la Educación Física, se observa una notable carencia de investigaciones que exploren la interseccionalidad de ambas disciplinas, especialmente en lo que respecta a las concepciones del cuerpo y las prácticas específicas arraigadas y constitutivas de él. La originalidad de este estudio, por ende, reside en su capacidad para establecer conexiones inéditas entre la Psiquiatría y la Educación Física, analizando cómo ambas disciplinas compartían un campo epistémico moderno común: el cuerpo.

Como concluye Foucault (1980) en su análisis sobre las instituciones disciplinarias, el poder en la modernidad no solo prohíbe y reprime, sino que sobre todo produce saberes, discursos, prácticas y subjetividades. La Laborterapia, en este sentido, no fue solo un conjunto de técnicas para tratar enfermos mentales, sino una maquinaria para producir un tipo específico de cuerpo y subjetividad: el cuerpo dócil y productivo del ciudadano moderno, regulado tanto en sus gestos como también en sus disposiciones más íntimas. Comprender esta dualidad constitutiva es esencial no sólo para reconstruir críticamente nuestro pasado psiquiátrico, sino para reflexionar con mayor profundidad sobre nuestras prácticas actuales en el campo, siempre complejo y conflictivo, de la locura y el cuerpo. Como señala Foucault (1980), "el cuerpo humano existe en y a través de un sistema político" (p. 65). Este trabajo busca desentrañar cómo se materializó esto en el Vilardebó en la década de 1950. De modo qué, la Laborterapia y la Educación Física se

convierten en los ejes centrales para examinar las complejas relaciones entre poder, saber y cuerpo en un contexto histórico específico.

1.2. Objetivos

El estudio se centra en el cruce epistemológico de los campos del saber de la Educación Física y la Psiquiatría, durante un período clave de modernización del Estado uruguayo, donde el cuerpo, como territorio de intervención, revela tensiones entre la terapéutica y el disciplinamiento. A través del archivo histórico, se busca desentrañar si dicho vínculo respondió a una afinidad teórica o a imperativos sociopolíticos de la época. Acogiendo como punto de partida la convergencia en la episteme moderna de cuerpo, vale la pena analizar si es posible vislumbrar un vínculo causal significativo y directo en la época de 1950 entre la Laborterapia —y por consiguiente la Psiquiatría— y la Educación Física.

1.2.1. Objetivo general

Analizar las concepciones del cuerpo en el programa de Laborterapia del Hospital Vilardebó (1950), desde una perspectiva discursiva y genealógica, para comprender cómo se articularon las dinámicas de poder-saber entre la Psiquiatría y la Educación Física en la normalización de los cuerpos.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Examinar los discursos y representaciones del cuerpo subyacentes en la Laborterapia en el contexto del Hospital Vilardebó, a partir de la elaboración de un archivo.
2. Analizar las dinámicas de poder-saber que configuraron al cuerpo como objeto de intervención terapéutica y disciplinaria, desde una perspectiva foucaultiana.
3. Indagar los posibles puntos de convergencia y de tensión entre las concepciones del cuerpo en la Laborterapia y sus diálogos con el campo de la Educación Física.

2. ABORDAJE TEÓRICO - METODOLÓGICO

Esta investigación se construye en un enfoque teórico - metodológico que no busca simplemente describir o catalogar, sino que aspira a esclarecer las capas de sentido que se esconden detrás de los discursos y las prácticas. Por ende, “examina las diferentes maneras en las que el discurso desempeña un papel dentro de un sistema estratégico en el que el poder está implicado y gracias al cual funciona” (Foucault, 1999, p. 59). Nos movemos en el terreno de lo que Foucault (1980) conceptualizó como genealogía, un enfoque que no se limita a trazar líneas rectas en la historia, sino que busca las rupturas, las discontinuidades, los momentos en que lo que parecía sólido se quiebra y da paso a nuevas formas de entender, de saber.

Siguiendo esta perspectiva, esta investigación rechaza la idea de una verdad unívoca o de una interpretación transparente de los textos. En cambio, lo central “es el hecho de que alguien ha dicho algo en un momento determinado” (Foucault, 1999, p. 61), focalizando entonces en las condiciones históricas y sociales que determinan la producción de discursos y en cómo estos configuran las diferentes experiencias y subjetividades. Este enfoque es particularmente relevante para el análisis de las concepciones en relación con el cuerpo en prácticas psiquiátricas, ya que, como sostenía Foucault (1980), “la genealogía, como el análisis de procedencia, se encuentra por tanto en la articulación del cuerpo y la historia. Debe mostrar al cuerpo impregnado de historia, y a la historia como destructora del cuerpo” (p. 15).

En concordancia, recurrimos al análisis del discurso, pues nos permite desmontar los textos y las prácticas para entender cómo construyen realidad. Siguiendo a Michel Pêcheux (1983), el discurso no es un reflejo pasivo de la realidad, sino una práctica que produce significados y que, al hacerlo, transforma el mundo. Cada enunciado, cada documento, cada práctica, está atravesado por tensiones y contradicciones que revelan las luchas por imponer ciertas visiones del mundo. En este sentido, el análisis del discurso no busca una interpretación unívoca de los textos, sino que se enfoca en las condiciones históricas y sociales que hacen posible la producción de ciertos discursos y no de otros. Según Pêcheux (1983):

só por sua existência, todo discurso marca a possibilidade de uma desestruturção-reestruturção dessas redes e trajetos: todo discurso é o índice potencial de uma

agitação nas filiações sóciohistóricas de identificação, na medida em que ele constitui ao mesmo tempo um efeito dessas filiações e um trabalho (mais ou menos consciente, deliberado, construído ou não, mas de todo modo atravessado pelas determinações inconscientes) de deslocamento no seu espaço: não há uma identificação plenamente bem sucedida, isto é, ligação sócio-histórica que não seja afetada. (p. 56)

La genealogía foucaultiana y el análisis del discurso de Michel Pêcheux no son enfoques aislados, sino que se complementan de manera productiva en esta investigación. Ambos comparten una preocupación común por desentrañar cómo los discursos y las prácticas configuran la realidad, pero lo hacen desde ángulos que, al combinarse, permiten una comprensión más profunda y matizada del problema de estudio.

La genealogía y el análisis del discurso se complementan en esta investigación, como mencionamos anteriormente, de varias maneras. En primer lugar, la genealogía nos permite situar históricamente las prácticas del cuerpo en el Hospital Vilardebó, identificando cómo estas prácticas se articularon en un contexto específico de relaciones de poder y saber. Además, el análisis del discurso nos permite descifrar las tensiones y contradicciones que subyacen a los discursos sobre el cuerpo, revelando cómo estos discursos no son homogéneos, sino que están atravesados por luchas y negociaciones. En este sentido, el análisis del discurso contribuye a la genealogía al proporcionar una metodología detallada para examinar los textos y las prácticas, identificando cómo los discursos sobre el cuerpo se construyen y transforman en un contexto histórico específico. A su vez, la genealogía enriquece el análisis del discurso al situar estos discursos en un marco más amplio de relaciones de poder y saber, permitiéndonos entender cómo las prácticas del cuerpo en el Hospital Vilardebó no solo responden a necesidades terapéuticas, sino que también contribuyen a la construcción de un ideal de ciudadanía que era, al mismo tiempo, sano, productivo y disciplinado.

En síntesis, la genealogía foucaultiana y el análisis del discurso de Pêcheux nos permite abordar las preguntas de investigación desde una perspectiva que es, al mismo tiempo, histórica y crítica. Este enfoque no solo nos ayuda a desentrañar cómo se configuraron las prácticas del cuerpo en el Hospital Vilardebó, sino también a entender cómo estas prácticas contribuyeron a la construcción de un ideal de cuerpo que resonaba en la época.

El archivo se erige, entonces, como un eje fundamental para esta investigación. No lo concebimos como un simple depósito de documentos, sino como un espacio dinámico donde se despliegan y confrontan relaciones de poder y saber. En este sentido, el archivo no es un lugar estático, sino un campo en el que los discursos del pasado se reactivan y resignifican en función de las preguntas que el presente les dirige. Para ello, se realizó un exhaustivo trabajo de recopilación y análisis en el Espacio de Recuperación Patrimonial del Hospital Vilardebó (ASSE), Biblioteca de la Facultad de Medicina (UdelaR), Biblioteca de Facultad de Psicología (UdelaR), Biblioteca de ISEF (UdelaR) y el Centro de Memoria en ISEF (UdelaR), en la búsqueda de documentos que permitan tensionar las nociones de cuerpo de la época y las prácticas del cuerpo en el contexto de la Laborterapia, con especial atención a aquellas actividades que desbordan su marco estrictamente laborioso, como la *Gimnoterapia, la Ludoterapia y las actividades deportivas* (Barindelli & Tobler, 1958).

Cada documento será abordado como un fragmento discursivo que forma parte de un entramado más amplio y complejo. Estos fragmentos no se articulan de manera armónica ni lineal; por el contrario, se superponen, se contradicen y se tensionan, revelando tanto las fisuras como disputas que caracterizan la producción de saberes en un contexto histórico determinado. El archivo, en este sentido, no es solo una fuente de información, sino un lugar de producción de conocimiento, donde los discursos del pasado no solo se conservan, sino que también dialogan con las preocupaciones del presente. Esta perspectiva nos permite interrogar los documentos no como meros testimonios de una época, sino como huellas que dan cuenta de las luchas por imponer determinadas visiones del mundo y del cuerpo.

El análisis se centrará en cómo los textos significan dentro de su contexto histórico, reconociendo la no transparencia del lenguaje y la imposibilidad de acceder a una verdad última a través de los mismos. Para la construcción de la narrativa final del análisis, se optará por un enfoque temático. Este método permitirá organizar los hallazgos según las principales categorías y temas emergentes, facilitando una estructura clara y coherente que refleje las diversas dimensiones del fenómeno estudiado. El proceso de análisis se estructurará en torno a la interpretación detallada de fragmentos textuales, considerando cada enunciado como una unidad significativa que refleja las tensiones y divisiones entre distintas formaciones discursivas. Cada enunciado se abordará como una

expresión de estas tensiones, que se manifiestan en los textos a través de diversas capas de significado.

La exploración en búsqueda de estas narrativas nos ha permitido identificar documentos relevantes sobre las prácticas del cuerpo y su vínculo con la Psiquiatría, una articulación que ha carecido de un desarrollo teórico suficiente, evidenciando un vacío en la literatura que este proyecto de investigación busca abordar. En este proceso, hemos encontrado materiales que documentan la implementación y las teorías ideológicas subyacentes a la Laborterapia durante la década de 1950 en el contexto uruguayo. Estos hallazgos son fundamentales para entender las concepciones teóricas e ideológicas del cuerpo y sus prácticas en esa época, así como estas influyeron en el programa de Laborterapia.

Laborterapia Psiquiátrica; Curso de auxiliares de Barindelli y Tobler (1958): Obtenido del Espacio de Recuperación Patrimonial del Hospital Vilardebó (ASSE), describe detalladamente el curso de Auxiliar en Laborterapia ofrecido por los autores. El texto proporciona un análisis de las concepciones teóricas e ideológicas de la Laborterapia, destacando su función disciplinaria y su propósito de rehabilitación a través de la inculcación tanto de hábitos de trabajo como de disciplina en los pacientes psiquiátricos. Este libro es una fuente crucial para comprender cómo se implementó la Laborterapia y su vínculo con el cuerpo.

“El método del doctor Hermann Simon” de Antonio Sicco (1928, p. 539-549): Este documento tuvo un rol significativo en el análisis, ya que, sirvió de musa inspiradora de los doctores Barindelli y Tobler; es a través del Dr. Simon y su método que se busca replicarlo en nuestro país. Simon defendía que, a través de la *terapia por la ocupación* y la *participación activa*, los pacientes adquirirían hábitos que favorecerían su recuperación psicológica y social.

Revista Chilena de Educación Física (1951) “Educación Física. Sus conceptos fundamentales y su primer fin específico” de Víctor Seguel (p. 195-198): Plantea que la Educación Física debe concebirse como una disciplina integral al servicio de la política sanitaria. Según Seguel, las actividades esenciales —juego, gimnasia, rítmica y deportes— no solo promueven el desarrollo físico, sino que también forman hábitos y actitudes que contribuyen al equilibrio de la personalidad y a la salud social.

Revista Chilena de Educación Física (1952) “El reacondicionamiento físico de enfermos mentales” de Charles Mc Cloy (p. 149–161): Este artículo aborda la posibilidad de tratamiento de la enfermedad mental a través de la actividad física. El texto repasa los objetivos de esta terapia, el valor que tiene para los enfermos, sus principios rectores, método de implementación, indicaciones, contraindicaciones y sus perspectivas como tratamiento coadyuvante.

¿Por qué se enloquece la gente? De Isidro Más de Ayala (1943): Este escrito nos invita a reflexionar en torno a los límites entre la cordura y la locura, identificando como los diferentes factores sociales facilitan el cruce de dichos límites. La ociosidad aparece como una cuerda floja de la que es fácil caer y que debe ser combatida tanto individual como socialmente.

Psiquis y soma en las enfermedades de Isidro Mas de Ayala (1949): en este libro, se traza un vínculo indisoluble entre el cuerpo, la emoción y el mundo social. La enfermedad, entonces, lejos de considerarse un mero desajuste biológico, emerge como un vaivén entre lo psíquico y lo físico, un flujo constante donde el dolor puede nacer en la psiquis y alojarse en el cuerpo, o viceversa, emerger del cuerpo para perturbar la psiquis. Desde esta mirada, la Medicina no debe limitarse a curar síntomas, sino descifrar la trama que une a la persona con su historia, sus miedos y su entorno.

Revistas de Psiquiatría: Los fragmentos de las revistas de Psiquiatría de la década de 1950 permiten observar los principales temas de interés académico y divulgativo dentro del campo de la salud mental. Estos documentos ofrecen un contexto más amplio sobre las discusiones y desarrollos teóricos de la época, contribuyendo a una mayor comprensión de la evolución de la Psiquiatría y su enfoque en el tratamiento del cuerpo. Asimismo, enriquecen el corpus de análisis, proporcionando una visión integral de las dinámicas que impactaban este ámbito.

- “Gimnasia, deportes y juegos de la Terapéutica Ocupacional” de Alejandro Raitzin (1930, p. 757–777): Nos ofrece una crítica al alcance de la Laborterapia per se, afirma que esta no es suficiente para la rehabilitación del paciente, sino que es necesario incluir a la gimnasia, los deportes y los juegos para lograr un mayor equilibrio físico y mental.

- “El tratamiento en medicina psicosomática” del Dr. Teodoro Fracassi (1949, p. 13–33): Explora el tratamiento psicosomático y la importancia del deporte y la laborterapia como canalizadores de energías. Fracassi presenta una visión del cuerpo como parte de un complejo psico-soma-social y cómo esto influyó en las prácticas de tratamiento.
- “Aporte documental a la clínica psicológica” de Domínguez, Paseyro, Failde Nogués y el Dr. Payseé (1950, p. 21–52): Documenta la evolución del psicosomatismo, discutiendo cómo las concepciones del cuerpo y la mente han cambiado y su impacto en la práctica clínica.
- “Introducción a la Psicopatología” del Dr. Honorio Delgado (1952, p. 25–40): Proporciona una introducción a conceptos clave en psicopatología, incluyendo la corporalidad y las anomalías. Este artículo ayuda a situar el cuerpo dentro del marco teórico de la Psiquiatría y a comprender cómo los conceptos de cuerpo y mente se interrelacionan.
- “Las variedades del temperamento según Sheldon” de Roberto Da Costa (1957, p. 9–32): Brinda un análisis de la teoría del psicólogo William H. Sheldon acerca de las conexiones establecidas entre el cuerpo (físico) y los aspectos psicológicos de los individuos, y reflexiona en torno a la evolución de estos conceptos en la psicología moderna.
- “Los factores sociales en los desequilibrios de la salud mental” de José Belbey (1958, p. 25–41): Ofrece un análisis de cómo los factores y condiciones sociales juegan un papel importante en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales y de esta manera “libera” al individuo de la completa responsabilidad de su enfermedad.

3. CUERPO COMO CAMPO DE BATALLA: LOCURA Y NORMA

En el Uruguay de la década de 1950, el Hospital Vilardebó representaba más que un espacio destinado al tratamiento de las patologías mentales. Desde los discursos y prácticas de su época, la Psiquiatría operaba como un campo donde se buscaba “abarcara al enfermo (...) como una unidad biológica cuerpo-alma, como unidad psico-somática, como totalidad biológica” (Domínguez et al., 1950, p. 22). En este marco, el cuerpo no era tratado únicamente como un organismo afectado por distintas enfermedades, sino como un objeto de intervención donde convergían las demandas médicas, sociales y culturales del momento.

Desde una mirada genealógica, podemos analizar cómo las prácticas del Hospital Vilardebó, incluidas aquellas del programa de Laborterapia, implican un ejercicio de poder-saber que trascendía lo estrictamente médico, ya que, como afirma Foucault (1999), el poder no está por fuera del discurso, sino que está imbricado irrefutablemente en él, y viceversa (p. 59). Bajo este entendimiento, examinaremos el texto que publicaron los doctores Barindelli y Tobler en 1958, el libro *Laborterapia Psiquiátrica: Cursos de Auxiliares*.

El libro se organiza estructuralmente en capítulos dedicados a cada una de las clases dictadas. En ellos se expone, no solo la información teórica-conceptual, sino también la estructura de cada clase; se incluyen algunos diálogos ocurridos durante las sesiones y se relatan las experiencias pasadas en el desarrollo diario de esta sección en el Hospital Vilardebó, ya que como señalaba Isidro Más de Ayala en el prefacio de este libro, “Este volumen que ahora el lector tiene en sus manos ha sido como el libreto de la obra cumplida” (Barindelli & Tobler, 1958, p. VI⁷). Esta fuente se erige entonces, como un recurso fundamental para comprender la implementación de la Laborterapia en dicho hospital, ya que, aunque el texto se centra en detallar las actividades terapéuticas, deja entrever los discursos que los posibilitan, por ejemplo, las nociones sobre la concepción del cuerpo en estas intervenciones.

⁷El número de página en la cita sigue la numeración del Prefacio, el cual utiliza números romanos (páginas V–VIII).

Este capítulo indagará cómo estas dinámicas, subyacentes en su momento, se manifestaron en el tratamiento del cuerpo. A través de este análisis, se buscará rastrear las tensiones entre locura y norma, disciplinamiento y resistencia, desentrañando cómo los cuerpos de los pacientes se convirtieron en territorios donde se inscribían los valores y discursos de la época, y cómo ciertas prácticas tuvieron lugar en ese entramado particular.

3.1. El cuerpo sitiado: poder-saber y disciplinamiento

En el transcurso de la historia, distintos discursos han atravesado y configurado el cuerpo, definiéndolo, fragmentándolo y moldeándolo según las demandas sociales, culturales y políticas de cada época. Como señala Foucault (1980), “el cuerpo es superficie de inscripción de los sucesos” (p. 14), un espacio donde se materializan relaciones de poder y tensiones históricas. “En fin, la procedencia se enraíza en el cuerpo” (p. 14), estableciendo un nexo entre su materialidad y las normas que lo atraviesan. El cuerpo, por tanto, no es simplemente un organismo biológico, es un objeto y blanco de poder, moldeado por discursos que buscan disciplinarlo y normalizarlo. Foucault (2002) afirma que el cuerpo está “directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” (p. 26). En la modernidad, esta intervención sobre el cuerpo adquiere una nueva dimensión. Según Rodríguez (2016):

La idea de propiedad adquirió su máxima expresión al alcanzar lo irreductible del sujeto: el cuerpo. Cuando el individuo dice ser dueño de su cuerpo, está, sin querer, realizando una operación antitética: por un lado es una operación anti-metafísica (el cuerpo no es otra cosa que el organismo, y este expresa mejor que ninguna otra cosa la vida) y metafísica (el yo es algo trascendente que no se sitúa en ningún lugar del cuerpo-organismo). Para decir -mi cuerpo- el individuo tiene que decir -yo-. Al decir -yo-, entra indefectiblemente en el mundo de las -sutilezas metafísicas y teológicas-, parafraseando a Marx, porque no es sino de esa tradición desde donde proviene el concepto. (p. 128)

Le Breton (2002) señala que el cuerpo moderno representa una triple ruptura: con los otros, con el cosmos y consigo mismo. Al transformarse en su alter ego, “el cuerpo es el signo del individuo, el lugar de su diferencia, de su distinción” (p. 9). Esta singularidad

lo convierte en un terreno fértil para la manifestación de relaciones de poder, pues, como señala Foucault (1999) “nada es más material, físico, más corporal que el ejercicio del poder” (p. 105). En este contexto, un poder administrativo y político constituyó una representación real de singularidades yuxtapuestas y meticulosamente diferenciadas, individualizando el cuerpo, la enfermedad, la vida y la muerte (Foucault, 2002).

En este contexto, la Medicina emerge no solo como una ciencia que observa y clasifica el cuerpo, sino también como un dispositivo que lo interviene y regula. Castel (citado por Bermúdez, 2014) afirma que “la medicina firmemente afincada en el hospital producirá, en un movimiento tan científico como político, un estatuto de hombre normal y sano, infame para nuestros cuerpos” (p. 20). Esta clasificación estableció categorías contrapuestas —cuerpo sano y cuerpo enfermo— que estructuraron las prácticas médicas y las normas sociales. Según Bermúdez (2014) “la medicina estaba encargada de decidir cómo debían ser los cuerpos (...) qué es lo sano y qué es lo enfermo” (p. 19), configurando un sistema que etiquetaba y disciplinaba a los individuos. El cuerpo, en palabras de Foucault (2002), se convierte en “objeto y blanco de poder (...) cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican” (p. 125).

En Uruguay, durante la década de 1950, el Hospital Vilardebó se erigió como un espacio donde estas dinámicas adquirieron forma y se materializaron. Las prácticas psiquiátricas no solo buscaban tratar enfermedades, sino también moldear comportamientos y normalizar a los individuos. Al comienzo de la *clase II*, Barindelli y Tobler exponen algo a destacar. Según ellos, se visualizó un cambio en el paradigma hegemónico de la asistencia psiquiátrica, lo cual narran como la: “Historia de la asistencia de los enfermos mentales; 1° Etapa que corresponde al período de incompreensión o coercitivo, 2° Etapa de liberación física o de Pinel, 3° Etapa de liberación psíquica o de Simon” (Barindelli & Tobler, 1956, p. 9). Desarrollando estas etapas bajo un ideal progresista, y por ende, como estadíos previos ya superados de una comprensión limitada del fenómeno, hasta la denominada *Etapa 3*, que sostiene la verdad y la mejor forma de tratar a los enfermos mentales.

Vagamente, se relata la *Etapa 1* como un momento social que, bajo el desconocimiento sobre las enfermedades y *los locos*, utilizaban “la fuerza, como único recurso para reducirlos y dominarlos” (p. 10), a estos seres *peligrosos*, que encontraron

explicación solo en narrativas derivadas de “la religión, la magia y los poderes sobrenaturales” (p. 10), donde su atención se limitaba a la exclusión, aislación, o incluso “se llegó a apalearlos y hasta a destruirlos por el fuego” (p. 10). La 2° *Etapa*, enmarcada en la figura del Dr. Pinel, un francés que desarrolló un programa de *puertas abiertas*, “se caracterizó principalmente por un sentimiento “paternal”, no por una orientación científica” (p. 12), buscando liberar a los enfermos, en parte, de sus malas condiciones asilares; en el entendido de que no podían quedarse encerrados únicamente en sus celdas, sino que, debían transitar la ciudad y con ello, la *normalidad*. “Se abren las puertas, se quitan las rejas, (...) permitiendo el libre ambular y hacer de los enfermos (...). Fácil nos resultará comprender los serios trastornos que dichos procedimientos trajeron a la sociedad” (p. 11). Es interesante en esta cita remarcar el énfasis que se hace en el bienestar de la sociedad, sin siquiera plantear el posible beneficio que éste método podía tener en el enfermo. Bajo las críticas sociales que acompañaron esta etapa, se complementa y limita el tránsito en las ciudades por parte de los *locos* con la “*Clinoterapia* (de clino — cama y terapia — tratamiento)” (p. 11). Este tipo de terapéuticas pasivas, a las que enmarcaron posteriormente como *tratamiento*, demuestran que “con el sistema *pasivo*, el hospital se convierte en un excelente terreno donde crece y florece toda la patología mental” (p. 19). Lo cual, luego de experimentarse, se vio que era potencialmente iatrogénico, o en palabras de Barindelli y Tobler (1958):

Si bien es cierto que por un lado, la permanencia en cama facilita la observación psiquiátrica en el caso del entrante y los cuidados médicos en el caso de la lesión orgánica, no es menos cierto por otro, que dicha permanencia cuando se prolonga por semanas y meses puede traer al enfermo físicamente sano, los trastornos que significa la falta de ejercicio, que actúa en detrimento de las distintas funciones orgánicas, tales como la digestión, respiración, etc (...) Desde el punto de vista asistencial, el enfermo es *pasivo* y el establecimiento que lo alberga también es *pasivo*. (p. 12)

Aquí, el ejercicio se plantea como facilitador y protector de diversas *funciones orgánicas* y vitales. Poco importa, entonces, desde esta concepción, el ejercicio per se, el cual es entendido únicamente como un medio para lograr la perdurabilidad del cuerpo del *loco*. ¿Si cualquier ejercicio valía, por qué traer a la Educación Física a la ecuación? Seguramente, porque la Educación Física de la época, también respaldaba este tipo de

afirmaciones de índole “deporte es salud”, y tal vez fue esa afinidad la que tejió el encuentro, posibilitando el diálogo entre disciplinas.

La superación de estos paradigmas llegó con la 3^o *Etapa*, enmarcada en las nociones impulsadas por el Dr. Hermann Simon, y relatadas por Barindelli y Tobler (1958):

si bien es cierto es de gran importancia la libertad para el enfermo, no es menos importante el dictar normas y conductas dentro de las cuales encauzar esa libertad. Dichas normas y conductas deben tener como base principal el conseguir despertar y desarrollar en el enfermo el sentido de la responsabilidad y el sentido de los deberes y derechos que lo asemejan en lo posible a un ser normal en una sociedad normal. (p. 13)

Normas y conductas, posiblemente los estandartes de cualquier civilización, de cualquier cultura. El *loco* molesta, irrumpe, porque es un otro, el cual no comprende, o por lo menos, no sigue, las normas preestablecidas, muchas de ellas arbitrarias, ilógicas e incomprensibles, que las *sociedades normales* imponen y perpetúan. Por ende, el *loco* deja de ser *loco* para ser *normal*, en parte, cuando sigue estas normas, en ese punto, merece y puede ser *libre*.

Para lograr *despertar y desarrollar* estas *normas y conductas*, se debía pasar de un modelo clínico *pasivo* a uno *activo*, ya que “activación no es sólo ocupación, sino ocupación más medio ambiente social adecuado” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 20). Puesto que, como bien expone el artículo en la Revista de Psiquiatría, “Los factores sociales en los desequilibrios de la salud mental” del Dr. Jose Belbey (1958):

la psiquiatría contemporánea no solo consideraba la unidad psicósomática de la persona, sino también la unidad psicósomática social, entendiendo con ese último término, todos los factores extrínsecos que actúan favorable o desfavorablemente (...), cada enfermo está ligado al mundo físico y moral (...) que lo integra, lo abarca y actúa elástica y dinámicamente sobre su cuerpo. (p. 25)

Esto refleja una concepción del cuerpo no aislada, sino profundamente enraizada en un entramado social que condiciona tanto su tratamiento como su control. Son estos discursos los que refuerzan Barindelli y Tobler (1958) al sostener que “todo ser vivo tiende a adaptarse al medio” (p. 23) alegando que “el hombre a su vez, no escapa a esta

ley y se adapta física y psíquicamente al mundo en que habita, ya sea ese mundo grande o pequeño o bien se encuentre sano o enfermo” (p. 23). Esto devino en la necesidad de reorganizar un *establecimiento activo*, dentro del Hospital, como exponen Barindelli y Tobler (1958):

hay que luchar contra el síntoma, contra el enfermo que por su propia enfermedad no tiene interés en “levantarse”, en vivir de nuevo, en reintegrarse a la sociedad. (...) Entonces nosotros seremos activos y nuestros enfermos al “levantarse”, al caminar, al divertirse, será un enfermo activo, bien distinto al pasivo. (p. 35)

Esta noción de *luchar contra el síntoma y contra el enfermo*, equiparando al *enfermo* con el mero síntoma, incorporándolo⁸ completamente en la otredad. Una otredad que, desde luego debía ser combatida, para poder *vivir de nuevo*, en la lógica de que la vida solo tiene valor en tanto es normativa y, por consiguiente, correcta, del lado del bien, de la razón, de los *cuerpos activos* que *caminan y se divierten*.

En este marco, el cuerpo del *enfermo* se transformaba en un objeto de vigilancia, corrección y regulación, pero también de posibilidad. Esta posibilidad se potencia al desplegar una visión más amplia y compleja de la atención psiquiátrica: *la atención integral del enfermo mental*. Entendiendo, por ello, al acoplamiento de la asistencia y el tratamiento; es decir, de los recursos activos y pasivos (respectivamente) para su estimulación. Como desarrollaremos más adelante, es importante destacar que “La activación constituye la principal finalidad de la LABORTERAPIA” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 7), aunque, no por ello, se debe descuidar el tratamiento, ya que, “estos dos aspectos básicos [atención y tratamiento], qué unidos constituyen lo que denominamos la *atención integral del enfermo*, cuya realización debe ser el ideal de todo terapeuta” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 17), y, por ende, deben coexistir.

Según Barindelli y Tobler (1958), “desde el momento que ingresa el enfermo debe acostumbrarse a que en el establecimiento haya una disciplina y un régimen de orden y ocupación” (p. 104), una afirmación que revela el carácter profundamente normativo del Hospital Vilardebó. Este régimen de disciplina, más allá de ser una estructura de control,

⁸ Incorporar en sus dos acepciones, por un lado, incluir o agregar; pero también, en tanto, hacer cuerpo.

se convierte en un dispositivo de normalización. Al ingresar, el cuerpo del paciente no solo se enfrenta a la enfermedad, sino a la obligación de conformarse a un orden social y moral. El hospital se erige, entonces, como un espacio donde, bajo la apariencia de tratamiento, se ejercen relaciones de poder que buscan no solo curar, sino también transformar al enfermo, sujetándolo a las normas de lo aceptable y lo normal.

La disciplina no se limitaba al tiempo de hospitalización. Cloutier (1962) señala que, “terminado el periodo de hospitalización se debe seguir controlando al enfermo tanto tiempo como sea necesario” (p. 11). Entendiendo acá al control de manera consciente y prescriptiva, ya que, hasta principios del siglo XX, se entendía que la dominación del cuerpo por el poder debía ser intensa, implacable y minuciosa, ejerciéndose de manera continua y visible (Foucault, 1980, p. 106), aunque podríamos afirmar, que las sociedades panópticas en las que nos movemos permiten “hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción” (Foucault, 2002, p. 185).

El hospital, en este sentido, no solo se concebía como un espacio terapéutico, sino también como un mecanismo de control disciplinario. Según Foucault (2003), el hospital opera como un sistema que impone un régimen específico, eliminando cualquier elemento que pueda provocar una manifestación violenta o caótica de la locura. Este régimen buscaba no solo curar, sino también corregir y reinsertar al sujeto en un orden social predeterminado. En palabras de los propios Barindelli y Tobler (1958): “Nuestra principal misión consiste en procurar la curación de su dolencia, (...) tratando de poder llegar a reintegrarlo cuanto antes al medio social normal” (p. 28). Entonces, ¿hasta qué punto este espacio terapéutico puede considerarse genuinamente curativo de la dolencia? ¿O se trata más bien de una forma de adaptación forzada al orden social establecido, es decir, a ese denominado *medio social normal*? El hospital no solo intenta sanar, sino también ajustar al enfermo a los parámetros de una salud ideal en una sociedad que, en muchos casos, muestra poco espacio para la diferencia o la disidencia.

En este sentido, el cuerpo de los pacientes en el Vilardebó se erigía como un terreno de disputa, donde los discursos médicos y psiquiátricos operaban para inscribir en él un orden normativo. Como afirma Foucault (1980) “el cuerpo está aprisionado en una serie de regímenes que lo atraviesan; está roto por los ritmos del trabajo, el reposo, las fiestas; está intoxicado por venenos —alimentos o valores, hábitos alimentarios y leyes morales todo junto; se proporcionan resistencias” (p. 19). Un cuerpo que es atravesado

pero también tensionado. En ese juego de inscripciones y resistencias, el hospital no sólo curaba cuerpos, sino que los esculpía.

Como veremos más adelante, estas prácticas no solo buscaban moldear los cuerpos según los ideales de orden y productividad, sino que también establecían una frontera clara entre lo *normal* y lo *anormal*. Esta distinción, lejos de ser neutral, estaba cargada de significados sociales y culturales que justificaban la intervención sobre aquellos considerados desviados de la norma. La siguiente sección indagará cómo se construyeron estas fronteras y cómo operaron en el contexto de la Psiquiatría uruguaya de mediados del siglo XX, explorando las tensiones entre la normalización y la exclusión, y cómo estas dinámicas se inscribieron en los cuerpos de quienes eran considerados *anormales*.

3.2. Entre la cordura y el abismo: la frontera del cuerpo anormal

Como se expuso anteriormente en el Problema de Investigación, la Psiquiatría del siglo XX, no solo interviene sobre los cuerpos, sino que “debió cosificar la locura como enfermedad; tuvo que patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones de la locura” (Foucault, 2007, p. 115) construyendo las categorías de *normal* - *anormal* como categorías sociales profundamente imbricadas con las instituciones y discursos de poder.

En este marco, la construcción del cuerpo *anormal* se sustentó en categorías profundamente impregnadas de valores culturales. En “*Introducción a la psicopatología*”, el doctor Honorio Delgado (1952) afirmaba que “en principio, el criterio de anormalidad en psicopatología debe ser puramente descriptivo” (p. 30), pero esta postura se contradice con la manera en que las instituciones legitimaban estas categorías. Barindelli y Tobler (1958) destacaban que “ser enfermo es siempre malo, pero serlo mentalmente es mil veces peor y no por la afección en sí, sino por la decepcionante incompreensión de que hacen gala los sanos para con el alienado” (p. 249). Este juicio social contribuyó a que el cuerpo *anormal* fuera percibido como un objeto de exclusión, bajo una lógica que no solo trascendía el ámbito clínico, sino que también actuaba como una herramienta para reforzar moralmente las fronteras de lo aceptable.

Es en este marco, la Psiquiatría uruguaya incorporó progresivamente una mirada más amplia sobre la enfermedad mental. La introducción de una perspectiva integral dentro de la Psiquiatría, estuvo acompañada de transformaciones en las dinámicas institucionales. La enfermedad comenzó a concebirse como un fenómeno complejo que

requería un enfoque integral. En este sentido, Isidro Más de Ayala⁹ (1949), destacado psiquiatra, investigador y profesor uruguayo, sostiene que la Medicina de la época aspiraba a un entendimiento holístico al afirmar que:

la actual medicina, psicosomática y somatopsíquica: total, sintética, comprensiva (...) busca el conocimiento profundo de la personalidad del enfermo en todos sus aspectos bio-fisio-psico-social, puesto que de cada uno de ellos puede provenir el agente, la herida o la injuria que lo enferme. (p. 19)

Desde otro enfoque, Fracassi (1949) describió al ser humano como “un complejo psico-soma-social, vale decir, una unidad cuerpo-alma integrada en el mundo que lo rodea” (p. 13), una concepción similar a la planteada anteriormente por autores como Domínguez et al. (1950), quienes —como se mencionó anteriormente— consideraban al individuo como una totalidad biológica, con su personalidad total (p. 22). Esta visión mutó hacia una concepción holística que tensionaba la dicotomía cartesiana más dicotómica y concebía al individuo como una totalidad indivisible (Cloutier, 1962, p. 5).

Durante la década de 1950, el hospital se consolidó como un espacio donde se ensayaban diversas prácticas, alineadas con las corrientes internacionales que promovían la intervención sobre el soma como medio para mejorar la salud mental. Según Barindelli y Tobler (1958), “la Laborterapia no solo busca rehabilitar al paciente, sino también normalizar sus comportamientos y adaptarlos a las expectativas sociales de la época” (p. 6). Este enfoque refleja una concepción del cuerpo como un instrumento de productividad, donde la actividad física y el trabajo se convierten en herramientas para la reinserción social.

La evolución de las prácticas psiquiátricas durante este período también refleja un cambio en la concepción del tratamiento. Como señala Cloutier (1962), “la evolución de la Psiquiatría desde hace más o menos un siglo puede resumirse en tres períodos: descriptivo, dinámico y social” (p. 4). Este enfoque social implicaba una mayor atención a la reintegración del paciente en su entorno, lo cual se reflejaba en las prácticas de

⁹ Quien a su vez fue el encargado de escribir el prefacio en “*Laborterapia Psiquiátrica; Curso para Auxiliares*” (1958) de los doctores Barindelli y Tobler.

somaterapia. Según Ramírez (1964), “lo fundamental en la terapéutica moderna de un enfermo psiquiátrico consiste en mantenerlo conectado con su mundo social, lo que implica ocuparse personalmente de él, que se le inserte en el ambiente de la realidad a través de tareas, del contacto con otros hombres sanos y enfermos” (p. 9). Este enfoque holístico buscaba no solo curar al paciente, sino también restablecer su identidad, así como su capacidad de ser protagonista en su propia vida.

La humanización de los tratamientos se convirtió en un factor clave en la recuperación de los pacientes. Como relatan Marcolini y Michelini (2014), “la humanización de la persona actúa como un factor de curación” (p. 8). Este enfoque humanista se reflejaba en la gradual eliminación de prácticas coercitivas “ya a partir de los sesenta se había comenzado a abandonar el uso de manoplas, el chaleco de fuerza, el torniquete y el uso de sábanas para atar a los pacientes” (p. 93).

En su lugar, se promovía un tratamiento más integral, donde las somaterapias jugaban un papel central en la rehabilitación y la reinserción social del paciente; en parte, esto es dado por los cambios de sensibilidades y los presuntos resultados positivos atribuidos a estas prácticas. Como afirma Ramírez (1964) en relación con las prácticas pasivas de tratamiento: “la terapéutica moderna va más allá. A través de mantener al enfermo ocupado en tareas, en diversas formas de terapéutica ocupacional (ludoterapia, ergoterapia, actividad artística, etc.), las posibilidades de manejar y curar a los enfermos han aumentado” (p. 9).

El Hospital Vilardebó, como principal institución psiquiátrica del país, fue un espacio donde estas dinámicas se materializaron. Si bien desde la década de 1960 se comenzaron a abandonar prácticas coercitivas, como el uso de chalecos de fuerza y torniquetes (Marcolini & Michelini, 2014, p. 93), la vigilancia sobre el cuerpo del paciente no desapareció. En palabras de Cloutier (1962) “el hospital puede llegar a ser un instrumento de curación, no solamente una prisión” (p. 10), pero este cambio implicaba nuevas formas de regulación. La integración de los pacientes al tejido social a través de tareas y actividades, descrita como un avance humanizador (Ramírez, 1964, p. 9), operaba también como un mecanismo para reforzar la frontera entre la cordura y el abismo de la *anormalidad*.

Estas terapias, que intervenían directamente sobre el cuerpo con el objetivo de influir en el estado psíquico del paciente, se fundamentaban en la idea de que “los

fenómenos orgánicos y psíquicos no son causa y efecto, sino simultaneidad dentro de la expresión biológica” (Zeno & Pizarro Crespo, citado por Domínguez et al., 1950, p. 21). En este contexto, el cuerpo del paciente no solo era tratado como un medio para alcanzar la cura, sino también como un objeto de regulación y control, ya que, “en el cuerpo o soma asientan —el alma y el espíritu— y debemos considerarlos como unidad vital funcional y dinámico, como actuando en totalidad” (Da Costa, 1957, p. 10). Las somaterapias en el Hospital Vilardebó, como se expone en el siguiente apartado, se convirtieron en herramientas tanto terapéuticas como disciplinarias, donde la recomposición de la *normalidad* era un proceso tan médico como político, buscando moldear el cuerpo hacia un ideal de *normalidad* que respondía a las exigencias sociales de la época, reforzando la idea de que la salud física y psíquica eran inseparables y retroalimentadas.

En última instancia, la construcción del cuerpo *anormal* en el Vilardebó no se limitó a una definición clínica. Fue el resultado de un proceso histórico en el que los discursos médicos, las normas sociales y las prácticas institucionales convergieron para delinear no solo qué cuerpos eran considerados desviados, sino también cómo debían ser tratados, controlados y, en última instancia, normalizados.

3.3. Somaterapias y el control sobre el cuerpo

A mediados del siglo XX, las *somaterapias* se consolidaron como una de las estrategias clave en el tratamiento de los enfermos en el Hospital Vilardebó. En este contexto, Barindelli y Tobler (1958) emplean el término *enfermo* al señalar que “el enfermo para el laborterapeuta, es realmente un binomio a manejar. Por un lado, está el estudio del sujeto y por otro el estudio del medio ambiente” (p. 112). Las prácticas terapéuticas, sustentadas en un enfoque integral del enfermo, no solo abordaban la enfermedad mental desde su dimensión psíquica, sino que también intervenían en las esferas física y social de los individuos en consonancia con la perspectiva integral que orientaba la Psiquiatría de la época.

En este marco, las *somaterapias* no se limitaban a la resolución de síntomas físicos localizados; más bien, se concebían como herramientas para la normalización integral del paciente. Esto implicaba restablecer no solo la salud biológica, sino también la capacidad del individuo para cumplir con las expectativas sociales y culturales de la época. La salud, en este sentido, trascendía lo clínico para integrarse en un proyecto de reordenamiento

social que reforzaba valores de disciplina, productividad y moralidad. El cuerpo del paciente, entonces, se convertía en el punto de convergencia entre las demandas terapéuticas y las necesidades de control normativo. Tal como describe Foucault (2003): “La medicina no debe ser solo el ‘corpus’ de las técnicas de la curación y del saber (...) desarrollará también un conocimiento del hombre saludable (...) a la vez una experiencia del hombre no enfermo, y una definición del hombre modelo” (p. 61).

En el Vilardebó, estas concepciones tomaron forma a través de una amplia variedad de prácticas. Según Barindelli y Tobler (1958), las somaterapias podían clasificarse en dos grandes categorías: *terapias pasivas* y *terapias activas*. Las primeras incluían intervenciones como el electroshock, los comas insulínicos y el uso de fármacos como la clorpromazina, donde el paciente era un sujeto pasivo en el proceso terapéutico, y se intervenía sobre él. O en palabras de Barindelli y Tobler (1958):

Significa que cuando en un establecimiento no se realiza una terapéutica ocupacional, cuando al enfermo solo se le hace una terapéutica física, como lo constituye la aplicación de insulina, electroshock, cardiazol, etc., y todo lo que sea necesario desde el punto de vista médico, no se hace otra cosa que cumplir con la parte biológica pura, es decir, se atiende únicamente su cuerpo. Cuando el enfermo mejora, abandona la cama y comienza a caminar, a deambular por el establecimiento, en ese momento ya nadie se ocupa de él. (p. 34)

Por otro lado, las *terapias activas*, como la Laborterapia, la Gimnoterapia y otras actividades físicas, requerían la participación activa del paciente en su propio tratamiento, promoviendo no sólo la recuperación física, sino también la reinserción social a través de la actividad productiva y lúdicas. Foucault (2002) describe esta dinámica como una actividad de juicio constante:

La actividad de juzgar se ha multiplicado en la medida misma en que se ha difundido el poder normalizador. Conducido por la omnipresencia de los dispositivos de disciplina (...) Nos encontramos en compañía del profesor-juez, del médico-juez, del educador-juez (...) todos hacen reinar la universalidad de lo normativo, y cada cual en el punto en que se encuentra le somete el cuerpo, los gestos, los comportamientos, las conductas, las actitudes. (p. 284)

Las *terapias activas* se caracterizaron por utilizar la actividad física como herramienta terapéutica para abordar los síntomas clínicos. Como señalan Barindelli y Tobler (1958), el objetivo de la activación del paciente mediante la actividad física no es solo mejorar su estado clínico, sino también modificar su conducta para ajustarla a las exigencias sociales (p. 17). Esta rutina no era arbitraria, sino que respondía a un marco social que privilegiaba la reintegración del individuo en un sistema basado en la productividad y el orden. Además, Barindelli y Tobler (1958) enfatizan que “no toda ocupación es activación” (p. 20), lo cual subraya la importancia de distinguir entre actividades que simplemente mantienen ocupado al paciente y aquellas que buscan una verdadera transformación en su conducta y su relación con el entorno. En este sentido, la Gimnoterapia y otras prácticas del cuerpo se ofrecieron con fines no sólo de mejora de la condición física del paciente, sino que también lo preparaban para enfrentar las exigencias de la vida social (p. 32).

Las somaterapias activas en el Hospital Vilardebó, entonces, no solo reflejaban un interés terapéutico, sino también un proyecto normativo más amplio. A través de estas intervenciones, el cuerpo se convertía en el espacio donde se negociaban las fronteras de la *normalidad*, la ciudadanía y la pertenencia social. Así, las somaterapias se configuran como dispositivos de poder que operaban en el espacio donde se definían los límites de la salud, la *normalidad* y la ciudadanía aceptable.

4. EL ARTE DE MOLDEAR CUERPOS ACTIVOS: LA LABORTERAPIA

La implementación de la Laborterapia en el Hospital Vilardebó estuvo influenciada por corrientes internacionales, particularmente por la experiencia del Dr. Hermann Simon en el Hospicio de Gütersloh, Alemania. Simon reorganizó los espacios terapéuticos para integrar el concepto de “ocupación” en un sentido amplio, priorizando una visión integral que iba más allá del trabajo como única actividad válida. Según Antonio Sicco (1928):

Por más que la mayor parte de la actividad del enfermo está constituida por el trabajo, el doctor Simon evita emplear el término de 'Arbeitstherapie' (Laborterapia) y lo substituye por el de 'Beschäftigungstherapie' (Terapéutica por la ocupación). Este término es más amplio y comprende también los ejercicios, los juegos, los entretenimientos que forman una parte de esta actividad. (p. 542)

En este sentido, las prácticas de Laborterapia promovían una rehabilitación basada en la activación del paciente. Barindelli y Tobler (1958) subrayaron la necesidad de actividades terapéuticas estructuradas que “reforzaran el vínculo entre el paciente y su entorno social inmediato, asegurando un proceso de reintegración funcional y progresiva” (p. 46). Dichos autores también plantearon que la Laborterapia debía enfocarse en “estimular las capacidades latentes del paciente, permitiéndole reconstruir un sentido de pertenencia y utilidad en su entorno social inmediato” (p. 50). Este enfoque reflejaba una concepción del cuerpo como un instrumento de productividad, donde la actividad física y el trabajo se convertían en herramientas para la reinserción social.

Barindelli y Tobler (1958) referenciaron a la Laborterapia, destacando que “Simon reorganiza el establecimiento, agregando a la atención médica de la enfermedad en sí, la aplicación de la ‘ocupación’ con el fin de lograr una recuperación integral del enfermo, que le permitirá su reintegración al medio social normal” (p. 13). Esta afirmación permite pensar la Laborterapia por fuera de la Medicina per se, o al menos, arraigar la idea de que no se concibe como un sustituto de ella, sino más bien, complementaria.

En esta línea, los autores continúan: “La palabra ‘ocupación’ adquiere así un nuevo sentido y comprende toda tarea o trabajo que sea capaz de mantener en actividad al enfermo con provecho para sí” (p. 13). No obstante, en Uruguay se mantuvo el término *Laborterapia*, lo que podría reflejar tanto una limitación práctica como una preferencia ideológica. Este término, cargado de simbolismo, se formaba con los valores predominantes de la época, que priorizaban la productividad y relegaban a un segundo plano otras formas de ocupación, como los juegos y la gimnasia, que Simon y otros teóricos ya habían identificado como fundamentales para un enfoque terapéutico integral.

En este marco, Ema Pereyra, citada por Barindelli y Tobler (1958), señaló: “La *Laborterapia* o si ustedes prefieren llamarla como yo ‘*terapia ocupacional*’¹⁰, comprende no solamente la laborterapia que es la terapéutica por el trabajo sino también la terapia recreacional y de diversión” (p. 258). Este reconocimiento ampliaba las posibilidades de intervención, aunque en la práctica el trabajo seguía siendo el eje central en el Hospital Vilardebó. Para este trabajo de tesina, se hará un énfasis particular en las prácticas del cuerpo vinculables con cierta linealidad a la Educación Física, como la Gimnoterapia, la Ludoterapia y las actividades deportivas. Estas prácticas representan un “resto” que desborda los límites estrictos de la *Laborterapia*, evidenciando un enfoque más amplio que incluía actividades recreativas y formativas.

En este contexto, el trabajo y la ocupación se erigieron como ejes centrales de rehabilitación y disciplinamiento. Como señalan Barindelli y Tobler (1958), el objetivo de la *Laborterapia* era “producir realmente algo útil, y sobre todo que se perciba la utilidad de lo hecho” (p. 61). Este enfoque refleja una concepción del cuerpo como un instrumento de productividad, donde la actividad física y el trabajo se convierten en herramientas para la reinserción social. El trabajo se presentaba como un medio de sublimación y compensación, permitiendo al individuo liberar energías psíquicas insatisfechas. Como explica Mas de Ayala (1943) “la sublimación permite conservar el significado intencional del acto deseado a pesar de que este realmente no se realiza. Es un proceso de compensación que permite al individuo liberar energías psíquicas insatisfechas” (p. 25). Este enfoque conectaba la actividad laboral

¹⁰ Se debe evitar amalgamar los términos “Terapia por la ocupación” o “Terapia Ocupacional”, con el concepto moderno de *Terapia Ocupacional*, ya que pueden derivar en conceptualizaciones sensiblemente distintas.

con la reintegración social del paciente, subrayando la importancia de actividades significativas que vinculaban al paciente con su entorno.

En la obra Mas de Ayala (1943), se evidencia la importancia que se le otorgaba en el ámbito psiquiátrico al combate de la ociosidad, entendida como uno de los orígenes de la locura y la enfermedad. En su libro argumentaba que “un hombre desocupado, ocioso, jubilado o rentista, que no descarga su energía psíquica en asuntos exteriores, no tarda generalmente en padecer, al poner su atención inempleada sobre sí mismo” (p. 87). Esta concepción reflejaba una sociedad que privilegiaba el trabajo como valor central en la construcción de la ciudadanía.

Para Mas de Ayala (1943), la ociosidad no era solo un problema individual, sino también social. Afirmaba que “el hombre atareado, con el espíritu puesto en algún problema o propósito de interés, no repara en esos pequeños dolores o ínfimos malestares físicos que son, por el contrario, la preocupación obsédante y permanente de las personas ociosas” (p. 87). Esta lógica vinculaba la actividad productiva con la salud mental y justificaba prácticas como la Laborterapia en el Hospital Vilardebó.

4.1. Entre engranaje y cuerpo: las prácticas del cuerpo subsidiarias del trabajo

El cuerpo en el Hospital Vilardebó oscilaba entre dos fuerzas, en principio, tangentes: la promesa de la recuperación y la rigidez de un engranaje que lo volvía funcional para el orden social. La Laborterapia, concebida como una vía de rehabilitación, se convirtió en el epicentro de esta paradoja. El trabajo podía ser una herramienta de integración, pero también un mecanismo de alienación, una maquinaria que ajustaba al *loco productivo* al ritmo de la fábrica, del hospital y del Estado. Si bien se presentaba como una estrategia terapéutica, no pueden ignorarse las críticas a esta práctica en su forma más instrumentalizada.

Hacia finales de la década de 1950, la frontera entre la terapia y la utilidad económica comenzó a desdibujarse, según argumentan Apud, Borges y Techera (2010), la Laborterapia había derivado en prácticas de explotación, donde “la fábrica de zapatos, jabones, carpintería y herrería de toda Salud Pública [se sustentaba] en la esclavización de los enfermos que trabajaban para Salud Pública y no se les pagaba nada” (p. 62). Este punto resulta llamativo, ya que Barindelli y Tobler (1958) criticaron que en algunos establecimientos “se piensa en hacer trabajar a los enfermos, sin discriminar sobre su estado y capacidad física y psíquica (...) cometiendo el error de hacerlos trabajar con fines utilitarios, teniendo sólo en cuenta el beneficio que de su trabajo podía obtener el establecimiento” (p. 12).

Esta aparente contradicción posibilita tensionar ambos discursos, ya que, si bien los doctores Barindelli y Tobler advertían sobre el riesgo de implementar la Laborterapia con fines productivos, existen vestigios que permitieron que autores como Apud, Borges y Techera (2010) dieran cuenta de que esta utilización productivista efectivamente existió. Entonces, ¿acaso fue una desviación de los principios terapéuticos o una consecuencia inevitable de un sistema que necesitaba justificar su propia existencia? Es más, ¿cómo podría haberse consolidado un modelo terapéutico, a través del trabajo, despojado taxativamente de una utilidad productiva? ¿Qué rol pudieron haber tomado las prácticas del cuerpo como la Gimnoterapia en este desarrollo despojado de la idea de productividad?

Ya que, si el trabajo fue el eje de control y rehabilitación, ¿Qué papel jugaron aquellas prácticas del cuerpo que escapaban a la lógica productiva per se? En este punto, Raitzin (1930) advertía sobre los peligros de centrar exclusivamente la terapéutica en la Laborterapia, señalando que "es un error creer que es suficiente la laborterapia sola (...) para llenar todos los fines de la terapéutica y todas las necesidades de higiene psíquica y corporal que tiene el alienado" (p. 763). Según el psiquiatra, la gimnasia, los deportes y los juegos ofrecían una oportunidad única para actuar sobre el "dinamismo psíquico perturbado" (p. 765), promoviendo un estado de "euritmia, de equilibrio físico y mental que, desde los griegos, sigue siendo el ideal de la perfección humana" (p. 771). En este sentido, el cuerpo no debía ser solo un mecanismo de producción, sino también un espacio de expresión, de juego, de resistencia a la mecanización.

Raitzin (1930) también criticaba la falta de transición entre las terapias ordinarias y la Laborterapia, señalando que es evidente que el sistema terapéutico actual, en el ámbito psiquiátrico y hospitalario, presenta un error fundamental al pasar directamente de la terapéutica convencional a la Laborterapia, omitiendo las fases intermedias que corresponden a la implementación gradual de la gimnasia, los deportes y los juegos. Para el autor, por motivos tanto biológicos como psicológicos, esa etapa debería preceder a la Laborterapia en el tratamiento de los *pacientes psicóticos*, si se pretende seguir un enfoque lógico en los métodos utilizados. Sin embargo, también señalaba que precisamente en las instituciones que basan su tratamiento en la Laborterapia es donde resulta más relevante señalar esta disfunción y la necesidad de aplicar un tratamiento racional que esté en consonancia con los principios biológicos de la patología psíquica (p. 773).

Incluso en el marco formativo de *Laborterapia Psiquiátrica; Curso de Auxiliares*, la prioridad otorgada a las tareas laboriosas sobre otras prácticas del cuerpo evidenciaba ésta centralidad del trabajo: “No nos es posible dedicar al análisis de la Gimnoterapia y de las distracciones, un número de clases equivalente al de tareas (...).” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 266). Esta discontinuidad narrativa en los programas terapéuticos es reveladora. Aquello que ya se discutía como esencial en 1930 parece haber sido desplazado en las décadas siguientes por una obsesión con el trabajo como única vía de normalización, donde, como ya advertía Raitzin (1930) “la terapéutica del trabajo, la laborterapia (...), ha absorbido por completo la atención de los alienistas, limitando su acción a esta única forma de higiene mental” (p. 762). Por lo tanto, cabe preguntarse: si la Gimnoterapia ofrecía un espacio de eutritmia, ¿por qué quedó opacada por la inercia de la Laborterapia? Si eran el juego y la gimnasia quienes insinuaban otra posibilidad, ¿por qué relegarlos? ¿Por qué encorsetar al cuerpo, no en nombre del placer y la espontaneidad de existir sin una finalidad concreta, sino en nombre del orden y la eficiencia?

Tal como Raitzin (1930) alertaba, “la laborterapia sola y a destajo no es, ni puede ser, la única solución (...) si se quiere salvar al alienado como ‘hombre’ de la mecanización fría del insano como ‘sujeto’” (p. 764). Esta afirmación ¿no resuena en el contexto del Hospital Vilardebó, donde la promesa de la rehabilitación se cruzaba con la lógica de la productividad, atrapando al cuerpo del paciente en un engranaje que no siempre diferenciaba entre la cura y explotación?

En este sentido, si la Laborterapia se erigió como un mecanismo de normalización, las prácticas del cuerpo que escapaban a la lógica productiva pueden leerse como formas de resistencia. La Gimnoterapia, la Ludoterapia y las actividades deportivas emergen como un *resto* que desborda los límites estrictos de la Laborterapia; espacios donde el cuerpo en principio, deja de ser una herramienta de trabajo para convertirse en territorio de juego, de expresión, de posibilidad. Así, lo que en un momento fue relegado como secundario, como un mero entretenimiento, puede abrirse ahora como un horizonte para pensar la locura y el cuerpo desde otro lugar: no como un engranaje, sino una potencia.

5. LAS PRÁCTICAS DEL CUERPO COMO TÉCNICAS TERAPÉUTICAS, LA CLASE XXV

En el programa de Laborterapia del Hospital Vilardebó, las prácticas del cuerpo, lejos de estar conceptualizadas con la rigurosidad teórica que exige la episteme moderna respecto a la Gimnasia, el Juego y el Deporte, aparecen amalgamadas dentro de un entramado de etiquetas difusas, con imprecisiones que evidencian una falta de distinción clara entre sus posibilidades y alcances, presuntamente terapéuticos. Estas ambigüedades podrían responder a un abordaje en el que las prácticas —hoy arraigadas al campo de la Educación Física— se integran parcialmente dentro de un programa más amplio, el de la Laborterapia, donde en ciertos casos se prioriza el trabajo productivo por sobre otras modalidades de intervención o prácticas del cuerpo; un cuerpo que no se concibe meramente como un ente biológico, sino como el epicentro de una compleja red de intervenciones terapéuticas, en el que confluyen poder, resistencia y activación.

El curso de auxiliares de Laborterapia Psiquiátrica, transcrito por Barindelli y Tobler en 1958, es revelador en este sentido. De sus 25 clases registradas¹¹, solo una se dedica explícitamente a estas prácticas, englobándolas dentro de la Gimnoterapia, que se presenta como un término paraguas que abarca indistintamente actividades deportivas, recreativas y gimnásticas, sin una distinción clara. Esta falta de claridad conceptual refleja una tensión entre la intención de modernizar las prácticas del cuerpo y, posiblemente, la carencia teórica al respecto de estas prácticas. El análisis de la Clase 25 pone de manifiesto las imprecisiones en el tratamiento de las prácticas del cuerpo dentro del programa de Laborterapia.

Desde el inicio de la sesión, Barindelli y Tobler (1958) reconocen que “ellas son tan importantes como el trabajo terapéutico y que sólo razones de tiempo nos impiden darle la amplitud que requieren” (p. 266). Esta declaración sugiere que, a pesar de la intención de conferir a la Gimnoterapia, en su concepción más amplia, una relevancia comparable a la de

¹¹ Vale la pena señalar que los autores indican desde un principio que “El curso se desarrollará en treinta y seis clases” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 6). A su vez, al final del libro expresan que “pronto volveremos a reunirnos, para comenzar con la segunda parte de este Curso” (p. 282), pero es a partir de esta clase 25 que no se cuenta con más registros.

otras modalidades, en la práctica, la activación del cuerpo a través de estas prácticas se concebía más como un complemento que como un eje central del tratamiento psiquiátrico.

Esta tensión se agudiza al constatar que la Clase 25 es la última del curso, lo que parece ubicar a la Gimnoterapia en un lugar jerárquicamente relegado respecto a otras formas de Laborterapia. En la sesión de cierre, los autores destacan que “hemos hecho esta breve reseña, para que tengan una idea clara de la gran importancia de la Gimnoterapia en el Sistema Ocupacional” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 268). Esta declaración, que pretende conferir prestigio a la Gimnoterapia, contrasta con la superficialidad con la que se aborda el tema a lo largo del curso, evidenciando una disparidad entre la pretensión teórica y la realidad operativa. Así, se revela una contradicción inherente: aunque desde el discurso se intenta otorgar una importancia a la Gimnoterapia, los archivos demuestran que su papel era, por lo pronto, subordinado.

Barindelli y Tobler (1958) dividen a la Gimnoterapia en dos modalidades: una general, que engloba actividades *deportivas y recreativas*, y otra especializada, destinada a pacientes con condiciones específicas, como la *esquizofrenia catatónica*¹². Es interesante remarcar cómo se desplaza o se segrega, a los cuerpos distintos, aquellos que en principio pareciera que ya perdieron su posibilidad de ser útiles. Sin embargo, el curso no profundiza en las diferencias ni en los objetivos terapéuticos particulares de cada modalidad. Por ejemplo, en la modalidad general se afirma 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” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 267). Este énfasis en la competencia y la socialización podría interpretarse más como un objetivo orientado hacia la disciplina y la normalización, que hacia la intervención terapéutica propiamente dicha. Incluso cabe señalar que esta afirmación resuena con los enfoques predominantes de la época que circulaban también en el campo de la Educación Física.

En contraste, la modalidad especializada se describe como una *gimnasia adaptada a la enfermedad mental* (p. 268), sin que se detalle de forma precisa cómo esta adaptación se traduce

¹² “Es un cuadro, sobre todo, de carácter psico-motriz. Tiene alteraciones psíquicas evidentes, pero su motricidad está también alterada, no orgánica, sino funcionalmente modificada; no neurológica, sino psíquicamente trastornada” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 267).

en beneficios concretos para los *enfermos*. Esta falta de claridad conceptual sugiere una tensión entre la intención de modernizar las prácticas del cuerpo y la persistencia de enfoques tradicionales que, quizás, priorizaban la experimentación del terapeuta.

Asimismo, la Clase 25 podría subrayar la importancia de la Gimnoterapia en la *activación de los pacientes*, especialmente de aquellos que se encontraban en estados de *inercia*. Los autores sostienen que “teníamos que sacarlos de ese estado de inercia física y psíquica; solo duraban, había que hacerlos vivir y eso es posible cuando cada uno se siente único y al mismo tiempo, parte de un todo” (Barindelli & Tobler, 1958, p. 269). Esta cita puede interpretarse como un intento por simbolizar la doble aspiración de la Gimnoterapia: reactivar el cuerpo y, al mismo tiempo, reconectar al individuo con su contexto social. Sin embargo, dicha aspiración contrasta con la escasa profundización teórica y práctica que se le concede a la disciplina a lo largo del curso, la cual parecería quedar atrapada en un espacio intermedio: reconocida como útil, pero sin una estructura conceptual propia que la legitimara plenamente. Este lugar marginal en el programa, a pesar de su supuesto potencial, ¿respondía únicamente a una cuestión de prioridades y limitaciones de tiempo? O ¿a qué su marco conceptual no se integraba del todo en las categorías de saberes legitimados dentro del hospital? ¿O quizás una combinación de ambos factores, junto con otras tensiones institucionales?

Es relevante volver a observar, a entender al cuerpo, en el contexto del Hospital Vilardebó, como un territorio de intervención múltiple, donde convergen estrategias físicas, psicológicas y sociales. Barindelli y Tobler (1958) afirman que “la gimnasia estimula la función muscular y ya se sabe que siempre es necesario mantener el cuerpo en debidas condiciones” (p. 32). En esta afirmación se establece un fundamento higiénico y normativo, así como una paradoja: mientras que el término *estimular* remite a una acción activa, casi como un despertar, el término *mantener* sugiere una quietud, una conservación pasiva, como si el cuerpo fuera algo que resguardar sin alterarlo. Esta dualidad podría reflejar la tensión entre concebir el cuerpo como un objeto de mantenimiento y verlo como un medio para la transformación. Posteriormente, Barindelli y Tobler (1958) añaden que:

no es sólo 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 si 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. (p. 33)

En este pasaje se construye un espacio interpretativo en el que el cuerpo puede considerarse como mediador en la formación de lazos sociales y la afirmación de una identidad colectiva. De este modo, la figura del instructor se representa no solo como la voz de mando que regula el movimiento, sino también como un agente dentro de una red institucional que legitima y orienta esta práctica.

Siguiendo en esta línea, Barindelli y Tobler (1958) agregan que “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” (p. 267), lo que pone de manifiesto el carácter organizado de la Gimnoterapia y su inserción dentro de un marco normativo, sugiriendo —quizás— que el trabajo realizado por los profesores y profesoras estaba alineado con los estándares y métodos de la Educación Física de la época. Se vislumbra una posible tensión entre una disciplina impuesta y la oportunidad de una autonomía emergente que se plasma también en la dualidad de la práctica. Esto podría evidenciar la confrontación entre la individualidad y la colectividad, y evocar una intervención casi disruptiva orientada a reactivar la subjetividad.

Por otro lado, la Ludoterapia aborda el cuerpo desde una perspectiva que combina el entretenimiento y la liberación emocional. Barindelli y Tobler (1958) sostienen: “en lo que respecta a la ocupación predominantemente psíquica, diremos que, aunque muchas de ellas se realizan con las manos, en realidad el psiquismo es lo fundamental. Tal sucede en las distracciones, entretenimientos, juegos, etc., que se conocen con el nombre de Ludoterapia” (p. 33). La mención de *manos* establece una conexión ineludible entre lo físico y lo psíquico, subrayando cómo la praxis lúdica canaliza la expresión emocional y facilita la comunicación, abriendo así paso a formas de resistencia frente a la rigidez de las intervenciones estandarizadas. Además, la recurrencia de actividades culturales —“la cinematografía, el teatro, los títeres, las conferencias, etc., son moneda corriente”— (p. 186) podría ilustrar un proceso de normalización que, a pesar de su rutina, permitía la posibilidad de innovación y la resignificación del cuerpo en el proceso terapéutico.

El análisis de la dimensión lúdica se enriquece con las reflexiones de Isidro Más de Ayala (1943) quien sugiere que “todos los espectáculos, juegos y entretenimientos tienen una función detergente, liberadora de tensiones psíquicas, así como también realizan una momentánea desviación de nuestra atención, alejándola de pensamientos penosos o dolorosos” (p. 162). La metáfora del *detergente* podría evocar la capacidad del entretenimiento para disipar

tensiones, aunque la temporalidad de esa liberación subraya la necesidad de estrategias que promuevan transformaciones más profundas. De igual forma, Más de Ayala (1943) afirma que:

los deportes no se limitan a ser un ejercicio cuyos beneficios sólo repercuten sobre quienes los practican, sino que además constituyen un espectáculo para todo ese mundo de aficionados que a ellos concurren y que, identificándose por proyección con los jugadores, descargan como éstos, en el juego, sus tensiones y obtienen por ello beneficio inestimable. (p. 162)

Lo que sugiere que el cuerpo podría funcionar como un espejo colectivo capaz de reflejar y liberar tensiones, incluso más allá de su propio movimiento o activación. En síntesis, la Clase 25 del curso de auxiliares de Laborterapia revela las imprecisiones y el desentendimiento en la conceptualización de las prácticas del cuerpo en el Hospital Vilardebó. La fusión de gimnasia, juego y deporte en un único concepto, la ausencia de una diferenciación clara en cuanto a sus objetivos terapéuticos y la relegación de la Gimnoterapia a un lugar marginal en el plan de estudios proponen una visión fragmentaria del rol del cuerpo en el tratamiento psiquiátrico.

Este análisis permite interpretar que, en el Hospital Vilardebó de la década de 1950, la modernización de las intervenciones físicas, psicológicas y sociales, pudo haber estado tensionada por la persistencia de lógicas tradicionales que subordinaban el trabajo del cuerpo a criterios de productividad y normalización. Sin embargo, las prácticas vinculadas a la Educación Física parecían desmarcarse —al menos en parte— de estas imposiciones, ya que su potencial para devolver al cuerpo un sentido lúdico y expresivo, habría una fisura en el rígido esquema de Laborterapia.

Finalmente, este análisis invita a considerar el vínculo entre la Educación Física y las prácticas del cuerpo en el Hospital Vilardebó. Estas tensiones, entre modernidad y tradición, entre rehabilitación y normalización, definen de manera compleja el papel del cuerpo en el tratamiento psiquiátrico del hospital, constituyéndose en un campo de batalla donde las disciplinas se enfrentan a la posibilidad de transformación y resistencia.

5.1. La gimnasia: “de la común, de la calle”

En la Clase 25 del curso de auxiliares de Laborterapia, Barindelli y Tobler (1958) argumentan que la Gimnoterapia general, realizada con los *locos* que estaban en condiciones físicas de participar, realmente “en nada difiere ésta, de la común, de la calle” (p. 267). Esta

afirmación es reveladora porque sugiere que las prácticas denominadas gimnásticas dentro del Hospital Vilardebó no tenían un carácter específicamente terapéutico (por lo menos no la mayoría), sino que se asemejaban a las prácticas del cuerpo que se realizaban fuera del ámbito hospitalario. Esta observación abre al menos tres interpretaciones posibles, cada una de las cuales tiene implicaciones significativas para comprender el papel de la Educación Física en el tratamiento psiquiátrico de la época.

Una primera interpretación es que las prácticas gimnásticas, tal como se realizaban *en la calle*, ya poseían inherentemente un potencial terapéutico. Esto implicaría que la Educación Física, en su forma más básica, no necesitaba ser adaptada o modificada para cumplir con objetivos terapéuticos, ya que su mera práctica podía tener efectos beneficiosos sobre *la salud mental y física de los pacientes*. Barindelli y Tobler parecen respaldar esta idea cuando destacan que la Gimnoterapia general se realizaba en grupos y fomentaba el aspecto deportivo y el espíritu de competencia, lo que estimulaba “la unión y la colaboración entre los participantes” (p. 267). En este sentido, la gimnasia no sería solo una herramienta de rehabilitación, sino también un medio para la socialización y la integración de los pacientes en una comunidad.

Sin embargo, esta interpretación plantea una pregunta interesante: si la gimnasia de la calle ya tenía fines terapéuticos, ¿por qué no se desarrolló un marco teórico más sólido para justificar su uso en el contexto psiquiátrico? En suma, si estas prácticas no fueron innovadoras más allá del espacio físico —y simbólico— que transitaron, ¿por qué no conceptualizarlas y exponerlas desde los saberes ya constituidos por la Educación Física? La falta de claridad conceptual en la Clase 25 sugiere que, aunque se reconocía el valor de estas prácticas, no se había reflexionado lo suficiente sobre cómo podían adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes. Esto podría indicar que la Educación Física, en su forma más tradicional, no estaba plenamente integrada en el discurso terapéutico de la época, sino que se utilizaba de manera pragmática, sin una justificación teórica profunda.

Una segunda interpretación es que los profesores de Educación Física que trabajaban en el Hospital Vilardebó, enviados —como se mencionó anteriormente— por la Comisión Nacional de Educación Física, simplemente replicaban las prácticas que ya realizaban en otros contextos, como escuelas o clubes deportivos. Esto explicaría por qué la Gimnoterapia general se asemejaba a la *gimnasia de la calle*: los profesores no habrían adaptado sus métodos a las necesidades específicas de los pacientes psiquiátricos, sino que habrían implementado las mismas técnicas que utilizaban en otros ámbitos.

Esta interpretación también revela una tensión entre la profesionalización de la Educación Física y su aplicación en contextos terapéuticos. Si los profesores simplemente replicaban lo que ya hacían afuera, ¿hasta qué punto estaban capacitados para trabajar con pacientes psiquiátricos? ¿Se les proporcionó formación específica para adaptar sus métodos a las necesidades de estos pacientes? La ausencia de mención a una formación especializada sugiere que la integración de la Educación Física en el programa de Laborterapia pudo haber sido más bien superficial, lo que limitaría su impacto terapéutico.

Una tercera interpretación es que la Gimnoterapia en el Hospital Vilardebó representaba una exploración del saber propio de la Educación Física dentro de un contexto institucional diferente: la Psiquiatría. En este sentido, las prácticas gimnásticas no solo se habrían utilizado como herramientas de rehabilitación, sino también como un medio para explorar cómo el cuerpo podía ser intervenido desde una perspectiva educativa y terapéutica.

Esta última interpretación se vincula con la figura del profesor Héctor Gonnet, quien dirigía los grupos de Gimnoterapia especializada para pacientes con esquizofrenia catatónica. Barindelli y Tobler destacan que su trabajo era “una tarea muy dificultosa, pero sumamente útil para el enfermo” (p. 268). Esta afirmación propone que Gonnet no solo replicaba las prácticas de la Educación Física tradicional, sino que las adaptaba a las necesidades específicas de los pacientes, explorando nuevas formas de intervención del cuerpo.

Sin embargo, esta exploración parece haber sido limitada y poco sistematizada. Aunque Gonnet representaba un nexo entre la Educación Física y la Psiquiatría, su trabajo no parece haber sido integrado plenamente en el programa de Laborterapia. La falta de desarrollo teórico y práctico de la Gimnoterapia en el curso de auxiliares sugiere que esta exploración no fue lo suficientemente profunda como para generar un saber específico sobre cómo las prácticas del cuerpo podían ser utilizadas en el tratamiento psiquiátrico.

5.2. Dos campos y un cuerpo: posibles diálogos entre la Educación Física y la Psiquiatría

Si en el apartado anterior se exploraron las prácticas del cuerpo en el programa de Laborterapia del Hospital Vilardebó y sus imbricaciones con el disciplinamiento y la normalización, este capítulo propone indagar en un punto de fuga, una intersección no del todo resuelta: el cruce entre la Educación Física y la Psiquiatría. En este encuentro de dos campos, ambos intentaban alcanzar objetivos que, si bien diferenciados en su origen, terminaban por encontrar zonas de intersección donde los discursos se contaminaban mutuamente. Este

diálogo, aunque no siempre explícito, revela cómo las prácticas del cuerpo se convirtieron en un espacio de experimentación y negociación entre la rehabilitación psiquiátrica y la formación promovida por la Educación Física.

Victor Seguel, en su artículo publicado en *Revista Chilena de Educación Física* (1951 p. 195-198), sostiene que “la educación física, cuyas actividades fundamentales se sintetizan en los términos juego, gimnasia, rítmica, deportes (...) debe estar al servicio permanente de la política sanitaria de un país” (p. 198). Esta afirmación refleja una concepción de la Educación Física como un agente clave en la promoción de la salud individual y social, algo que, según Seguel, no era plenamente reconocido en los países de América Latina. Para él, la Educación Física no solo debía enfocarse en el desarrollo físico, sino también en la formación de hábitos y actitudes deseables, contribuyendo al equilibrio de la personalidad y aportando a la salud. Seguel define la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como “la capacidad para trabajar, la capacidad para defenderse de las enfermedades y la capacidad para vivir con alegría” (p. 198). Esta visión holística de la salud resuena con los objetivos de la Laborterapia en el Hospital Vilardebó, donde se buscaba no solo rehabilitar a los pacientes, sino también prepararlos para una vida productiva y socialmente integrada.

En *Revista Chilena de Educación Física*, el artículo del Dr. Charles Mc Cloy (1952, p. 149–161), destacaba que: “El contentamiento producido por el juego puede, de una manera natural, ensanchar la perspectiva del sujeto y hacerlo más accesible a otras formas de tratamiento” (p. 151). Esta afirmación dialoga directamente con la manera en que la Laborterapia del Vilardebó justificaba la inserción de actividades manuales y físicas en el tratamiento psiquiátrico. Mc Cloy (1952) enfatizaba que:

Una de las principales características de estos enfermos [refiriéndose a los enfermos mentales] es su inclinación a concentrarse en sí mismos y absorberse en sus propios pensamientos y conflictos. Esto hace difícil despertar su interés y obtener su cooperación. Como las actividades físicas de rehabilitación son objetivas y atrayentes, constituyen un excelente medio de captar el interés de los psicópatas. La mayoría de los individuos han participado en su juventud en ciertos deportes y juegos que les dieron placer y satisfacción. Los recuerdos agradables de estas experiencias pueden despertarse de nuevo y servir como punto de partida para un método terapéutico efectivo. (p. 151)

Así como Mc Cloy consideraba que el juego y los deportes podían ensanchar la perspectiva del sujeto, en la Laborterapia se afirmaba que estas prácticas permitían redireccionar la energía psíquica del enfermo hacia actividades productivas, evitando su ensimismamiento. La diferencia, entonces, posiblemente residía en la direccionalidad de la práctica; mientras Mc Cloy priorizaba la dimensión lúdica y su impacto emocional, la Laborterapia operaba desde una lógica de utilidad y reinserción social. Sin embargo, ambos enfoques coincidían en la idea de que la activación del cuerpo, ya fuera a través del trabajo u otra forma de prácticas del cuerpo, funcionaba como un dispositivo para contrarrestar el aislamiento psíquico y fomentar la integración social. Sobre la naturaleza cooperativa del juego terapéutico, Mc Cloy (1952) afirmaba:

Jugar con otros, más bien, que contra otros (...) en terapéutica, los deportes y juegos deben concebirse como actividades cooperativas, con el propósito de hacer sentir a cada participante determinada realización. (...) Los instructores deben enseñar que todos los que hacen un esfuerzo que vale la pena son ganadores, aunque no logren el puntaje más alto. (p. 151)

Si bien la Laborterapia enfatizaba la reinserción social a través del trabajo, también incorporaba principios similares de cooperación. En el curso de auxiliares de *Laborterapia Psiquiátrica* del Hospital Vilardebó se argumentaba que “las tareas grupales fomentan el sentido de pertenencia y la cooperación entre los internos, facilitando su adaptación a la vida en comunidad”. Así, aunque desde perspectivas distintas, tanto la Laborterapia como la Educación Física promovían la idea de la actividad grupal como vehículo para reconfigurar la subjetividad del enfermo, alineándolo con valores funcionales a la sociedad.

Mc Cloy (1952) también señala que “el propósito básico de la recuperación física no es el de preocuparse solamente del resultado fisiológico logrado” (p.150), sino que debe ir más allá, contribuyendo al “reajuste, reeducación y resocialización del paciente, de manera que pueda vivir una vida más útil, productiva y normal” (p. 150). Esta visión coincide con la de Seguel (1951), quien insiste en que la Educación Física debe ser un agente de salud integral; no solo física, sino también mental y social. En el contexto del Hospital Vilardebó, estas ideas encuentran un eco en el programa de Laborterapia.

En este sentido, podemos apreciar que estas concepciones propias de la Educación Física no estaban tan alejadas de la forma en que la Laborterapia en el Hospital Vilardebó abordaba las prácticas del cuerpo. En este marco, la Gimnoterapia —como estandarte de estas

prácticas del cuerpo— se presentaba como un terreno ambiguo, un conjunto de prácticas que no terminaban de consolidarse ni como Educación Física ni como Psiquiatría, sino como un espacio de intervención difuso donde el cuerpo se convertía campo de experimentación. Este cruce entre ambos campos, aunque no siempre explícito, revela cómo las prácticas del cuerpo se erigieron en un punto de encuentro entre la rehabilitación psiquiátrica y la formación integral promovida por la Educación Física, aunque con tensiones y matices que reflejan las diferencias en sus objetivos y enfoques.

6. CONCLUSIONES FINALES

La presente tesina se propuso indagar las concepciones del cuerpo en el programa de Laborterapia del Hospital Vilardebó durante la década de 1950, a través del análisis de las dinámicas de poder-saber que configuraron tanto las intervenciones terapéuticas como las normas sociales. En este escenario, el cuerpo se constituyó en un territorio complejo donde convergen discursos sobre salud, utilidad y moralidad, marcando un ideal de ciudadanía que combinaba la rehabilitación del *loco* con la *normalización*. Siguiendo a Foucault (2002) pudimos ver cómo en este contexto, el poder disciplinario se despliega en la sutileza de la vigilancia y la precisión de la clasificación, moldeando cuerpos dóciles y funcionales al orden social; “vigilancia, ejercicios, maniobras, calificaciones, rangos y lugares, clasificaciones, exámenes, registros, una manera de someter los cuerpos, de dominar las multiplicidades humanas y de manipular sus fuerzas” (p. 5). Fuerzas que, por cierto, fueron depositadas mayormente en la labor, en el trabajo.

Los puntos de encuentro entre Educación Física y Psiquiatría, sustentados en el análisis discursivo de los documentos presentados, no deben interpretarse, al menos, no taxativamente, como un intercambio fluido y sistemático. Más bien, se trata de un encuentro fortuito de saberes—incluso podría decirse, de personas particulares, con intereses afines hacia la *locura* y conocimientos disímiles—. Ambos campos, en su inherente indefinición, hallaron en el cuerpo del *loco* un territorio de intervención, pero posiblemente sin un entendimiento común sobre los objetivos y métodos a seguir. Esta falta de articulación teórica es aún más notable si se considera que, a nivel regional, existe muy poca información sobre este diálogo, que hoy denominaríamos interdisciplinario; las *Revistas Chilenas de Educación Física* preservadas en ISEF, Uruguay, se presentan como raros testimonios que evidencian estas tensiones, estos posibles lugares comunes de ambos campos.

Este cruce de saberes se reflejaba en la convergencia entre una Educación Física, que abogaba por la formación integral a través del juego, la gimnasia y el deporte, y los postulados terapéuticos de la Psiquiatría, que buscaban activar, redireccionar y reintegrar a los *enfermos mentales*. Sin embargo, las prácticas del cuerpo que desbordaban el marco estrictamente productivo no lograban consolidarse dentro de un sistema dominado por la utilidad y la disciplina. En este punto, la relación entre Educación Física y Laborterapia adquiere una dimensión ambigua: mientras algunas actividades lúdicas y gimnásticas eran incorporadas

como parte de la intervención, el énfasis en la productividad parecía limitar el alcance de estas propuestas, limitando en tanto subyace a un lugar secundario de importancia.

En este contexto, la exploración del cuerpo como un campo de batalla mostró la manera en que distintas estrategias de intervención y resistencia se entrelazaban en un espacio donde se definían las disputas ideológicas y normativas. Se hizo evidente cómo el cuerpo, sitiado por el poder-saber, era sometido a prácticas disciplinarias que reforzaban su fragilidad dentro de estructuras rígidas. Esta tensión se manifestaba en la ambivalencia que situaba a los pacientes entre la cordura y el abismo, desdibujando la línea que separaba la *normalidad* de la *anormalidad* y dejando abiertas preguntas sobre la construcción histórica de la desviación y la enfermedad. ¿De qué manera el cuerpo, como palimpsesto de experiencias y sufrimientos, puede convertirse en un espacio de resistencia y transformación, desafiando las imposiciones de la disciplina, el orden y la productividad?

El análisis de las *somaterapias* permitió comprender cómo estas técnicas, presentadas como rehabilitadoras, funcionaban también como herramientas de normalización y control del cuerpo. En este proceso, el *cuerpo activo*, moldeado a través de la Laborterapia, no solo oscilaba entre la posibilidad de integración, sino que también corría el riesgo de ser reducido a un mero engranaje de productividad. La Laborterapia no solo representaba el arte de moldear cuerpos activos, sino que también evidenciaba la paradoja del trabajo como un medio de liberación y disciplinamiento, en donde la activación del paciente podía interpretarse tanto como un recurso terapéutico como un dispositivo de ajuste a las exigencias sociales.

En suma, es importante destacar que esta investigación no agota las posibilidades de análisis en torno a las prácticas del cuerpo en el Hospital Vilardebó. Si bien hemos logrado identificar algunos puntos de encuentro entre la Educación Física y la Psiquiatría, quedan preguntas abiertas que podrían ser abordadas en futuras investigaciones. ¿Cómo se articularon las prácticas del cuerpo en otros hospitales psiquiátricos de la región? ¿Qué papel jugaron efectivamente los profesionales de la Educación Física en la implementación de estas prácticas? ¿Cómo se transformaron las concepciones del cuerpo a lo largo del tiempo, y cómo influyeron en las políticas de salud mental en Uruguay?

Casi como quien escribe un mensaje dentro de una botella y lo lanza al mar, vamos a dejar aquí algunos temas que dialogan y se entrelazan con nuestra tesina, pero que no llegamos a indagar, ni siquiera de manera superficial. Un gran ausente en esta investigación ha sido la infancia. ¿Qué pasó con estos cuerpos particulares en el Hospital Vilardebó? La *locura* en las

primeras etapas de la vida es un territorio aún más opaco, e inexplorado, donde los discursos médicos y pedagógicos se entrecruzan con una violencia particular. Si el cuerpo adulto ya era un campo de batalla entre la normalización y la resistencia, ¿cómo se disciplinó a los cuerpos jóvenes? Presuntamente, aún más maleables. Los documentos consultados no parecen ofrecer respuestas. Sin embargo, la pregunta flota, incómoda, como un fantasma en los pasillos vacíos de los pabellones infantiles que quizás nunca existieron, o tal vez sí existieron, pero fueron borrados de la memoria institucional.

Y en este silencio documental, persiste una cuestión: la recurrente comparación entre *el loco* y *el niño* que aparece en los archivos históricos, donde ambos son representados como seres incompletos, irracionales, necesitados de guía y corrección. Esta analogía, lejos de ser inocente, revela cómo los dispositivos de control se extendían más allá de la *enfermedad mental*, infiltrándose en los espacios de la educación y la crianza, trazando un continuo entre la Pedagogía y la Psiquiatría que exige ser desentrañado.

Otro tema que merecería una exploración más profunda es el de la medicalización, específicamente el rol de la farmacología en este entramado de poder. Si bien se mencionan tratamientos como el electroshock y los comas insulínicos, la llegada de los psicofármacos en la década de 1950 —como la clorpromazina— marcó un punto de inflexión en la Psiquiatría. ¿Cómo se articulaban estos fármacos con las somaterapias? ¿Eran complementos o competidores en la lucha por el control del cuerpo enfermo? La química prometía una domesticación más silenciosa, menos visible que el trabajo forzado o la gimnasia, pero no por ello menos efectiva.

Y luego surge la pregunta incómoda: ¿funcionó realmente la Laborterapia? Los documentos analizados abordan teorías, métodos y discursos, pero aportan poca evidencia sobre los resultados concretos. ¿Hubo realmente pacientes que lograron reintegrarse a la sociedad gracias a estas prácticas? ¿O fueron utilizadas como estrategia para dar una fachada humanizadora a un sistema que, en esencia, mantenía la exclusión de los *locos* aunque con herramientas más sutiles? Los documentos de la época en referencia a los resultados del programa, si es que existen —más allá de los discursos oficiales en el libro de Barindelli y Tobler (1958)— podrían contener tanto éxitos genuinos como omisiones o interpretaciones que matizan su efectividad real; construyendo un objeto interesante de análisis discursivo.

Finalmente, ¿qué huella dejó todo esto en el imaginario colectivo? ¿Traspasó la Laborterapia los muros del Vilardebó hasta instalarse en el saber popular? Sus ecos pueden rastrearse en ciertas prácticas actuales que, bajo otros nombres —o el mismo—, siguen buscando la reinserción a través del trabajo y la disciplina del cuerpo. Y esto nos conduce al último mensaje en esta botella: la necesidad de trazar un vínculo que conecte estas intervenciones históricas con las políticas actuales de salud mental y Educación Física. ¿Sigue vigente esa tensión entre cura y control, o hemos aprendido a escuchar los cuerpos que resisten? Dejamos estas preguntas flotando en el mar de lo posible, a la espera que futuras investigaciones las rescaten y les den voz.

En conclusión, esta tesina ha buscado aportar una comprensión crítica de cómo se configuraron discursos y prácticas en torno al cuerpo en el Uruguay de mediados del siglo XX, con especial énfasis en las intervenciones somaterapéuticas realizadas en el Hospital Vilardebó. A través del análisis genealógico, hemos explorado cómo el cuerpo se convirtió en un territorio de disputa ideológica, de ejercicios de poder y de resistencias, reflejando las tensiones entre lo terapéutico y lo normativo. Este trabajo no solo contribuye al campo de la Educación Física y la Psiquiatría, sino que también invita a reflexionar y analizar sobre las implicancias sociales y culturales de las prácticas del cuerpo en la construcción de subjetividades y en la conformación de un ideal de ciudadanía.

El análisis se ha proyectado como una excavación en las capas más profundas del cuerpo, entendido este, no sólo como materia viviente, sino como un texto en perpetua reescritura, marcado por las incesantes disputas de poder y saber. En este lienzo de discursos, el cuerpo se presenta como un territorio laberíntico en el que la intervención terapéutica se entrelaza con la imposición de normas y la construcción de subjetividades, desvelando las sombras que se ocultan tras los discursos hegemónicos y evidenciando las tensiones que se sitúan al cuerpo en el cruce entre la disciplina y la liberación, entre el control impositivo y la resistencia emergente.

En definitiva, esta tesina invita a repensar la intervención en el cuerpo desde una perspectiva crítica y plural, reconociendo tanto sus dimensiones terapéuticas como su potencial para subvertir y resignificar las normas impuestas. Con ello, se abre una mirada que no solo enriquece el diálogo entre la Educación Física y la Psiquiatría, sino que también plantea nuevas preguntas sobre la construcción de subjetividades y la formación de un ideal de ciudadanía en

contextos de cambio social. Continuando en la búsqueda por acoger, en lugar de reprimir, la riqueza intrínseca del cuerpo.

REFERENCIAS

- Apud, I., Techera, A., Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido: ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo. Udelar. CSIC.
- Barindelli, L., Tobler, H. (1958). *Laborterapia Psiquiátrica; Curso de auxiliares*.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del 900*. Tomo 3. La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, S.R.L., Montevideo.
- Barrán, J. P. (2009). *La medicina del Novecientos: Poder y Saber*.
- Barrán, J. P. (2012). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. La cultura “bárbara”. El disciplinamiento. Ediciones de la Banda Oriental, S.R.L., Montevideo.
- Belbey, J. (1958). *Los factores sociales en los desequilibrios de la salud mental*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 25-41.
- Cloutier, F. (1962). *La evolución de la psiquiatría*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 160, 3-12.
- Craviotto, A., Darrigol, M. E. (2023). *Prácticas del cuerpo y archivo de la locura* [Seminario de Tesina, Instituto Superior de Educación]. Uruguay.
- Da Costa, R. (1957). *Las variedades del temperamento según Sheldon*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 127, 9-32.
- De León, N. (2013). *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: CSIC.
- Delgado, H. (1952). *Introducción a la psicopatología*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 97, 25-40.
- Domínguez, M. E., Paseyro, M., Failde Nogués, E., Payseé, C. (1950). *Aporte documental a la clínica psicológica*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 87, 21-52.

- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Ediciones La Piqueta, Madrid, España.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Obras esenciales, Volumen III. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores Argentina S.A.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población: Curso en el College de France: 1977-1978*. Primera Edición. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fiorini, H. J. (1995). *El psiquismo creador: teoría y clínica de procesos terciarios*. Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, Buenos Aires, 582-5.
- Grupo de Investigación Analítica y Erótica del Cuerpo. (2021). *Las prácticas del cuerpo en el hospital psiquiátrico: El archivo Vilardebó (1930-1960)*. Departamento de Educación Física y Salud, Instituto Superior de Educación Física.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Marcolini, P., Michelini, M. (2014). *Nurse Pierina... soy Gustavo: recuerdos del Hospital Vilardebó*. Trilce.
- Mc Cloy, C. (1952). *El reacondicionamiento físico de enfermos mentales*. Revista Chilena de Educación Física (1952), 149 – 161.
- Más de Ayala, I. (1943). *¿Por qué se enloquece la gente? Dinámica de la conducta humana y normas para la salud psíquica*. El Ateneo. Buenos Aires.
- Más de Ayala, I. (1949). *Psiquis y soma de las enfermedades. Medicina psicosomática y somatopsíquica*. El Ateneo. Buenos Aires.

- Pêcheux, M. (1983). *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas: Pontes, 2015 (7a. ed.).
- Raitzin, A. (1930). *Gimnasia, deportes y juegos de la Terapéutica Ocupacional*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 8 y 9, 757-777.
- Ramírez, F. (1964). *Sobre organización de la asistencia psiquiátrica*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 172, 3-18.
- Rodríguez, R. (2016). *Saber do corpo: entre o político e a política*. Tesis de doctorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
- Seguel, V. (1951). *Educación Física. Sus conceptos fundamentales y su primer fin específico*. Revista Chilena de Educación Física (1951), 195 – 198.
- Sicco, A. (1928). *El método del doctor Hermann Simon*. Revista de criminología psiquiátrica y medicina legal (O. Loudet, Coord.), 539-549. Buenos Aires, Argentina: Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional.