UDELAR – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

CENUR L.N. – SEDE PAYSANDÚ

ISEF – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN FÍSICA

SEMINARIO TESINA

RAMIRO PELÁEZ

GABRIEL SCHIERA

MATÍAS SOSA

NICOLÁS TEXEIRA

RAÚL VIDIELLA

.

La invisibilidad del Educador Físico en la Política de Salud Mental uruguaya:

Desde los documentos oficiales hasta la mirada de gestores de una ciudad del litoral norte del país.

Paysandú, Uruguay

2023

RAMIRO PELÁEZ

GABRIEL SCHIERA

MATÍAS SOSA

NICOLÁS TEXEIRA

RAÚL VIDIELLA

La invisibilidad del Educador Físico en la Política de Salud Mental uruguaya:

Desde los documentos oficiales hasta la mirada de gestores de una ciudad del litoral norte del país

Profa. Mg: Ana Luisa Batista Santos – ISEF – CENUR L.N. - Orientadora

Prof. Dr. Edwin Alexander Cañon Buitrago – ISEF – CENUR L.N. - Tribunal

Psi. Mg. Maynar Patricia Vorga Leite – Universidad Federal do Rio Grande do Sul - Tribunal

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos al grupo que conformó esta tesis, donde confluimos y logramos llevar adelante aquel proceso de manera fluida, armónica, y teniendo siempre presente el compromiso que dicho estudio requiere.

Agradecemos el apoyo incansable de familiares, parejas, amigos y compañeros de estudio que fueron el sustento para motivarnos en el trayecto de nuestra carrera, y mucho más en momentos difíciles.

A nuestra orientadora Ana Luisa Batista, quien nos guió de excelente manera aportando sus conocimientos, comprendiendo cada contratiempo y abriendo puertas para hacer posible la consecución de esta tesis.

A los profesores y profesionales que aportaron en nuestra formación, tanto universitaria como personal, quienes se han convertido en referentes de nuestro proceso investigativo.

A las personas entrevistadas por su buena disposición a compartir experiencias, conocimientos y regalarnos un poquito de su tiempo para cumplir nuestros objetivos.

Por último, pero no menos importante, nos sentimos contentos de extender nuestros agradecimientos al personal que conformó el tribunal de evaluación: Psi. Mg. Maynar Patricia Vorga Leite y el Prof. Dr: Edwin Alexander Cañon Buitrago; por su lectura y aportes que contribuyeron a enriquecer este trabajo.

RESUMEN

Los beneficios de la actividad física para la salud mental son reforzados por las políticas públicas mundiales, sin embargo, el profesional que desarrolla estas prácticas no está incluido en la misma en Uruguay. En este sentido, el presente trabajo de grado busca comparar los documentos oficiales uruguayos con los relatos de gestores de salud mental sobre el espacio del educador físico en la política de salud mental uruguaya para comprender el fenómeno de apreciación de la herramienta, pero no del profesional que la sostiene. Para tanto, fue desarrollada una investigación de tipo descriptiva con abordaje cualitativo, en el cual, se trazaron líneas de investigación que llevaron a abordar los documentos oficiales de salud mental de Uruguay mediante una Revisión Sistemática. Además, fueron aplicadas entrevistas semiestructuradas con gestores en el área pública y privado de Salud Mental, considerando que el seguimiento de las leyes vale para los dos ámbitos. Fueron encontradas 6 producciones científicas relevantes que exponen los dilemas, modelos y luchas en la construcción de una política y atención en salud mental más humanizada en países de la América Latina como Argentina, Colombia, Perú, Brasil y Uruguay. A pesar de que ninguna trata específicamente del accionar del Educador Físico en el cuidado en salud mental. Con respeto a los hallazgos de las entrevistas, los gestores comprenden que el Educador Físico debe contribuir a los cuidados con la población desde los centros recreativos o educativos y por fuera de la prestadora de servicios. Estas opiniones son justificadas por las carencias en su formación y falta de credibilidad en el ámbito de la salud mental. Tal perspectiva coincide con una visión tradicional del quehacer del educador físico, ya que cae en un reduccionismo que afecta el accionar del mismo, solo enfocado a lo físico y recreacional. Esto puede ser explanado porque los cambios realizados en la formación de Educación Física del ISEF son recientes, donde actualmente cuenta con unidades curriculares y experiencias prácticas destinadas a la formación en el área de salud. A pesar de que haya pocas evidencias científicas en el área y de la ausencia del Educador Físico en las políticas de salud mental uruguayas, comprendemos que las actividades físicas/prácticas corporales e innúmeras otras intervenciones que pueden ser realizadas por este profesional son nucleares para la construcción del cuidado integral de los sujetos. Por lo tanto, hay que incluir en las políticas públicas no solo el derecho de acceso al deporte, pero, sobre todo, asegurar la legalidad de este profesional como parte del equipo multidisciplinar del cuidado en salud mental de Uruguay.

Palabras clave: Educación Física; Prácticas Corporales; Salud Mental; Políticas Públicas; Uruguay.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN **6**
2. OBJETIVOS **8**
3. MARCO TEÓRICO **9**
3.1. Marco Teórico Referencial **10**
3.2. Marco Teórico Conceptual **12**
3.2.1. Marco Legal **13**
3.2.1.1. Ley de Salud Mental - N° 19.529 13
3.2.1.2.Ley N° 18.211 - Principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud que sean aplicables. 15
3.2.1.3. Sistema Nacional Integrado de Salud - Ley N° 18.211 **Erro! Indicador não definido.**
3.2.2. Políticas públicas de salud mental en Uruguay **18**
3.2.2.1. ¿Qué se entiende por salud mental? 18
3.2.2.2. Plan Nacional de Salud Mental 20
3.2.3. Salud mental y el accionar del educador físico **22**
3.2.3.1. Bio-Educación Física y Biopolítica en salud mental 21
3.2.3.2. Prácticas corporales en salud mental 24
4. METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN **27**
4.1. Tipo de investigación **27**
4.2. Lugares y período **27**
4.3. Población **28**
4.4. Recolección de datos **28**
4.5. Revisión sistemática **28**
4.6. Análisis de datos **30**
4.7. Aspectos éticos **31**
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN **32**
5.1. Caracterización de los gestores ***33***
5.2. La gestión del Plan de Salud Mental ***35***
5.3. Concepto de salud mental y procesos de cuidado ***39***
5.4. El accionar del educador físico en el área de salud mental ***45***
6. CONSIDERACIONES FINALES **51**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **53**
APÉNDICES **Erro! Indicador não definido.**
APÉNDICE A - Tabla de revisión sistemática 61
APÉNDICE B – Entrevista semiestructurada **Erro! Indicador não definido.**
APÉNDICE C - Término de Consentimiento Libre y Esclarecido – TCLE 64

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende comparar los documentos oficiales con los relatos de gestores de salud mental, sobre el espacio del educador físico en las políticas públicas de salud mental uruguaya, es por eso, que se cree necesario contextualizar el panorama de esta temática. La OMS (2021) plantea que a partir de la pandemia de COVID-19 hubo un aumento considerable en casos de suicidios y depresión, siendo las principales causas de defunción de personas menores a 30 años. A su vez, la OMS da a entender que el tratamiento de los trastornos de la salud mental puede ser abordado con un costo relativamente bajo y se necesitan mayores esfuerzos para mejorar la atención y tratamiento del usuario**.**

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2022), expresa que Uruguay tiene una de las tasas más altas de suicidios del continente americano, con un promedio de 21,39 cada 100.000 habitantes, con mayor repercusión en los jóvenes. El Ministerio de Salud Pública creó un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) a raíz de la demanda planteada en la Ley de Salud Mental N° 19.529 (2017). El referido PNSM aspira ser un instrumento adecuado para poner en procedimiento políticas públicas convenientes, "a garantizar el derecho a la salud y el disfrute de manera integral" (PNSM, 2020, p. 6), otorgando una calidad de vida digna a toda la población uruguaya. En los objetivos y sus acciones indican que la salud mental debe ser inherente a la salud en general, la cual debe ser garantizada por el Estado y por ende ser un derecho de la sociedad.

En esta misma línea, es pertinente conceptualizar los términos centrales de este estudio, es decir, políticas públicas y salud mental. En lo que respecta al significado de políticas públicas, se puede mencionar, parafraseando a Subirats et al. (2008), que son acciones y decisiones por parte del Estado tendientes a resolver una problemática. Estas problemáticas, como aluden Andrenacci y Repetto (2006), suelen ser sociales, con el fin de regular y proteger a la población de situaciones que la ponen en riesgo. Por otro lado, el concepto de salud mental teniendo en cuenta los aportes de Breilh (2004), puede ser entendida como multidimensional, ya que se debe contemplar lo biológico, psicológico, emocional, económico y social, debido a que son factores que influyen directamente en el estado de la persona.

En cuanto a la problemática, fue indagado que la actividad física es fuertemente recomendada por organismos internacionales como por ejemplo la OMS, en pos de la promoción en salud y prevención de enfermedades (OMS, 2010). Algunos autores (Salvatierra, 2020; López & Machado, 2020; Wachs & Fraga, 2009) fomentan el papel que podría desempeñar la Educación Física como disciplina académica y de intervención dentro de distintas áreas de la salud, presentándose como evidente y necesaria. Sin embargo, no es

el caso en el territorio uruguayo, donde el Licenciado en Educación Física, tal y como menciona Achard et al. (2016), tiene un rol dentro de otras lógicas desligadas al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Por esta razón problematizamos la ausencia de las prácticas corporales y el ejercicio físico como un factor que beneficie a los usuarios de los servicios en salud mental.

Para justificar lo anterior, es preciso resaltar que existe evidencia del educador físico como parte fundamental para el cuidado integral en el área de salud mental**.** Torales et al. (2018) menciona numerosos estudios científicos que prueban la eficacia del ejercicio físico en el tratamiento de trastornos mentales, como la depresión, estrés, ansiedad, mejora de la autoestima, entre otros. Estos beneficios también son expuestos en políticas públicas elaboradas por el MSP como la “Guía de actividad física ¡A moverse!” (2017), en donde se exponde la relevancia de la actividad física como herramienta para tratar la salud mental. Sin embargo, no se especifica qué profesional debe aplicar dicha guía y responsabiliza a la población, siendo el educador físico el profesional idóneo para esta función (Jáuregui et al., 2013).

Finalmente, con respecto a la relevancia de la presente investigación, es necesario poner sobre la mesa el tensionamiento existente entre los documentos oficiales y la hipotética respuesta por parte de la gestión de las Políticas Públicas de Salud Mental. Al evidenciar y comprender tales contradicciones sobre la inexistencia del educador físico en esta área, se estimularían cambios significativos en dichas políticas, que resultarían ampliamente beneficiosos para la población en general. En primer lugar, la mejora en la calidad de atención del usuario, gracias a la integración del Licenciado en Educación Física al equipo de profesionales de la salud, así como también, desde la perspectiva de subsidios para el desarrollo del trabajo en el área de la Educación Física, se estaría contribuyendo a la apertura de un nuevo campo laboral, donde el educador físico podría desarrollar futuros proyectos, investigaciones, trabajos interdisciplinarios, entre otros.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Comparar los documentos oficiales con los relatos de gestores de salud mental sobre el espacio del educador físico en la política de salud mental uruguaya.

2.2 Objetivos Específicos

- Enunciar las evidencias en los documentos oficiales que mencionan determinaciones de la salud mental que se articulen con el accionar del educador físico.
- Comprender la inexistencia del educador físico en la política de salud mental uruguaya justificada por la gestión en salud mental.

3. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se trabajará en el marco teórico, entendiendo que el mismo constituye el sustento fundamental de esta investigación, ya que permite contextualizar el problema de estudio y establecer las bases conceptuales necesarias para su comprensión. Elaborando redes argumentativas, teniendo en cuenta los supuestos teóricos y empíricos con la finalidad de que los textos dialoguen entre sí, desde una óptica crítica y académica. Batthyany y Cabrera (2011) mencionan que el marco teórico es una de las secciones más relevantes del proyecto, ya que ahí se desarrollan los conceptos principales del tema a investigar; a su vez, expresan que para lograr esto se debe realizar un mapeo acerca de los antecedentes, los cuales pueden provenir de investigaciones previas, documentos científicos, entre otros.

Los autores Tobar y Romano (2008) agregan que el marco teórico es un instrumento cuyo objetivo es ofrecer tanto al investigador como al lector un soporte, una idea de que el objeto de estudio a investigar ya ha sido trabajado anteriormente por otros autores y/o investigadores, otorgándole solidez al tema de estudio. En resumen, el marco teórico actúa como una brújula, estructura y apoyo para la investigación, permitiendo identificar la mejor ruta de aproximación, tanto en términos conceptuales como en la producción, tratamiento y análisis de la información obtenida en relación con el tema investigativo.

Autores como Niño Rojas (2011) sugieren que para dar construcción al marco teórico es necesario abordar los siguientes tres pasos: recolección de antecedentes, desarrollar un marco referencial y otro conceptual. Con respecto a este último, el autor expone que el marco conceptual es la sección en donde se presentan los conceptos esenciales, implicados en el tema o problema a desarrollar. Sin embargo, deja en claro que el mismo:

> No se trata de una simple definición semántica de términos o de un glosario, como podría entenderse. Se trata más bien de un sistema de proposiciones que describan y analicen los conceptos básicos y sus relaciones, aquellos que tienen que ver con el tema y problema. (Niño Rojas, 2011, p.51).

Por otra parte, sobre el marco teórico referencial, Tobar y Romano (2008) expresan que dicho marco desempeña un papel fundamental al establecer previamente los enfoques, conceptos e investigaciones previas relacionadas con un objeto específico dentro de un área o campo de estudio determinado. En este sentido, se comprende que para lograr esto, se debe llevar a cabo una exhaustiva revisión y análisis de la literatura existente, de una manera organizada y estructurada.

Debido a la necesidad anteriormente planteada accedimos a recolectar los antecedentes y proceder a la construcción de, por un parte, un marco teórico referencial y,

por la otra, un marco teórico conceptual que nos servirá para sustentar teóricamente la investigación. A continuación, exponemos los resultados de la construcción teórica.

3.1. Marco Teórico Referencial

Este apartado tiene como objetivo exponer los resultados del proceso de revisión sistemática y en este caso "se hace necesaria cuando el investigador no dispone de un material de referencia específico que lo respalde" (López & Machado, 2020, p.12). Debe ser considerado que en esta sección de la investigación no se especifica la metodología de búsqueda; esta caracterización se reserva para el apartado *"4.5. Revisión sistemática"*.

Entonces, procediendo con los resultados, dentro de los 5 artículos que se clasificaron como útiles en la primera instancia, se encuentra una tesis doctoral titulada "Salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay: tensiones y acuerdos en el plan de implementación de prestaciones de salud mental" de autoría de Silva (2020), publicado en el sitio web FLACSO (Argentina). Este artículo analiza el transcurso de la reforma de las políticas públicas de salud mental en el Uruguay, con énfasis en las carencias y limitaciones del sistema para garantizar un servicio eficiente de atención. Los resultados van dirigidos hacia el proceso de diseño, el cual se convierte en un terreno de debate, con la participación de agentes clave y la lucha por imponer sus diferentes perspectivas respecto a la salud mental.

Otro de los resultados arrojados por la revisión sistemática es el capítulo llamado "Evaluación, logros y desafíos pendientes en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental" de María Marcela Bottinelli (2022). Publicado en Argentina, en el libro "TRAMAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD: Investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental". El texto resultó de interés ya que identifica logros, aspectos propulsores y obstaculizadores en la puesta en práctica de la normativa, para ello se sirve de encuestas, entrevistas, grupos de discusión con usuarios, gestores y referentes, destacando que el análisis documental contribuyó de gran manera, debido a la sistematización organizada de información proporcionada por organismos públicos e informes de la Ley 26.657.

El siguiente artículo es un trabajo de grado titulado "Formulación y gerencia de un modelo de atención a la salud mental a través del enfoque psicosocial, permitiendo fortalecer acciones de prevención en los jóvenes de los grados sexto, séptimo y octavo de las instituciones educativas, perteneciente al municipio de Itagüí" de autoría de Escobar y Salazar (2020), publicado en la colección digital UNIMINUTO (Colombia). En este caso, el artículo se centra en la gerencia de proyectos en el sector de salud mental. Concluye con la idea de que es importante generar proyectos que inicien a partir de un diagnóstico, del cual se tracen líneas de acción y objetivos comunes que permitan una armónica interacción entre los

recursos. Destaca la relatividad que posee la documentación de estos procesos, lo que brinda insumos teóricos a futuro.

Por otro lado, se seleccionó otro documento que se titula “La gestión pública en salud y la investigación universitaria en posgrado. Reflexiones basadas en evidencia de una universidad privada” de autoría de Vértiz; Meneses y Sánchez (2021) publicado en “ANTICORRUPCIÓN, MODERNIZACIÓN DEL ESTADO Y GOBIERNO TRANSPARENTE” (Perú). Este trabajo se basó en revisiones de tesis realizadas en una universidad privada, donde se indaga qué direccionamiento y vínculo estaban tratando las tesis, relacionadas con la gestión en salud pública, con el fin de analizar y utilizar los resultados para impulsar y desarrollar las vulnerabilidades de la gestión en el área salud. Donde se halló una escasa proporción de tesis relevantes para la gestión pública en salud, representando solo el 18.94% del total examinado. De este porcentaje, apenas el 3.11% mostró un enfoque interventor con propuestas de cambio o innovación en la gestión.

El último resultado de la primera instancia fue el texto “La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina” de autoría de Infante y Grau (2020), publicado en el Repositorio Digital de la Universidad César Vallejo (Perú). Este artículo se enfoca en el compromiso que cada país de América Latina debe tener para mantener en óptimas condiciones el entorno de la salud, basándose en el marco legal del mismo. En el caso específico de Uruguay, menciona y contextualiza históricamente la situación del sistema de salud mental, además analiza críticamente las leyes y planes actuales en el país. En lo que respecta al nivel de atención siguen existiendo falencias, ya que el modelo existente continúa siendo el manicomial, esto debido al accionar biomédico muy arraigado en el sistema de salud uruguayo, lo que genera una gran complejidad para superar este modelo.

En una segunda instancia de la revisión sistemática, se sumó el capítulo que se titula “VIDA PRODUZINDO VIDA, VIDAS PRODUZINDO VIDAS” de autoría de Ceccim (2020), perteneciente al libro “Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde” (Brasil), publicado por la editorial Rede unida en una edición bilingüe de portugués/español. El texto del capítulo hace una introducción al libro, relatando su contenido. Hace referencia a que es un relato de las experiencias de la autora Sandra Fagundes Sales (1993), como gestora en las políticas de salud mental del Brasil, haciendo hincapié en la innovación que propuso al integrar las perspectivas de salud colectiva dentro de las políticas de Salud Mental Colectiva (Fagundes, 1993), lo que implica una aceptación de este colectivo, rechazando la perspectiva manicomial de aislamiento y los tratos hostiles hacia los sujetos con trastornos mentales.

El proceso de revisión sistemática se abordó con el objetivo de brindar rigurosidad científica al trabajo de investigación (Salvatierra, 2020). El mismo concluyó arrojando escasos

resultados en lo que a salud mental y actividad física se refiere, dejando al descubierto un bache en la literatura respecto a nuestro objetivo de investigación. No obstante, brindaron una base teórica que posteriormente se complementa con textos vertidos de una revisión bibliográfica, realizada con menor rigurosidad.

La revisión bibliográfica mencionada en el párrafo anterior, menos rigurosa que la revisión realizada para el marco teórico referencial, fue una búsqueda de artículos académicos en diversas fuentes, así como en unidades curriculares de la Licenciatura en Educación Física. En este sentido, fueron útiles para la construcción del marco teórico, a su vez para la discusión y análisis de los datos recabados en el trabajo de campo; lo que permitió alcanzar el objetivo de investigación.

3.2. Marco Teórico Conceptual

En esta sección denominada como marco teórico conceptual, se pretende sustentar mediante un conjunto de elementos claves organizados, articulados, con diferentes análisis y comparaciones. En el cual se pueden integrar discusiones acerca de las especificidades teóricas y conceptuales, pretendiendo así coherencia y fundamentación al objeto de estudio. En este sentido, para llegar a lo antes mencionado, se debe proyectar el posicionamiento del investigador, teniendo como base los referentes teóricos que le permitan consensuar las interpretaciones con respecto a los mismos, e interpretar el objeto indagado. Como lo expresa Gallego (2018), al hablar de dimensión conceptual, lo define sobre cada componente teórico que se utiliza para conformar el tema específico y que su forma andamiada es una organización fundamental para explicitar, clarificar y también definir las numerosas dimensiones en relación al objeto de estudio.

Tobar y Romano (2008) expresan que el marco conceptual es un elemento de guía, que ayuda al investigador a sustentar los conceptos teóricos relevantes, los cuales se utilizarán para dar fundamentación al tema de estudio (p. 58). En esta investigación, se entiende que el marco teórico proporciona una estructura organizativa que posibilita acordar las interpretaciones frente a la gran escala de conceptos, teorías, discusiones o tensiones. Lo que contribuye al investigador a tomar posición, así como analizar y aclarar los datos sobre el trabajo final de la licenciatura.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, este marco teórico conceptual, se estructura en tres apartados que serán una guía argumental para el entendimiento de la presente investigación. Los tres apartados correspondientes son marco legal, seguido por políticas públicas de salud mental en Uruguay, y finalmente, salud mental y el accionar del educador físico.

3.2.1. Marco Legal

3.2.1.1. Ley de Salud Mental - N° 19.529

Esta ley surge como parte de la crítica hacia la falta de un avance en el ámbito de la salud mental, lo que ha llevado a la aprobación de un marco normativo novedoso, que consagra una ley basada desde una óptica de derechos. Su objetivo es dirigir los enfoques en salud mental, acorde al cambio de modelo de atención planteado en la reforma del sistema de salud (Infante & Grau, 2020, p. 351), es por ello que se crea la Ley de Salud Mental N° 19.529, publicada el 19/09/2017 y reglamentada por el Decreto N° 226/018 del 16/07/2018. La misma funciona como documento directriz que: define metas, establece prioridades, focaliza la población a intervenir, define funciones de actores y equipos, además de actividades a desarrollar (Henao et al., 2016, p.185).

En suma, constituye un instrumento que puede mejorar la calidad de vida de las personas, atendiendo a las necesidades a nivel local y a los lineamientos descritos por organismos internacionales. Esta ley cuenta con 47 artículos divididos en VII capítulos, a continuación, se describen de manera concisa cada uno de ellos para posteriormente hacer foco en aquellos artículos que se relacionen con la Salud Mental y la Educación Física.

El capítulo I se titula “Disposiciones Generales”, desarrolla algunas definiciones sobre salud y trastorno mental, principios rectores y se delimitan poblaciones. El capítulo II denominado “Derechos” alberga solamente al art. 6, cuyo texto habla de los derechos que poseen las personas usuarias de servicios de salud mental. En lo que refiere al capítulo III denominado “Autoridad de aplicación”, alude al Ministerio de Salud Pública como encargado de la aplicación de la presente ley y creador del Plan Nacional de Salud Mental. En el capítulo IV “Interinstitucionalidad” desarrolla artículos sobre la coordinación entre órganos estatales y organizaciones civiles, así como la capacitación profesional e inserción laboral de personas con trastornos mentales.

En cuanto al capítulo V titulado “Abordaje”, este constituye el capítulo más extenso del texto y sus artículos profundizan en cuestiones como la integralidad de las prestaciones, sus niveles de atención, equipos interdisciplinarios y diversas temáticas en torno a la atención de personas en situación de padecimiento mental. Por su parte el capítulo VI “Órgano de contralor”, es el espacio dedicado a la creación de la Comisión Nacional de Contralor de Atención en Salud Mental, cuyos objetivos se encuentran expuestos en el mencionado capítulo. Finalmente, el capítulo VII llamado “Derogación y Adecuación”, dedica su espacio a la derogación y adecuación de disposiciones opuestas a la presente ley.

Atendiendo al objetivo específico de la presente investigación: “Enunciar las evidencias en los documentos oficiales que mencionan la vida activa como beneficio para la

salud mental", se abordará en la normativa legal aquellos apartados referentes al tema de estudio de esta Tesis.

Esta ley tiene por objetivo "garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos" (art. 1), enfatizando en los usuarios del servicio de salud mental. La normativa expresa que se debe proteger a la salud mental y la define como "un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad." (Art. 2). Para ello considera a la protección como acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en pos de garantizar el derecho a una vida digna de aquellas personas con trastornos mentales.

Continuando con las definiciones, esta norma entiende por trastornos mentales a "la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal." (Art. 2). Esto se trae a colación con la intención de reconocer, sustentados en la ley, que persona padece o se considera como paciente, permitiendo así delimitar la población. En este punto cabe mencionar que las personas en situación de "consumo problemático de sustancias psicoactivas" también se les considera como posibles pacientes (Art. 5).

En otros términos, en el Capítulo I (Art. 3) de la normativa, se expresan los principios rectores, los cuales fundamentan el derecho a la protección de la salud mental en el territorio uruguayo. Estos principios son:

- Integralidad - Implica reconocer al sujeto de manera integral, comprendiendo aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.
- Principios de Derechos Humanos - Y de su dignidad; con el objeto de concebir al sujeto como un individuo con derechos respetables.
- Promoción - Atendiendo a los factores determinantes del estilo de vida y entorno de la población.
- Globalidad, factibilidad y viabilidad - De los servicios.
- Calidad integral de las prestaciones - Con perspectiva interdisciplinaria que respete principios de bioética y los derechos humanos de la población usuaria de los servicios de salud mental.
- Reinserción - Velar por las mejores condiciones posibles de mantenimiento, mejoramiento y reinserción del sujeto al entorno social.
- Dinámico - Se debe considerar al estado de las personas con trastorno mental, como modificable.
- Autodeterminación - Permitir albedrío, evitando riesgos para la persona y terceros.

3.2.1.2.Ley N° 18.211 - Principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud que sean aplicables.

De esta forma es como la protección en SM, dentro de sus principios rectores, concibe de manera integral tanto a los sujetos como a los servicios que deben ser brindados, fomentando así un abordaje interdisciplinar, promoviendo la reinserción y el mantenimiento de los sujetos en su entorno social. Cabe destacar que la protección en salud mental se aborda como inseparable de la protección en salud. La Ley de Salud Mental expresa que sus principios y objetivos se alineen con lo expresado en la Ley N° 18.211, por lo cual la abordaremos en profundidad en un apartado siguiente.

La Ley N° 19.529 (Art. 5) comprende como pacientes a sujetos en situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas, menciona la naturaleza multidimensional de esta problemática y aconseja abordarla desde la perspectiva integral. En este mismo artículo se hace alusión a algunos aspectos importantes, que la atención integral debería considerar: reducción de riesgos y daños, atención psicosocial, integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer.

En el Capítulo II (Art. 6) se desarrollan los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, dentro de ellos se encuentra el derecho a obtener una atención en salud integral y humanizada. También el acceso a actividades culturales y recreativas es un derecho de las personas usuarias. Por otra parte, en el Capítulo V de la misma Ley se abordan cuestiones como la integralidad de las prestaciones que formarán parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (Art. 15). A su vez, menciona que las dinámicas de atención se realicen preferentemente en el ámbito comunitario (Art. 17), a partir de equipos interdisciplinarios en todos los niveles de atención (Art. 16 - 19) y fomentando la desinstitucionalización (Art. 37).

A modo de conclusión se considera que la Ley de Salud Mental (N°19.529), promueve el abordaje interdisciplinar, humanizado y la protección integral de la salud mental de los sujetos. En este sentido, es pertinente resaltar dos puntos en los cuales, la realización de actividad física desde una perspectiva de prácticas corporales, son idóneas como herramienta terapéutica que produce salud y comprende la normativa: primero, la reducción de riesgos y daños; segundo, la gestión del tiempo libre y el placer; resultando en una práctica terapéutica abarcativa y de cuidados. En última instancia, cabe destacar la importancia de generar evidencias empíricas desde el área de la Educación Física pensando su accionar en políticas de salud mental (Brun, 2023).

3.2.1.3. Sistema Nacional Integrado de Salud - Ley N° 18.211

Esta Ley es un acontecimiento importante en el sistema de salud de Uruguay, la cual ha tenido un impacto significativo en el acceso a la atención médica en el país. Sollazo y

Berterretche (2011) contextualizan la situación que estaba transitando el país, tras la asunción de un nuevo gobierno de izquierda (por primera vez) en el año 2005. Este hecho marca el inicio de un proceso de cambios, conocido como "Reforma Sanitaria", la reforma se desarrolla en un entorno caracterizado por cambios sociales, económicos y políticos, buscando modificar los modelos de gestión, financiamiento y atención médica. Precisamente en este entorno de cambios y reformas, se promulgó un 5 de diciembre de 2007 la Ley N°18.211, la cual se tituló "Sistema Nacional Integrado de Salud" (SNIS).

Esta Ley fue creada con el propósito de establecer un sistema de salud inclusivo y equitativo, que garantice el acceso a la atención médica de calidad para todos los habitantes del territorio uruguayo. Es por eso, que desde ese momento se ha concebido la salud como un derecho inalienable y un bien público, cuya provisión y resguardo son responsabilidad primordial del Estado. Para cumplir con esto, se establece la necesidad de articular un amplio abanico de entidades sanitarias y configurar un sistema de financiamiento equitativo (ROU, MSP, 2009).

En el artículo 4 de la Ley se mencionan los objetivos principales, cuyo fin es lograr un nivel óptimo de bienestar de la población, fomentando estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida de los habitantes, poniendo en marcha un enfoque sanitario integral, de manera coordinada y articulando políticas de salud integrales. Algunos de los objetivos para sus beneficiarios son: implementar programas integrales, medidas de promoción de salud, protección, prevención, atención temprana, entre otros. Se pretende favorecer el crecimiento profesional del personal, colaborando en equipos multidisciplinarios y participando en investigaciones.

Dentro de los aspectos a destacar, en el capítulo IV de la Ley, se presentan las redes de atención incluidas, las cuales se dividen por niveles. El primer nivel de atención (art. 36), se compone de un conjunto organizado de actividades sectoriales orientadas hacia el individuo, la familia, la comunidad y el entorno, con el objetivo de satisfacer de manera efectiva las necesidades básicas de salud y mejorar la calidad de vida. La aplicación de este nivel se da mediante el trabajo interdisciplinar, ajustando la .basa en un modelo de atención integral de porte clínico, orientado a lo quirúrgico y obstétrico, donde varían los modelos de hospitalización, lo que cubre diferentes grados de complejidad. En última instancia, está el tercer nivel de atención (art. 38), el cual está guiado a la atención de patologías que demanden una atención más especializada y específica, que requiera la utilización de tecnología avanzada.

En el capítulo V de la Ley (art. 45), se plantean las actividades que deben incluir los programas integrales, elaborados por las instituciones avaladas por el Ministerio de Salud Pública. Entre ellas se destacan actividades de promoción y protección de salud, diagnóstico

precoz, tratamiento de problemas de salud-enfermedad, acciones de rehabilitación y recuperación.

Recapitulando, al hacer un análisis en la redacción de los artículos de la Ley N°18.211, se hace evidente un enfoque de salud desde lo biomédico, dicha concepción según Baeta (2015), representa a la salud únicamente como la ausencia de enfermedad, haciendo una separación entre personas sanas y enfermas, donde el médico aborda la enfermedad desde el tratamiento (expresión utilizada desde la perspectiva biomédica). No obstante, se reconoce que en la ley se denota la intención de llevarlo hacia un encausamiento más integral, sin embargo, se entiende que no lo logran en su totalidad.

Es por esto que se cree pertinente emplear un enfoque de salud, desde la Salud Colectiva, de este modo Bertolozzi y De la Torre Ugarte Guanilo (2015), mencionan que referirse a la salud desde esta perspectiva sería lo más adecuado. Desde este enfoque se estudia a la persona dentro de un grupo social, en donde la salud estará determinada por la integración social del sujeto, considerando su participación en aspectos sociales y económicos del grupo al que pertenece. Ejemplo de esto son, el acceso al trabajo, servicios de salud, vivienda, alimentación, es decir, procesos que se dan a lo largo del transcurso de la vida de las personas. Resumiendo lo planteado, se podría afirmar, que la atención integral mencionada en el SNIS puede darse en un marco que refleje un enfoque colectivo de la salud.

3.2.2. Políticas públicas de salud mental en Uruguay

Según Subirats et al. (2008, p 33) las políticas públicas nacen o surgen de problemas públicos. En este sentido, las políticas públicas pretenden direccionar una serie de acciones y decisiones dependientes del Estado que buscan resolver tal problemática, mediante la modificación de conductas sobre los grupos sociales, incorporando una serie de reglas abstractas y generales. Por tal razón, es importante destacar que el hecho de llevar a cabo o no una acción por parte de los poderes públicos en el seno de la sociedad, refleja una política pública y las intencionalidades del accionar del gobierno. Además, las políticas públicas como mencionan Andrenacci y Repetto (2006,), se establecen con el fin de proteger y regular la población con la finalidad de llegar a la construcción de mejores sociedades. (p 2)

Para contextualizar la salud mental en Uruguay, se utilizó como base la tesis de Silva (2020), donde expresa que no hay que aludir su historicidad presente, tratando de comprender posicionamientos, tensiones y acuerdos políticos en base de la salud mental. Aquí, la autora establece que en la década de los 80, se realizaron movilizaciones en la salida de la dictadura, donde existían actores sociales que estancaban la posibilidad de realizar cambios al nivel de la salud mental (p. 5). Es a partir de estos acontecimientos, el partido político del Frente Amplio propuso una serie de innovaciones que desde los años 90 en adelante se pusieron en marcha.

En el 2005, con la asunción de dicho partido en el gobierno uruguayo, algunos actores provenientes del campo de la salud mental encontraron un terreno fértil para aferrarse a la disputa y así construir nuevas alternativas en los problemas de esta área. En este sentido, Silva (2020) menciona que a partir de ese año se contextualiza un real interés haciendo énfasis en la asistencia de la salud mental a nivel nacional, a través de una gran reforma del sistema general de atención de la salud y en la cual se agrega puntos más específicos en materia de salud mental en 2011. Además, expresa que el gobierno del Frente Amplio en su primer período creó un Plan de Implementación integrado al sistema nacional de salud mental como objeto de experimentación de la mencionada reforma.

La autora manifiesta que, en el 2010, se crea el Plan de Implementación de la Prestaciones en Salud Mental (PIPSM), para adaptar la atención de la salud mental al principio de universalidad y equidad del SNIS (ley N°18211). En esta línea, se da una de las reformas de mayor importancia en relación de políticas públicas, desde que se salió de la dictadura cívico-militar en el año 1985. El PIPSM se implementa para mejorar la cobertura en la calidad de la asistencia, pero con más énfasis en los contenidos aperturistas de la asistencia psiquiátrica-céntrica, que caracterizó y que se mantiene aún en términos generales en el país.

Silva (2020) revela que en el período de 2015 y mediados del 2017, se hace foco de la discusión sobre la vigencia del modelo asilar, en sentido de una posible reforma asistencial y distintas propuestas de anteproyectos de la salud mental que tomaron para acordar el cambio de modelo. Se ejecuta un proyecto de investigación doctoral, yendo a la raíz del tema y así también haciendo ajustes al mismo. En ese mismo lapso, entra en espacio de discusión la forma de funcionamiento del PIPSM, entre acuerdos y desacuerdos se llega a coincidir entre los agentes para originar la Ley de Salud Mental. Es justamente que, en septiembre del 2017 se aprueba la primera Ley de Salud Mental N°19529 con el fin de transformar la reforma normativa.

3.2.2.1. ¿Qué se entiende por salud mental?

La salud mental a lo largo del tiempo ha llegado a ser visualizada desde varias perspectivas, lo cual está arraigado a un contexto de creencias, religiones, cambios culturales y situaciones sociales. En esta misma línea, a las enfermedades mentales se les atribuía concepciones mágico- religiosas como causas demoníacas, castigos de dioses, posesiones, locura, pecado y diversas percepciones que van desde lo palpable a lo incierto. Estas concepciones negativas sobre un ser que no encajaba en la sociedad traían consigo prácticas poco convencionales para la época actual, como por ejemplo exorcismos, aislamientos, medios religiosos y acciones violentas que atentaban contra la salud física, emocional y mental de dichas personas. (Escobar & Salazar, 2020).

Por otra parte, desde el siglo XV en adelante hubo indicios que pretendían implementar una lógica diferente, reflejando sus primeros cambios por medio de los árabes que introdujeron una concepción hospitalaria, cuya intención era cuidar a los débiles de espíritu. A su vez, surgieron cambios en la percepción del anteriormente calificado como "loco", pasando a ser concebidos como personas en situación de padecimiento. Atendiendo así su capacidad de cambiar de situación a través de otros métodos humanizados, dejando de lado la utilización de la fuerza y represión hacia este colectivo. Aunque las prácticas como el aislamiento trascendieron a lo largo del tiempo hasta épocas actuales, los nuevos tratamientos van desde diálogos morales entre enfermero y usuario, hasta una atención médica integral (Escobar & Salazar, 2020).

En este sentido, se puede señalar que se identificó la perspectiva tradicional de salud mental como un problema, dado que vulnera la dignidad de las personas atentando contra su salud física, mental, social y emocional. Por consiguiente, para atender esa problemática, surge la necesidad de plantear la creación de la Ley N°19.529, la cual define a la salud mental como "un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad." (Ley N°19.529, 2017, p. 20).

Desde esta óptica, la Ley de Salud Mental refleja que a la persona con afecciones en su salud mental se le debe garantizar una atención centrada en los derechos. Es decir, respetar su dignidad humana, siendo entendido desde una lógica integral, que pueda acceder a una buena calidad de vida sin ningún tipo de discriminación y pretendiendo asegurar su autonomía (Ley N°19.529, 2017). Al englobar estos aspectos, se busca salir de la lógica manicomial a una lógica transformadora, centrada en los derechos humanos y tomar a la persona como un ser integral.

Por otra parte, aunque la Ley presenta un avance significativo hacia una lógica integral y hacia un sujeto de derechos, sustenta sus fundamentos en un concepto de salud mental planteado por la OMS, el cual es criticado por Cuervo (2019) y no refleja nociones de cambio. El concepto trae en primer lugar, el planteamiento de "un estado de bienestar" (Ley N°19.529, 2017, p. 20), siendo éste criticado por intentar objetivar un aspecto que es intangible y subjetivo, debido a la singularidad de cada persona (Segre & Ferraz, 1997). Así mismo, la OMS hace referencia a "tensiones normales de la vida", (Ley N°19.529, 2017, p. 1). Como algo generalizado que no distingue las características propias de cada individuo, dejando de lado las particularidades de su contexto (Cuervo, 2019).

En esta misma línea, la OMS (2013) en su definición de salud mental concluye que la persona debe "trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad." (Ley N°19.529, 2017, p. 20) Este aspecto, simboliza cualidades de una

sociedad capitalista, la que refleja interés en el control de los cuerpos, como expone La Valle (2014): “se valorizó el cuerpo de las personas pensadas como fuerza de trabajo.” (p. 69). Asimismo, el autor Cuervo (2019), alude a que la OMS le da prioridad a la implicación de las personas en una vida productiva, pasando por alto aspectos característicos de la salud mental.

En la presente investigación, toma relevancia la perspectiva de los gestores de salud por lo cual, se cree necesario definirlo. En este sentido, el concepto de gestión indica la presencia de una persona o grupo de personas que serán las encargadas de identificar vulnerabilidades con el fin de determinar medidas, actuaciones y acciones que optimicen el accionar del área involucrada (Montañez, 2016). En esta línea, Escobar y Salazar (2020), menciona que la gestión debe establecer planes y proyectos que produzcan un efecto positivo para así dar lugar a nuevos enfoques y herramientas (p. 41).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la gestión en salud se encarga de identificar vulnerabilidades sociales en el sector salud y presentar medidas de acción, mediante la utilización de políticas públicas buscando darle solución a la problemática presente. Desde esta perspectiva, el realizar una investigación en esta área, sustentados en Molina (2006), citado por Vértiz et al (2021), resulta de gran relevancia dado que genera aportes de saber nuevos, como también, herramientas para el proceso de elección a la hora de tomar decisiones en cuanto a la resolución de problemáticas, (p 270).

En este sentido, resulta significativo el indagar la inexistencia del Licenciado en Educación Física en las políticas públicas de salud mental, con la intención de analizar y comprender el accionar de los gestores en salud. Dado que Escobar y Salazar (2020) expresan que “Se identifica poca existencia teórica y metodológica en el diseño de modelos de gerencia en atención a la salud mental.” (p. 76). De esta manera, se podría visualizar posturas, medidas y acciones para identificar de qué forma el área de la Educación Física podría aportar conocimiento y estrategias, para nuevas perspectivas de accionar, transformadoras e integrales.

3.2.2.2. Plan Nacional de Salud Mental

El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), se originó en el año 2020 con el objetivo de ser desarrollado hasta el año 2027, contemplando así un lapso de tiempo de 8 años siguiendo las recomendaciones internacionales. Dicho Plan “Contiene resultados a alcanzar en diferentes momentos de ese período, especificándose en el Plan los primeros dos años” (p. 8); es por ello, que debido a su progresiva implementación se establecieron metas intermedias a lo largo de ese periodo. Así mismo, se llevará adelante una evaluación final con

la intención de visualizar los resultados de su puesta en marcha, donde se considerará una valoración positiva en la medida que refleje efectos transformadores.

El PNSM se inició debido a la necesidad de llevar adelante el cumplimiento de lo decretado en la Ley de Salud Mental, por consiguiente, el mismo refleja que la concepción de salud es inherente a la de salud mental, reflejando que son inseparables, es decir que la afección de una repercute consecuentemente en la otra. Por ende, el PNSM debe garantizar a toda la población y más aún, a las personas con trastornos mentales, el derecho a la salud, y a su vez, el mayor grado de desenvolvimiento de sus capacidades, concediendo las posibilidades de poder alcanzar un estado de vida digna.

En cuanto al cuidado de las personas, el PNSM busca darle una perspectiva amplia donde se establezca un diálogo e intercambio de saberes de diferentes sectores de la sociedad, concluyendo en un accionar interdisciplinario en las áreas de promoción, tratamiento y rehabilitación. En contraparte de la perspectiva tradicional de salud mental mencionada anteriormente, el PNSM "presta especial prioridad a acciones encaminadas a la eliminación de toda forma de vulneración de derechos humanos" (p. 7). Con esta óptica se pretende transformar las prácticas y estrategias del manejo terapéutico en salud mental, dando lugar a una atención integral, multidimensional y emancipadora.

3.2.3. Salud mental y el accionar del educador físico

3.2.3.1. Bio-Educación Física y Biopolítica en salud mental

En este apartado se hará foco en la conceptualización y análisis crítico sobre la noción de bio-educación física, y su vinculación con la perspectiva de biopolítica, desde el punto de vista de varios autores. En este sentido, Foucault (2007) se refiere a biopolítica como "racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas…" (p. 359). Por su parte, Uro (2008, p. 8) simplifica esta concepción al mencionar que la biopolítica es la forma en la que el Estado interviene en los ciudadanos, mediante la utilización de estrategias y herramientas políticas para buscar posibles soluciones a problemáticas sociales.

En esta misma línea, desde la óptica del área de Educación Física, el Estado uruguayo ha intentado mejorar la calidad de vida de la población elaborando la Guía de Actividad Física (GAF) "¡A moverse!" (2017). En este ejercicio de poder, el gobierno, siguiendo los lineamientos internacionales provenientes de la OMS, propone bajo evidencia científica que se debe realizar actividad física, establecer estilos de vida saludables, seguir una alimentación sana, descansar adecuadamente, reducir el estrés y hábitos tóxicos. Además, hace referencia a los factores característicos e internos que dependen de la persona, y también externos, como

pueden ser el clima, el espacio u otras peculiaridades que pueden afectar dicha práctica (Guía de Actividad Física “¡A moverse!”, 2017, p. 10).

Por otro lado, este enfoque global que en un principio propone dicha Guía, desemboca en prescripciones generales y diagnósticos en base a indicadores aislados, como por ejemplo “caminatas de intensidad moderada 30 minutos por día” (p. 18). Este tipo de condiciones que plantea la GAF, les permite clasificar a las personas en denominaciones como “activo”, “inactivo" y “sedentario"; lo que sería una interpretación desdibujada al no considerar las circunstancias a las que la persona está expuesta o lo que realiza el resto del día (Bagrichevsky, Estevão & Palma, 2008, p. 125). Al seguir este lineamiento, se puede observar una incoherencia existente entre los principios planteados sobre hábitos saludables y cómo se evalúa a partir de un solo aspecto, como en este caso, el tiempo.

Así mismo, la GAF también manifiesta que “La supervisión de los programas requiere la guía de un profesional de la educación física” (2017, p. 41), siendo esta una las pocas veces que se nombra al Licenciado de Educación Física. Sin embargo, es el Médico quien es renombrado en múltiples ocasiones, haciéndolo responsable de prescribir actividad física a personas con patologías (p. 54), aunque esta área es específica del educador físico. Esto denota una lógica medicalizada, la cual utiliza modelos de reproducción homogeneizados, de tal forma que, este conjunto de procesos concluye en un sistema biomédico (Mendes & Carvalho, 2016, p. 38).

En este sentido, al predominar esta lógica biomédica, el vínculo del Licenciado de Educación Física al área de la salud se asocia a ejercer prácticas de una manera medicamentosa, dado que se prioriza el factor biológico de la persona. Es por ello, que su accionar se ve reducido a recetar o prescribir ejercicio físico como tratamiento para solucionar una enfermedad o dolencia, aislando al sujeto de su contexto y sin visualizarlo de forma integral; a este proceso se lo puede asociar a una conceptualización de Bio-Educación Física (Mendes & Carvalho, 2016, p. 38). Desde esta perspectiva tradicional y hegemónica, el rol del educador físico es susceptible a ser sustituido por programas como la GAF; los cuales promueven un urgente apuro por hacer AF de cualquier forma, a cualquier hora y lugar (Bagrichevsky, Estevão, Palma, 2008, p. 127).

Se puede señalar que los relatos sobre experiencias del trabajo del educador físico en el SNIS de Uruguay son escasos, las razones de esto pueden ser similares a las mencionadas en la experiencia del programa M21 (Brasil). Según Abib & Gomes, (2019), el M21 se basa en realizar hábitos y actividades por 21 días para lograr incorporarlos a una vida más saludable. Así mismo, los autores expresan que este tipo de programas tiene la idea de incentivar al autocontrol, así como también el autocuidado del sujeto, y de este modo reducir gastos públicos (p. 234), con el fin de “convertir a la salud en algo menos costosa para el

Estado.” (Bagrichevsky, Estevão & Palma, 2008, p. 128). Lo que manifiesta una similitud con la GAF presente en el PNSM uruguayo, la cual menciona la relevancia del educador físico como actor esencial en los programas de actividad física (p. 41), pero no exige ni se observa su espacio.

“Por lo tanto, este análisis deja en evidencia que el accionar del Estado, en su facultad de ente creador de políticas, programas, planes y demás; desde una lógica biomédica tiende a responsabilizar, única y exclusivamente, al indivíduo por su condición de vida” (Carvalho, 2005, p. 19). El Estado mediante la GAF se desvincula del compromiso de garantizar una salud integral a la población, en cambio se centra en nombrar los beneficios de la actividad física y brindar recomendaciones sin ofrecer un profesional que esté a disposición para el acompañamiento de dicho proceso. Como expresan Abib y Gomes (2019), este tipo de gestión que responsabiliza al sujeto de su calidad de vida propicia a generar una culpa interna en el mismo, lo cual puede ser por no poner en práctica las recomendaciones o no conseguir tales beneficios por sus propios medios (p. 239), lo que refleja una visión individualista y liberal, contraria a la salud colectiva.

En síntesis, los beneficios de la actividad física (AF) y ejercicio físico (EF) son evidentes, algunos de ellos pueden ser los que menciona el autor Álvarez et al. (2020), parafraseado por Carbonell (2022), como mejora de la autoestima, estado de ánimo, integración social concluyendo en una mejor salud mental (p. 8). Otros beneficios de la práctica de actividad física es que contribuyen a que “o pensamento se torna mais lógico, crítico e criativo; e há mais agilidade nas respostas a estímulos internos e externos.” (Nazaré et al., 2011, p. 129). En relación a los aspectos biológicos, la OMS (2021) indica que el realizar AF favorece a la forma física, salud cardiometabólica, salud ósea, disminución de adiposidad, mayor desempeño cognitivo y salud mental.

Reconocidos los beneficios de AF y EF, se deben replantear sus prácticas, el significado que conlleva para el sujeto que la realiza y el rol que cumple el Licenciado en Educación Física. Desde este orden, Carvalho (2001) entiende que recomendar prácticas aisladas con un enfoque biológico, sin adecuarlas a preferencias y realidad de la persona, conlleva a una pérdida de motivación y consecuentemente al abandono prematuro de las mismas. Por otra parte, toma importancia el rol del educador físico, siendo este el que debe establecer un planeamiento terapéutico integrativo e interdisciplinar, que fomente sentidos y significados desde la perspectiva de prácticas corporales, y no un tratamiento únicamente biológico (Salvatierra, 2020, p. 77).

3.2.3.2. Prácticas corporales en salud mental

En otro orden de ideas, el área de la Educación Física tuvo una historicidad arraigada a una mirada biológica desde sus inicios, con un enfoque higienista y militar, inclinado hacia un control corporal (Foucault, citado en Bagrichevsky, Estevão & Palma, 2008, p. 124). Sin embargo, en los últimos años ha intentado ir más allá de una atención tradicional, individualista, vacía y carente de pensamiento crítico; así como también hacia nuevos terrenos de actuación, como por ejemplo el área de la salud mental (Roble, Moreira & Scagliusi, 2012). Por lo tanto, su nuevo modo de intervención se inclina hacia una lógica más amplia, que contemple la voluntad, aspiración, gustos y necesidades del sujeto (Carvalho, 2006).

Así mismo, Mendes y Carvalho (2016) expresan que proceder desde esta visión integral, proporciona el espacio para "aprofundar a discussão sobre as práticas corporais como práticas de saúde, como modo potente de produção de saúde" (p. 47). Las prácticas corporales pueden ser entendidas, siguiendo la línea de Fraga (2013) como parte de una manifestación cultural, perteneciente a diversos grupos sociales. El autor menciona que las prácticas corporales son "justificadas pelos praticantes por motivos diversos, tais como convívio, saúde, distração, divertimento, estética, manutenção da forma física ou a combinação destes." (p. 137). Además, Fraga (2013) menciona que la realización de estas prácticas se encuentra desligada de obligaciones y pueden ser llevadas a cabo en el tiempo de ocio del sujeto.

Por su parte, Foucault (1994) citado por Crisorio (2015), agrega que se reconoce como objeto al cuerpo, englobando cuestiones que no escapan al raciocinio de la persona (p. 580). En estos términos, el educador físico a partir de un posicionamiento desde la salud colectiva, a través de su interdisciplinaridad, puede trascender las barreras establecidas hegemónicamente que representan una lógica biomédica. Por ende, esta perspectiva incentiva un abordaje renovador que va más allá de la práctica de AF sin significado para el sujeto, al sugerir diversas interpretaciones en lo que refiere al proceso de salud-enfermedad (Mendes & Carvalho, 2016).

Autores como Wachs y Fraga (2009) mencionan que los modelos de Bio-Educación Física tienen menos aceptación dentro de los CAPS (Centros de Atención Psicosocial), en comparación con aquellos que emergen del interés de los usuario/as, dentro del centro de atención. Estos últimos se vinculan a una perspectiva relacionada a la salud colectiva, entendiendo al abordaje de la Educación Física como prácticas corporales. A su vez, las prácticas corporales en el interior de los CAPS fomentan una perspectiva de desinstitucionalización (Wachs & Fraga, 2009; Roble, Moreira & Scagliusi, 2012), ligada estrechamente a los ideales expuestos en el Artículo 37 de la actual Ley de Salud Mental (N°19.529).

Con respecto a la participación del Profesional de Educación Física (PEF) en los CAPS, Da Silva y Batista (2022) relatan una experiencia en el desarrollo de Proyectos Terapéuticos Singulares (PTS). Desde este lugar, el PEF logró su mayor aporte dentro del grupo de prácticas corporales, enfocándose en trabajos funcionales para beneficiar la aptitud física y rehabilitación de los usuarios. A su vez, asumido el cargo de referente, el PEF pudo brindar una atención integral, apreciando la singularidad y limitaciones de la persona, y no haciendo foco únicamente en lo patológico. Cabe señalar que esta intervención individualizada se da a partir de la toma de decisiones en conjunto con los usuarios y demás profesionales, con la finalidad de garantizar los derechos de la persona teniendo presentes los principios de universalidad e integralidad (Da Silva & Batista, 2022).

Este formato de atención emplea las directrices del concepto de clínica ampliada, el cual, considerando las definiciones del Ministerio de Salud de Brasil (2010), se puede entender que apunta a brindar un servicio de atención de forma humanizada y mediante la creación de un vínculo con el usuario. También, el Ministerio de Salud de Brasil (2009), menciona que la perspectiva de trabajo de la clínica ampliada se debe desenvolver en un contexto de actividades no limitadas a la enfermedad o el profesional, sino que se deben desarrollar de forma transdisciplinar, logrando abordar de forma más eficiente la complejidad de atención en salud. Este concepto considera todos los aspectos que afectan el desarrollo de una enfermedad; es decir, aspectos sociales y psicológicos que influyen en la vivencia del usuario. Esto, a partir de generar vínculos de comunicación con los sujetos, donde se enfatice en el tratamiento de la persona como un ser complejo y no solo en la enfermedad como objetivo del tratamiento.

La Educación Física dentro de la salud mental no puede ser concebida como una mera prescripción de AF o EF, ya que desde esta perspectiva se limita su potencial de actuación (Varela & Oliveira, 2017). El educador físico desde esta óptica debe vincularse con el contexto en el que se encuentra, identificando necesidades y vulnerabilidades para adecuar sus prácticas. Así mismo, plantear modelos de intervención y cuidado desde una perspectiva de derecho (Amarante, 2007, p. 69), lo que permitiría utilizar las prácticas corporales como una importante herramienta transformadora dentro del campo de la salud (Salvatierra, 2020, p. 77).

En resumen, se puede señalar que el educador físico desde esta perspectiva más abarcativa e integral, puede acceder a múltiples posibilidades más allá de un periodo de tiempo dedicado a prescripción de AF y EF, impuesta desde un pensamiento externo al del sujeto. En base al movimiento teórico-político de Salud colectiva proveniente de Brasil, se puede proyectar una Educación Física desde las prácticas corporales, la cual atiende al sujeto desde una concepción humanizada e integral que fomenta la desinstitucionalización de los

usuarios. En suma, se constituye como una herramienta fundamental, idónea, que no promueve la salud desde una actitud demandante, sino como productora de salud desde un sistema bilateral entre profesional y sujeto (Mendes & Carvalho, 2016, p. 50), que atiende a los lineamientos legales del Uruguay.

Es por tal motivo que, la Educación Física dentro del campo de la salud mental sería una herramienta transformadora, a través de las prácticas corporales como instrumento portador de cambios, que atiende las necesidades, preferencias y sentidos del sujeto. Así mismo, generar espacios a partir de esta lógica, daría lugar a romper esquemas tradicionales; así como producir nuevas experiencias y saberes, ya que “Em um universo como o da saúde mental, no qual razão e sensibilidade, mente e corpo são polos tensos e intensos, o educador físico tem muito a aprender e, ainda, bastante a contribuir.” (Roble, Moreira & Scagliusi, 2012, p. 574).

4. METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.1. Tipo de investigación

El presente estudio, siguiendo la línea de Niño Rojas (2011), se puede caracterizar como una investigación de tipo descriptiva, por lo cual menciona que: “Su propósito es describir la realidad objeto de estudio [...] o las relaciones que se pueden establecer entre varios objetos, con el fin de esclarecer una verdad, corroborar un enunciado o comprobar una hipótesis.” (2011, p. 34). Desde este punto de vista, la presente investigación tiene por finalidad, comparar los documentos oficiales con los relatos de gestores de salud mental sobre el espacio del educador físico en la política de salud mental uruguaya.

Por otra parte, el abordaje de esta investigación se considera cualitativa, dado que coincide con los lineamientos de Batthyany y Cabrera (2011), quienes mencionan, que el enfoque cualitativo busca comprender la realidad social, de igual forma que en esta investigación se pretende dar cuenta de la perspectiva de gestión de políticas públicas, para conocer la respuesta a la posible ausencia del Licenciado en Educación Física en el área de salud mental.

4.2. Lugares y período

En referencia a los lugares donde se llevaron a cabo la recolección de datos, el estudio buscó abarcar a prestadores de salud que brindan un servicio privado y público, en Paysandú. Entendiendo por público a aquel servicio que es “Perteneciente o relativo al Estado” (Real Academia Española); y por privado a aquello “Que no es de propiedad pública o estatal, sino que pertenece a particulares.” (Real Academia Española). Por motivos de confidencialidad y para resguardar la identidad de los entrevistados, no se brindarán mayores datos acerca de las instituciones a las que éstos pertenecen. En cuanto al período de la realización de las entrevistas, estas se llevaron a cabo entre los meses de septiembre y octubre del corriente año 2023.

4.3. Población

La población con la que se trabajó implicó a referentes y gestores del sistema público y privado de salud mental en la ciudad de Paysandú. En este contexto, se hace necesario describir los criterios de inclusión y exclusión a la hora de seleccionar los sujetos a entrevistar (Gomez y Caminha, 2014). Como criterio de inclusión, se entrevistó a un referente que contaba con al menos un año trabajando en el área, con el fin de garantizar que el sujeto tenga experiencia y conocimiento acerca de las políticas públicas y su aplicación. Por contraparte, como criterio de exclusión, fueron aquellos sujetos que no tengan conocimiento

en el área de políticas públicas de salud mental, por la razón de que sería irrelevante para el objetivo de la investigación.

4.4. Recolección de datos

En cuanto a la grabación se la realizó con un dispositivo móvil, el cual cuenta con 32GB de memoria interna y 2GB de RAM. La grabación fue llevada adelante con la aplicación “Grabadora de voz”, que fue instalada en el dispositivo, para así llevar el registro auditivo del relato de los entrevistados.

Para el método de recolección de datos, se utilizó como herramienta la entrevista, con el propósito de conocer la perspectiva de los gestores para encontrar respuesta al problema de la presente investigación**.** La entrevista seleccionada es de carácter semiestructurada, lo cual significa que se establecen una serie de preguntas abiertas e implementadas para todos los entrevistados (Benadiba, 2007). La misma, fue grabada en forma de audio mediante un dispositivo de grabación, donde se informó su utilización al entrevistado con el fin de respetar aspectos éticos.

4.5. Revisión sistemática

En este apartado se hizo necesario realizar una Revisión Sistemática, con el fin de llevar a cabo una indagación de lo que se ha escrito relacionado al tema de investigación. Sustentados en Gomes y Caminha (2014) se entiende que la revisión sistemática es una herramienta fundamental a la hora de recolectar información científica y relevante para el tema a investigar. Por su parte Hernandez Samperdi (2014) menciona que, en la revisión, se debe ser selectivo para abortar los documentos que resulten importantes, actuales y que estén directamente relacionados con el tema de estudio. Para así elaborar una línea argumentativa, articulando las referencias obtenidas, con la finalidad de establecer los fundamentos bases para abordar los objetivos de la investigación.

En primera instancia se establecieron términos de búsqueda, con el propósito de obtener resultados relevantes y útiles, vinculados a la temática a desarrollar. La combinación de términos incluyó el uso de operadores booleanos que permitieron la integración de todos los términos. A su vez estos términos de búsqueda se utilizaron “entre comillas” considerando lo expuesto por Salvatierra (2020), “El uso de las comillas facilita la obtención del material académico a ser recuperado, ya que realiza la búsqueda de la(s) palabra(s) específica(s) que en su interior se encuentra(n).” (p.11). De esta manera construimos la combinación de búsqueda expuesta en el cuadro 1.

Cuadro 1 - Combinación de búsqueda de la Revisión Sistemática*:* "Cuáles documentos oficiales y producciones académicas relacionan la salud mental en articulación con el accionar del Educador Físico?".

"salud mental"	**AND**	**"gestión en salud"**	**AND**	**URUGUAY**

Fuente: Autores.

En este caso en particular se utilizó Google Académico el cual, según su página oficial, se describe como una manera accesible para recurrir a una gran variedad de literatura académica y a una diversidad de fuentes relevantes de múltiples áreas del conocimiento. Siendo así, en el sitio web se pueden encontrar, "artículos, tesis, libros, resúmenes y opiniones judiciales, de editoriales académicas, sociedades profesionales, repositorios en línea, universidades y otros sitios web." (Google Académico, s.f.)

A fin de ser rigurosos en el proceso de búsqueda y selección de documentos relevantes en el proceso de la revisión sistemática, se implementaron criterios de inclusión y exclusión. En primera instancia, se accede al repositorio seleccionado. Luego, se introdujeron los términos de búsquedas elegidos, para seguidamente en la indagación, incluir los criterios. Todos los documentos publicados fuera de los años 2023-2020 fueron excluidos, para así lograr adquirir documentos actuales. Por otra parte, se incluyeron criterios de idioma, los documentos en español y portugués fueron integrados por cuestiones de conveniencia y capacidad de manejar el idioma para el grupo de investigadores al momento de análisis de literatura.

Siguiendo esta línea, con el propósito de objetivar los resultados a la temática de estudio se debe garantizar que el título, subtítulo y/o palabras clave tendrían que poseer vínculo con las palabras clave de la investigación que se pretende llevar adelante (Salud Mental, Educación Física, Políticas Públicas, Gestión en Salud, Uruguay). A su vez, se establecerá el criterio de inclusión/exclusión, el cual hace referencia que al momento de acceder a los textos se encuentren completos y disponibles de manera gratuita. Para concluir, también, para reforzar la idea de acceder a documentos con vinculación al problema de investigación, se analizó la introducción, resumen y conclusiones de la literatura, de manera que deberán estar relacionados con problema de investigación. Los documentos que cumplan los criterios anteriormente detallados serán una herramienta fundamental para articular las bases de la investigación.

Para darle una estructura organizada a la revisión sistemática, se creó una tabla en Microsoft Excel ®, donde se puede registrar, enumerar y clasificar todos los archivos encontrados en los repositorios. La numeración está dada por el orden de la base de datos, en este caso, Google Académico, donde se optó por la categoría "relevancia". Se clasificaron

los artículos por colores en una escala de utilidad, en la primera instancia se utilizaron tres colores: verde correspondiendo a “es útil”, amarillo correspondiendo a “puede ser útil” y rojo correspondiendo a “no es útil”. En la segunda instancia, se hizo una lectura profunda a los artículos clasificados con el color amarillo, para definir si pasan a ser de color verde o rojo, es decir, si son útiles o no.

Los resultados de los 110 artículos encontrados en Google Académico, en la primera instancia fueron: 5 artículos útiles (color verde), 11 artículos que pueden ser útiles (color amarillo) y 94 artículos que no son útiles para esta investigación (color rojo). En la segunda instancia, luego de un análisis más detallado, de los 11 artículos clasificados como “puede ser útil” (color amarillo), 1 de ellos fue considerado como útil para la investigación (color verde). Por lo tanto, los 10 artículos restantes fueron clasificados como “no es útil” (color rojo), debido a que su contenido no aportaba información relevante al tema de investigación, o en algunos casos, no se pudo acceder al artículo completo de forma gratuita.

4.6. Análisis de datos

Luego de recolectar los datos se pasó a la parte de análisis de los mismos, lo que refiere a acciones como transcribir, organizar y, desde luego, analizar. Este proceso organizativo permite categorizar dichos datos para que finalmente el investigador pueda llegar a una conclusión en base a ellos (Gil, 2002). Por consiguiente, se indagó las respuestas con la finalidad de obtener asociaciones que tengan la preponderancia para aumentar el conocimiento acerca del problema en cuestión. Según Bardin (2011), dicho análisis cuenta con una estructura compuesta por tres momentos: preanálisis, la exploración de material y el tratamiento de resultados; este último está sujeto a inferencias e interpretaciones.

En cuanto a la primera fase denominada preanálisis, se pretende darle una organización sistematizada que consiste en la formulación de categorías y temáticas, que establezcan un sustento para las siguientes etapas e interpretaciones finales (Bardin, 2011). En este sentido, se presentará una descripción de las cuatro categorías de análisis seleccionadas para clasificar las temáticas de las entrevistas, las cuales fueron identificadas mediante la utilización de colores. A la primera categoría se le asignó el color verde, la segunda fue representada por el color azul, para la tercera se utilizó el color amarillo y en lo que refriere a la última, se la identifico con el color rojo.

En cuanto a la primera categoría, alude hacia aspectos personales de los entrevistados, abarcando su formación académica y experiencia laboral. La segunda se centra en el conocimiento que posee el sujeto acerca del Plan de Salud Mental y su experiencia en la elaboración y gestión de políticas públicas en salud mental. En tercera instancia, se tuvo en cuenta las perspectivas conceptuales acerca de salud mental y su descripción sobre los

procesos de cuidados en las instalaciones. La última sección de análisis se refiere a la perspectiva que presentan los entrevistados, acerca de una posible actuación del educador físico dentro del área de salud mental.

4.7. Aspectos éticos

En lo referente al proceso de producción y publicación de los datos, se tuvieron en cuenta los lineamientos éticos mencionados en el Decreto 379/008. En este sentido, cabe resaltar que desde una óptica general se alude a garantizar el consentimiento libre e informado al sujeto a entrevistar, que este acceda de forma voluntaria a la realización de la entrevista y a cualquier suceso que lo involucre. La entrevista debe ser de carácter ético, formulada de forma objetiva y asegurar la confidencialidad, privacidad, protección de imagen y la no estigmatización del sujeto. A su vez, se debe informar sobre la temática, objetivos y métodos al entrevistado, con la finalidad de que para los involucrados no represente ningún tipo de afección a su integridad, derechos, libertades y su dignidad.

Es necesario aclarar que el protocolo de entrevista, acuerdos y preguntas debió pasar por el comité de ética, con el fin de garantizar los lineamientos correctos presentes en el Decreto 379/008. En última instancia cabe recalcar, que este proyecto se adhiere a los principios éticos establecidos para la investigación, los cuales comprenden: el requerimiento de un consentimiento voluntario e informado, el respeto hacia la dignidad y autonomía de los sujetos participantes en el estudio, su disposición, colaboración y la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento. Estos principios son conocidos como el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado denominado resultados y discusiones, se procederá a exponer de manera descriptiva los relatos de los sujetos entrevistados, posteriormente poner en tela de juicio conceptos, procesos y perspectivas; con la intención de dar respuesta a los objetivos. En primer lugar, la entrevista realizada fue con el “Sujeto 1”, el cual se formó en el área de medicina con orientación hacia psiquiatría y posee un cargo importante en el área de salud mental, en un servicio privado de salud. El acercamiento inicial con el sujeto 1 se dio por medio de la profesora orientadora Ana Batista y el profesor Edwin Cañon, el día 07/09/2023 a la hora 09:00, donde se dialogó con el mismo y se coordinó la entrevista para el 11/09/2023. Llegada la fecha, se concretó la entrevista en la sede del Centro Universitario Litoral Norte de Paysandú, a la hora 08:30.

En cuanto a la segunda entrevista, el primer contacto fue nuevamente a través de los profesores Edwin Cañon y Ana Batista, donde se coordinó un acercamiento para el día 08/09/2023. Llegada la fecha, se presentó una charla con uno de los referentes del lugar, en la que nos posibilitó la conexión con el “Sujeto 2”, el cual podría brindar aportes significativos para la investigación debido a su amplia experiencia en el área. El día 12/09/2023 se realizó un primer acercamiento con el sujeto 2, en el cual se presentaron los lineamientos principales de la investigación y los intereses por sus posibles aportes. Al día siguiente (13/09/2023), se concretó la entrevista a la hora 08:00.

En última instancia, la hipotética tercera entrevista tuvo un contacto inicial por medio de la profesora Ana Batista a través de correo electrónico, para luego entablar una comunicación telefónica que posibilitó la coordinación de un encuentro en el MSP Dirección Departamental de Salud Paysandú. El 03/10/2023 a las 10:00 se concretó el primer acercamiento donde se presentó la temática de investigación a los profesionales del lugar, ya que el “Sujeto 3” no pudo concurrir al encuentro. El día 10/10/2023 se realizó una llamada, en la cual el equipo de investigación recordó acerca de una reprogramación de la entrevista, en esta ocasión la respuesta fue negativa, por la razón de que el sujeto de interés solicitó una autorización a sus superiores para acceder a la entrevista.

5.1. Caracterización de los gestores

Esta categoría pretende abordar aspectos de la formación de los sujetos y de sus experiencias (Cuadro 1), en torno a lo laboral en el área de salud. En cuanto a la caracterización del Sujeto 1, en primera instancia, detallando su formación se puede constatar que estudió en la Facultad de Medicina donde egresó como Médico. Posteriormente accedió a un posgrado en Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Luego, mediante el desarrollo del

trabajo como Médico de familia y comunidad durante más de una década, logró acceder a un título de especialista en dicha área. Por su parte, el Sujeto 2, refiriéndose a su formación, describe que es titulado como secretario y así fue su ingreso al Hospital, luego realizó un curso de Auxiliar de Enfermería y culminó su ciclo de formación realizando la Licenciatura de Enfermería.

En segundo lugar, aludiendo a su experiencia, el entrevistado 1 ejerció como Médico de familia y comunidad, luego se desempeñó como Psiquiatra de niños y adolescentes. También desarrolló labores como coordinador del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en Paysandú y actualmente desarrolla labores en la coordinación del área de salud mental, en un prestador de salud. Por su lado, el sujeto 2 detalla que su experiencia laboral comenzó como secretario en un servicio de prestación de salud, luego, en el mismo sitio desarrolló tareas en el área de registros médicos y una vez titulado como Auxiliar en Enfermería desarrolló tareas en el área de Psiquiatría. Después realizó trabajo comunitario siendo pionero en el lugar desde el sector de Enfermería, trabajando en proyectos y en nuevos espacios de inserción.

Cuadro 1 - Subcategorías de la caracterización de gestores del área de Salud Mental. Paysandú, 2023.

SUBCATEGORÍAS	RELATOS
FORMACIÓN	"Yo soy médico, este:::, formado, formado-egresado de la Facultad de Medicina en el año 1987. Eh::: después accedí al posgrado de psiquiatría de niños y adolescentes[...] trabajé como médico de familia y comunidad, desde el año 89 hasta el año 2005, y ahí accedí al posgrado por competencia notoria que se llama; por estar trabajando durante muchos años en la especialidad en forma documentada y registrada con créditos, accedí al título de especialista en medicina familiar y comunitaria en el año 2003 por competencia notoria." S1 "Había estudiado para secretaria e ingresé como secretaria." S2 "Después yo estudié para auxiliar de enfermería, trabajando en el Hospital, hice un curso de auxiliar de enfermería aparte del Hospital" S2 "hice la carrera de licenciatura en la universidad de Salto, en la carrera escalonada en licenciatura" S2
EXPERIENCIA	"Estuve 15 años trabajando en la oficina territorial y desde el año 2021 al momento actual estoy como coordinador del área de salud mental [...] vinculada a lo que es la gestión de los cargos de psiquiatría, psicología y el funcionamiento del área (x)." S1

EXPERIENCIA (continuación)	“En el área laboral este, me desempeñe como, [...] como médico de familia desde el año 90, ¿no?, ’hasta el año 2005, eh después como psiquiatra de niños y adolescentes, en el año 92 hasta el momento actual, como en la parte asistencial dentro de la mutualista local” S1 “trabajé desde el año 2005 al año 2020 como coordinador del Ministerio de Desarrollo Social” S1 “Después de eso era la secretaria de pediatría y prematuros, además de secretaria llevaba las histo:::rias de los chi:::cos viste, “me pasaron a registros médicos, en registros médicos, [...] Ahí aprendí toda la parte de registros médicos y de informática digamos, de estadística, porqué registros médicos es todo en uno no?” S2 “[…]un día fui y le pedí a una licenciada que era jefa y me ofreció para entrar como auxiliar de enfermería en la parte de la sala de psiquiatría, a hacer una suplencia y yo le dije que bueno ta iba, por Patronato. Ahí yo hice los tres meses de suplencia, me despidieron y nuevamente me contrataron y ahí continué trabajando hasta que me jubile ahora cuando a ustedes les dije, en mayo.” S2 “Después, en la parte de salud mental, cuando se dio una orden, porque fue así, fue una orden desde salud mental del Ministerio, se separó lo que era la sala y se hizo la parte de… (3) de policlínica digamos y en esa parte de policlínica, la gente que estaba en sala se le ofreció a ver quien quería salir a trabajar y yo me ofrecí. Ahí salí del trabajo de sala al trabajo comunitario, a aprender porque nadie sabía bien lo que era el trabajo comunitario, entonces ahí empezamos a aprender. ¿Cómo aprendimos? Bueno ahí se armó un equipo de trabajo, que bueno fue incorporando, yo fui la primer auxiliar de enfermerí:::a, después vino o:::tra, después se contrató a o:::tra, después se contrató a una licenciada. S2 “En la parte de salud mental, continué en los mismos lugares digamos trabajando más o menos de la misma forma, viendo distintos proyectos, viendo las diferentes patologías, de cómo podíamos insertarnos, como podíamos trabajar con las diferentes patologías, y siempre, pero aprendiendo más desde el interés nuestro.” S2

Fuente: Elaboración propia.

Realizando un análisis de las respuestas de los entrevistados expuestas en el Cuadro 1, se puede visualizar que las orientaciones de su formación fueron distintas, lo cual resulta

útil para el abordaje de la investigación, ya que brindarán aportes desde ópticas diferentes. Asimismo, en cuanto a su experiencia laboral, cabe destacar que uno formó parte de un prestador de salud privado, mientras que el otro se desempeñó en un sector de salud público, de esta forma, se logra visualizar las realidades de cada ámbito del sistema de salud. Ambos poseen una amplia trayectoria ejerciendo su función, no obstante, se encargaban de labores diferentes, es por ello que su descripción del servicio difiere, logrando obtener un relato que conforma un panorama diverso.

5.2. La gestión del Plan de Salud Mental

En general, esta categoría de análisis pretende conocer las experiencias de los entrevistados en torno a la gestión y ejecución del Plan Nacional de Salud Mental (2020). Particularmente se enfoca en las acciones que los entrevistados consideran que han sido llevadas a cabo de acuerdo al plan, además de conocer cómo estos evalúan el alcance actual de dichas acciones, y finalmente, los posibles vínculos entre la actividad física y la salud mental que pudieran ser observados en el PNSM. Cabe mencionar que esta categoría de análisis se subdivide en tres subcategorías: acciones, evaluación y prácticas corporales/actividad física; las cuales pretenden caracterizar la información brindada por los entrevistados en el Cuadro 2.

En cuanto a la experiencia de los sujetos en la elaboración de políticas públicas, no se pudo entrevistar al representante del organismo elaborador y regulador de políticas en materia de salud, en Paysandú. Lo cual es un dato de gran relevancia para esta investigación, ya que refiere a la imposibilidad de obtener la perspectiva de una persona involucrada directamente en el área de interés, lo que daría respuesta a los objetivos propuestos. Este suceso toma importancia al tener en cuenta que los referentes de las políticas públicas de salud son escasos, ya que la población de interés de la presente investigación se centró concretamente en la ciudad de Paysandú.

Con respecto a las entrevistas realizadas, el sujeto 1 mencionó que no se encuentra directamente relacionado a la construcción de políticas de salud mental, pero que, desde su área laboral, desempeñada en la coordinación del MIDES, brindaron aportes para el área de salud. Asimismo, el entrevistado menciona que abordando la dimensión social colabora en la salud de las personas, debido a la interpretación de salud que contempla. Por su parte, el sujeto 2, no presenta experiencias en cuanto a la elaboración y evaluación de políticas públicas. En esta línea, el sujeto 1 expresa la importancia de la inclusión de la Psicología en los servicios de prestación de salud, a modo de acompañamiento para aquellas personas que padecen enfermedades crónicas, donde reconoce un avance conceptual con respecto al modelo anterior.

En este apartado de evaluación, el entrevistado 1 expresa que las evaluaciones de las metas propuestas del Plan de Salud Mental son insuficientes, por motivo de escasez de presupuesto, ya que menciona que es el primer plan que se origina sin apoyo monetario. En última instancia, en cuanto al vínculo de la actividad física y el PNSM, el sujeto 1 hace referencia a la concepción que plantea el plan acerca de la salud, entendiendo que implícitamente conlleva aspectos que abarcan la actividad física, prácticas corporales y recreación. Asimismo, recalca que estos deben ser implementados por fuera de los servicios prestadores de salud, ya que la mayor parte de estos malestares se dan en la cotidianeidad de las personas, las cuales necesitan asesoramientos en relación al cuidado de su salud.

En cuanto a las acciones llevadas a cabo desde que se implementó el plan en 2020, el sujeto 1 menciona que desde su área de Desarrollo Social coopera en la ejecución de los programas. El mismo entiende que abordando la dimensión social se aporta a la salud de las personas, es decir, que deja de lado la visión negativa de la salud y opta por un enfoque integral.

Esta perspectiva coincide con lo expresado por Bertolozzi y De la Torre Ugarte Guanilo (2015), los cuales mencionan que la influencia de aspectos sociales y económicos determinan la salud del sujeto, correspondiendo a los lineamientos de la salud colectiva que van paralelamente a lo mencionado en el SNIS.

Por otro lado, en lo que refiere a los avances, el sujeto 1 expresa que no existen grandes cambios, sin embargo, reconoce que la inclusión de la Psicoterapia como tratamiento para personas con enfermedad crónica, es un progreso en el área. Ahora bien, ¿realmente se podría considerar un avance, el apoyo de un Psicólogo en áreas que, si pensamos lógica y humanitariamente, ya debería de estar trabajando con anterioridad? Respecto a esto, el entrevistado agrega que la mayoría de dichos avances son conceptuales, o sea reconocer la importancia de tratar la salud mental, más no, de otorgar un apoyo de recursos económicos y/o profesionales, que aporten al abordaje integral que tanto se pregona.

En relación a lo anterior, cuando se le indaga al entrevistado sobre si en el PNSM se establece algún vínculo entre actividad física y salud mental, contesta refiriéndose a que estos aspectos se encuentran relacionados de manera implícita en la definición de salud. Lo cual conlleva a pensar, si se reconocen los beneficios de actividad física, ejercicio físico y prácticas corporales en la salud e integralidad de las personas ¿por qué no explicitarlos?. Se visualiza una tendencia a resistir su implementación, los motivos pueden ser económicos, ya que el sujeto 1 al hablar del plan menciona que es la primera política pública que aún no cuenta con presupuesto. A su vez, pueden ser problemáticas institucionales, que se resisten a la implementación de nuevos modelos de intervenciones, entendiendo que los lineamientos del plan no han tenido avances.

Cuadro 2 - Subcategorías de Gestión del Plan de Salud Mental. Paysandú, 2023.

SUBCATEGORÍAS	RELATOS
ACCIONES	"si bien el diseño de las políticas eran centralizadas, nosotros lo que tenemos que es aportes para la construcción de la política pública vinculada al área de desarrollo social …Desde ese lugar hicimos aportes, no hicimos el diseño, el diseño de la política se hacía a nivel central y después fue la ejecución de esos programas" S1 "Lo de la psicoterapia es un importante avance, porque en realidad el área de psicología no estaba incorporada a las prestaciones, entonces que existan ya es un avance." S1 "Que se incorporen psicólogos para atender los aspectos emocionales de esas personas, ya es un avance, este, importante del modelo ¿no?" S1 "Se entiende, es que(x), los avances son conceptuales, no son de recursos, este(x), significativos. Son que dentro de la prestación de salud se empieza a reconocer que estos aspectos tienen que ser atendidos. Ese es para mí un avance de un proceso lento ¿no? muy chi-, de avances pequeños ¿no? Pero, pero significativos a la hora de que antes, por ahí ni se reconocía, ahora se reconoce y hay recursos que están siendo asignados para eso." S1 "((Se sitúa las manos en el mentón)). No, yo no." S2 "Yo de ahora no puedo hablar porque viste ya no estoy, sé que ha habido cambios allá en la parte de salud mental sé que hay varios cambios y hay otros que están en propuesta para hacerse pero no te puedo decir porque ahí estoy inventando." S2
EVALUACIÓN	"arrancó en 2017-18 y termina de formularse en el 2019 con la aprobación en el 2020. Y tiene una particularidad importante, es el primer plan nacional de salud mental que nace sin un peso, y sigue sin un peso 😅. O sea no tiene presupuesto." S1 "Insuficientes." S1
PRÁCTICAS CORPORALES/ ACTIVIDAD FÍSICA Y SU VÍNCULO CON EL PNSM	"parte de lo que significa la definición del 2018, implica atender, este, todos aquellos aspectos que son recreativos, que son, este, de actividad física ¿no? de:::, de:::, de lo que significan las prácticas corporales ¿no?. Entonces, en ese sentido, este, es bien significativo entender que, que::: deben ser incorporados todos esos elementos a la(x) salud. Pero habitualmente, eh:::, no desarrollados dentro de prestadores de salud" "acá vuelvo al concepto inicial ¿donde transcurre la mayor parte de estos malestares? <que la gente necesita ser atendida o que tiene que tener una orientación o que tiene que tener un asesoramiento, que eso es cuidar la salud>, es fuera de la prestación de salud; donde la gente vive, donde la gente, eh, se desarrolla, donde la gente, eh:::, convive con otros, donde hace sus diferentes actividades." S1 "Ahí debería-, en los centros educativos ¿no?, en los centros recreativos. Ahí debería ser desarrollada una política pública donde la práctica corporal, donde la actividad física debiera ser, este, mejor atendida." S1

Fuente: Elaboración propia.

En resumen, contemplando los aportes de Salvatierra (2020) esta no implementación de nuevos espacios y falta de incorporación de profesionales que aporten al área, sumado al poco respaldo por parte de los prestadores de salud, pueden llegar a entorpecer la aplicación de la Ley. Esto genera una limitante a la hora de ejecutar nuevas formas de producción de

acciones enfocadas a la salud, dejando al usuario con una atención reducida y estrechamente relacionada a lo biomédico y medicalizado, como ha sido la lógica hegemónica. En este marco, se percibe una incongruencia con lo que plantea el plan, ya que en el concepto de salud mental se resalta una atención integral, pero esto no se ve reflejado en la práctica, así como también en la calidad de los servicios que brinda.

Por tal motivo, el implementar las evaluaciones para diagnosticar los efectos de las políticas públicas, en base a lo que menciona Subirats (2008), se torna de gran importancia, para así lograr visualizar la valoración de su puesta en práctica y las metas propuestas en lo que refiere al PNSM. En relación a lo anterior, dicho plan se llevará adelante hasta el año 2027, donde se le realizará una evaluación final, pero asimismo presenta metas intermedias evaluables cada dos años. Estas metas, en consideración del sujeto 1 son insuficientes, teniendo en cuenta que ya son cuatro años desde su implementación y que hasta el momento no se pudo hallar una evaluación de acceso público referente al mismo, lo cual lleva a cuestionar las acciones relevantes de dicho plan.

En concordancia con lo anterior, Minoletti y Zaccaria (2005) relatan su experiencia en Chile, donde subrayan la necesidad de una evaluación continua, abordando tanto el impacto a corto plazo como los resultados a largo plazo, para comprender plenamente la efectividad de las políticas. En este contexto, Leiva Peña et al. (2021) complementan este enfoque al destacar que el respaldo financiero está directamente vinculado a la efectividad en la aplicación de las políticas públicas. En este sentido, mencionan que, en países en desarrollo, como en Uruguay, cobra una gran importancia la evaluación, ya que replicar modelos de naciones desarrolladas sin una adaptación al contexto económico del país, puede limitar el impacto de estas. Es por eso que señalan que contar con un presupuesto sólido y una evaluación a largo plazo son las claves para garantizar una ejecución efectiva de las políticas en salud mental.

5.3. Concepto de salud mental y procesos de cuidado

En esta instancia, se procederá a abordar las concepciones de salud mental que presentan los sujetos entrevistados, así como también la atención que se brinda en el sistema de salud (Cuadro 3). Se optó por las subcategorías: concepto académico, concepto empírico, procesos de cuidado y atención interdisciplinar. Se identificaron dos tipos claros de concepciones sobre salud mental, una identificada como académica y otra más tendiente a las experiencias del sujeto, es decir, de carácter empírico. Finalmente, en las demás subcategorías se pretendió recabar información respecto a los procesos de atención y profesionales que abordan al usuario, desde su ingreso al área de salud mental hasta su alta hospitalaria.

En este aspecto el Sujeto 1, se basa en un concepto sustentado en la OMS, el cual la entiende por la capacidad que tiene la persona para identificar sus habilidades, condiciones y poder desarrollarlas con el fin de aportar a la comunidad. A su vez, reconoce que la salud debe ser comprendida desde la integralidad de la persona, es decir, que para hablar de salud primero se debe tener en cuenta los factores que se encuentran en su entorno, como lo son las condicionantes sociales, psicológicas y biológicas que la afectan de una forma u otra.

Asimismo, el Sujeto 1 también presenta una concepción empírica en contra de la compartimentación de la salud, en otras palabras, aborda aspectos psicológicos, sociales y ambientales que el modelo de atención centrado en la salud biologicista deja de lado. En esta línea, el sujeto 1 basado en su experiencia, cree que se debe evitar el modelo biomédico articulado en una lente biomédica sobre la salud, ya que va en contraparte de la perspectiva integral que él mismo defiende. Por su parte, el sujeto 2 presenta un concepto empírico, que proviene de su extensa experiencia laboral en el área. En esta concepción refleja que la salud mental está muy vinculada con la racionalidad de la persona, destacando la necesidad de encontrar un equilibrio entre inteligencia y emociones, es decir, ser capaz de actuar con conciencia y accionar con lucidez.

En la sección de procesos de cuidados, el sujeto 1 detalla que el procedimiento comienza cuando el usuario accede al prestador de salud, donde el primer contacto se da con el equipo primario, compuesto por Médico general, Pediatra, Enfermera y casualmente un Administrativo. Estos profesionales son los encargados de recepcionar a la persona e indagar acerca de su malestar, para posteriormente realizar una derivación hacia los “Tratamientos Específicos”. Por otra parte, el sujeto 2, detalla el proceso de cuidado desde la perspectiva de un trabajador del primer nivel de atención, describiendo el procedimiento de llegada de un usuario a la Policlínica. En este relato, el entrevistado menciona que se hace una primera evaluación para detectar a qué se debe su problema, y si debe ser considerado como una urgencia para una futura derivación con un especialista.

En cuanto a la subcategoría de cuidado interdisciplinar, el sujeto 2 menciona que existe una dificultad para llevar a cabo un trabajo en equipo, ya que depende mucho del Médico que se encuentre en el lugar. Así como también de la perspectiva que éste tenga acerca del trabajo inter o multidisciplinar, por el motivo de que hay una idealización del Médico como el profesional a cargo de cada sector y de la toma de decisiones. Por lo cual, el entrevistado difiere, debido a que su pensamiento es que cada persona debe realizar la tarea para la que es potencialmente buena y lo que engloba su formación, aportando desde su área con los demás profesionales. De la misma manera, el sujeto 1 expresa una posición opuesta a la compartimentación, lo que según él es el abordaje de distintos profesionales de forma aislada, considerado como el modelo predominante en la atención en salud.

En lo que respecta a los tratamientos e intervenciones que tienen lugar en el SNIS, el sujeto 1 menciona que los cuidados comienzan a partir del acercamiento inicial del usuario al primer nivel de atención. El referente del primer nivel se encarga de derivar al usuario a un nivel de complejidad superior, donde lo recibe un equipo de recepción de salud mental conformado por un Psiquiatra y un Psicólogo, quienes evalúan el estado del usuario. El grado de malestar del usuario condiciona el tipo de tratamiento que se asignará, además de la medicación se le realiza un seguimiento mediante Psicólogos y la realización de psicoterapia, siendo este tratamiento considerado por el entrevistado un avance en salud mental.

En esta sección, se abordará críticamente lo que refiere al concepto de salud mental expuesto por los entrevistados en el Cuadro 3, para luego establecer vínculos y diferencias entre sí, y al mismo tiempo se tomarán autores que contribuyan a desarrollar el análisis. El sujeto 1 al momento de definir salud mental tomó como referencia el concepto de la OMS, el cual fue criticado anteriormente en el apartado de marco teórico, por no proporcionar cambios y/o avances significativos que contribuyan al actual abordaje del sujeto en toda su integralidad. A su vez, el sujeto agrega nociones significativas que surgen de su entendimiento del concepto de la OMS, lo cual lleva a un abordaje más amplio a la hora de entender la salud de las personas.

Aludiendo a la mencionada interpretación del entrevistado sobre tal definición, éste contempla el aporte a la comunidad desde el bien común, aborda una óptica emocional basada en el desarrollo de actividades laborales alegres, cuidar la salud de los demás, actuar con empatía. Estas cuestiones, según él, se encuentran implícitas en el concepto planteado por la OMS; aquí se puede establecer un vínculo entre el relato del entrevistado y lo que plantea Breilh (2013), donde denomina las determinaciones sociales como circunstancias en las que las personas se desarrollan y conviven. Asimismo, Breilh (2013) desde el paradigma de la “Epidemiología crítica”, menciona que se debe ofrecer una oposición a aquellos sistemas laborales cuyos entornos generan un gran deterioro a la salud de la población.

Con respecto al concepto empírico, el sujeto 2 menciona un significado de salud mental que tiene presente el equilibrio emocional y el estado de lucidez de la persona, lo cual tiene similitud con la interpretación del sujeto 1. Por ende, ambos consideran relevante la autoconciencia, aceptarse a uno mismo y participar afectivamente en su entorno como aspectos esenciales al hablar de salud mental.

Por consiguiente, el lente de los entrevistados apunta a una racionalidad que se resiste a la lógica hegemónica tradicional, ya que considera otras dimensiones y no sólo el factor biológico. Cabe destacar que esta postura adoptada por los sujetos 1 y 2, denota una transición del pensamiento convencional hacia un posicionamiento crítico, lo cual es

imprescindible en el área de la salud, así como en otros campos (Bagrichevsky, Estevão, Palma, 2008).

En la subcategoría de procesos de cuidados se realizará un análisis que permita identificar qué tipo de intervención se le brinda al usuario, pudiendo tomar aportes del sector público como del privado. En este sentido, ambos entrevistados coinciden, en que el contacto inicial con el usuario se da por medio de la escucha y el diálogo, lo cual, es considerado como tecnologías blandas por de Carvalho et al. (2007). Estas tecnologías entendidas como anti hegemónicas, establecen su foco en configurar un proceso de producción de cuidado mediante un vínculo afectivo de escucha, diálogo responsabilidad y protección con el usuario, percibiendo y valorizando sus necesidades (De Carvalho et al., 2007).

De igual forma, al comparar los relatos, se puede ver que en un sector de salud se plantea un modelo de trabajo en conjunto, donde varios profesionales aplican sus conocimientos, lo que indica una lógica interdisciplinar. Mientras que el otro sector funciona a partir de derivaciones de un profesional a otro, dividiendo los campos de acción, lo cual se torna de carácter multidisciplinar (Menéndez, 1998). Por otra parte, los equipos encargados de brindar atención en las CAPS en Brasil, están compuestos por Educación Física, Enfermería, Psicología, Servicio Social y Terapia Ocupacional (Varela y Olivera 2018), que en comparación a la descripción de los equipos de trabajo en Uruguay, mencionados por los entrevistados, deja al descubierto que son muy limitados.

En la sección de cuidado interdisciplinar, el entrevistado 2 expresa su inconformidad con el funcionamiento de un trabajo en equipo que se ve perturbado por el acaparamiento y toma del poder del Médico, lo que convierte a un trabajo interdisciplinar que tanto se pregona, en una utopía. De Sousa Campos (s/a), citado en Arnaudo et al. (2012), menciona que este poder centrado en un solo profesional no refleja confianza y validez en la intervención del resto de los profesionales, y además poca flexibilidad para trabajar desde una perspectiva integral, lo que dificulta abordar problemáticas complejas. Este ideal imposibilitado por tal accionar, culmina en un proceso truncado que según Stolkiner (2015), citado por Garzaniti y Romero (2018), no reconoce las limitantes que cada disciplina posee, brindando una atención fragmentada que repercute en el usuario.

Cuadro 3 - Subcategorías de concepto de salud mental y procesos de cuidado. Paysandú, 2023.

SUBCATEGORÍAS	RELATOS
CONCEPTO ACADÉMICO	"entendiendo por salud la concepción integral biológica, psicológica, social y ambiental, no? Entonces trabajando en lo social es un componente importante de salud, ya que la gente por sus condiciones de vida, la situación de pobreza, las vulnerabilidades, las violencias, todos esos elementos eran significativos para que la gente tuviera afectada su salud." S1. "De acuerdo a lo que dice la OMS, una definición de 2018, se entiende por aquellas cosas que tienen que ver con reconocer nuestras capacidades, identificarlas en primer lugar [...] Después he::: conceptualizar las condiciones laborales en las que estamos o sea nuestra situación laboral, es también parte de nuestra salud mental." S1 "Hacer un aporte a la comunidad también tiene que ver con la salud mental ¿no? dice la OMS, no es simplemente cuidar mi salud sino que también está en relación con el lugar donde vivimos y que podamos hacer un aporte a la comunidad entonces lo que se llama el bien común, cuidar el bien común es también parte de nuestra salud mental […] desarrollar un trabajo con alegría, con entusiasmo, con dedicación, todos esos elementos son los que contemplan esta definición de la OMS, […] desarrollar algo que se llama la empatía, que es ponerse en el lugar del otro, entonces es una cuestión de convivencia éste, que está implícita en la definición de la OMS en salud mental." S1
CONCEPTO EMPÍRICO	"Te puedo decir la definición, bueno yo realmente creo que la salud mental éste::: es un conjunto, es éste, por así decirlo la lucidez que uno tiene::::que tiene que ver con la inteligencia, con la emoción, con éste::: la ése esa relación em:::: es poder llegar a estar éste:::sin definición es cómo poder llegar a estar em:::de acuerdo lo que vos pensas, lo que sentís con los que vos haces." S2 "Siempre me parece importante esto que es, tratar de evitar la compartimentación de la salud [...] es decir, el modelo de atención en salud ha estado más centrado en el cuerpo,

CONCEPTO EMPÍRICO (continuación)	dejando de lado los aspectos psicológicos, los sociales y los aspectos ambientales. Lo primero que tenemos que romper es con ese modelo, que es el que predomina, ¿no? Cuando uno le pregunta a la gente eh:::que es la salud, la gente te contesta: "bueno que es no estar enfermo" o sea pone acento en la enfermedad y pone el acento en el cuerpo, o sea que pueda andar, moverse, entonces el primer modelo que tenemos que romper es ese." S1 "En ese sentido todo lo que es aporte a lo que no es corporal es una forma de estar aportando a lo mental de la salud, todo lo que es cuidar las condiciones de trabajo, cuidar el ambiente en el cual se está desarrollando la convivencia, los temas de seguridad, son también formas de cuidar la salud." S1
PROCESOS DE CUIDADOS	"los cuidados arrancan ya desde el primer contacto que entra la gente con eh, un prestador de salud." S1 "el servicio de salud es el que debe, en primer lugar, el equipo primario. Que sería el médico general, el pediatra, este, la enfermera ¿no? A veces, este, el administrativo, :::esos son los primeros que tienen que poder escuchar este::: tu quebranto o tu problema o tu malestar ¿no?" S1 "una vez que la gente accede a::: este, un::: especialista, llámese psiquiatra, habitualmente, este, accede a esto que tu preguntabas que es la posibilidad de tratamientos específicos: ya sea tratamientos de seguimiento con psiquiatra, o eventualmente desde el año 2017 empezó lo que se llama la psicoterapia, dentro de la mutualista ¿no?" S1 "Por ejemplo, yo cuando estaba en policlínica, eh, recibía a una persona, ya como que me llamaban y me decían, "mira, este, es para vos, quiere hablar con vos" no es que quisiera hablar conmigo, escuchaban a no, fulanito. Entonces yo iba, le hacía una entrevista, le preguntaba qué le pasaba, este, ahi le, bueno, te empieza a contar y vos empezas a indagar un poquito más y ahí vas evaluando a ver eh, desde donde es, si es algo social, si es algo, este, si(x) está triste, si es un duelo, vos vas indagando cuál

PROCESOS DE CUIDADOS (continuación)	es la, este, eh, por donde transita esa persona, para después bueno evaluar cual es la urgencia, este, la rapidez de una asistencia.” S2 “esa era la forma que yo trabajaba en las policlínicas que es más o menos la forma que nosotros trabajamos en el, eh::: en la parte de salud mental, ¿no? donde ahí nosotros éramos (x)la primer consulta y si hacíamos consulta y si hacíamos estas evaluaciones y si hacíamos derivaciones o acompañábamos al servicio urgencia o le decíamos “venga tal día” o, viste y a veces estaba la asistencia, este con el médico, y el médico te llama y decía “mira va a venir en 4 días a hablar con vos” S2
TRATAMIENTOS E INTERVENCIONES	“En diálisis hay, hay psicología, este, en cuidados paliativos que son aquellas enfermedades crónicas persistentes que van acompañadas de problemas, eh::: como el dolor crónico, como una situación funcional que no cambia, como una cuadriplejia. [...] los cuidados arrancan ya desde el primer contacto que entra la gente con eh, un prestador de salud.” “La psicoterapia son: servicios de psicología que te ofrecen la posibilidad de ofertas psicoterapéuticas ¿no? entonces aquellas personas que teniendo un problema eh::: severo o::: grave necesita un apoyo, además de la medicación, psicológico, cuenta con una psicoterapia. A través de lo que se llama la evaluación que hace un equipo de salud mental formado por un psiquiatra y un psicólogo [...] Eso se llama equipo de recepción de salud mental” S1
CUIDADO INTERDISCIPLINAR	“Nosotros si bien tenemos administración, no podes administrar porque en realidad es el médico el que va organizando, si bien la carrera de médico no tiene la parte de gestión y administración igual lo es, viste que nosotros estamos en una sociedad donde el médico es el encargado de todo y en realidad no es así, cuesta cambiar y decir bueno vamos a trabajar en equipo, yo me encargo de lo que yo se, vos de lo que vos sabes, el otro de lo que sabe, nos juntamos y como hacemos, bueno no, es difícil eso.” S2 “yo creo que no se han dado cuenta de la importancia que es, me parece que en los lugares de dirección, no te digo de dirección de directora, te estoy hablando de dirección

CUIDADO INTERDISCIPLINAR (continuación)	más amplio, yo creo que la gente ésta capaz que sabe muchísimo de lo teórico pero me parece que le falta poner un poco los pies en la tierra donde nos asociamos nosotros.” S2 “Capaz que las ideas son fantásticas pero me parece que la puesta en funcionamiento a veces no, entonces por eso yo creo que también acá en el primer nivel no, si bien queremos, no sabemos cómo abordar al paciente que viene con un problema emocional.” S2 “Siempre me parece importante esto que es, tratar de evitar la compartimentación de la salud [...] es decir, el modelo de atención en salud ha estado más centrado en el cuerpo, dejando de lado los aspectos psicológicos, los sociales y los aspectos ambientales. Lo primero que tenemos que romper es con ese modelo, que es el que predomina, ¿no? Cuando uno le pregunta a la gente eh:::que es la salud, la gente te contesta: “bueno que es no estar enfermo” o sea pone acento en la enfermedad y pone el acento en el cuerpo, o sea que pueda andar, moverse, entonces el primer modelo que tenemos que romper es ese.” S1

Fuente: Elaboración propia.

En la Guía de Actividad Física (2017) se visualiza lo anteriormente mencionado, donde se le otorga al Médico la responsabilidad de prescribir actividad física, siendo un área que debería incluir al Educador Físico. En esta misma línea, el sujeto 1 apoya la interdisciplinariedad dado que expresa una postura antagónica a la compartimentación de la salud, debido a que este modelo aísla las dimensiones del ser humano y tiende a centrarse únicamente en lo biológico. En este aspecto, el modelo de atención debería tener en cuenta que la salud no solo se limita a lo palpable, sino también al bullicio que causan las relaciones sociales que envuelven al sujeto (Breilh, 2004). En cuanto al plan, sus objetivos contemplan estos aspectos dentro de sus lineamientos, pero el relato de los entrevistados expone una realidad que es ineficiente, reflejando lo que el sujeto 2 menciona acerca de la brecha que suele haber entre los planteamientos teóricos y su puesta en práctica.

En la subcategoría de tratamientos e intervenciones, es pertinente resaltar un fragmento del relato del entrevistado 1, donde expresa: “además de la medicación”, ya que refleja una tendencia de abordar al usuario mediante medicamentos. A través de este tipo de atención, lo que se busca es transformar situaciones que son entendidas como normales y son producto de relaciones sociales, factores económicos y/o cuestiones psicológicas, en un

escenario patológico (Orueta et al., 2011). Una alternativa a este modelo que posibilita acciones más significativas en el usuario es la intervención del Educador Físico a través de las prácticas corporales, las cuales pueden brindar un planeamiento terapéutico desde un abordaje integral (Wachs & Fraga, 2009).

5.4. La inclusión del educador físico en el área de salud mental

Esta categoría pretende describir la perspectiva de los entrevistados acerca de la posible inclusión del educador físico al sistema de salud mental (Cuadro 4), identificando dos subcategorías que intentan explorar dichas opiniones acerca de la inclusión y/o exclusión del educador físico en el área. Además, indagar sobre las atribuciones que los entrevistados otorgan al profesional de Educación Física, dividiéndose en dos subcategorías: bio-educación física y desde las prácticas corporales. Cabe destacar que los sujetos brindan algunos posibles espacios de intervención en donde el Licenciado podría intervenir, los cuales se expresan en la sección “inclusión de educador físico”, que se pasará a detallar a continuación.

Estas posibles áreas de intervención del educador físico en el sistema de salud mental según el sujeto 1, es viable la posibilidad de que éste intervenga como parte de un equipo (Médico de familia, Psicólogo y Asistente Social), abocado a la atención de mujeres en situación de violencia de género, desde una perspectiva rehabilitadora. A su vez, tiene en cuenta que el dinamismo característico de las prácticas corporales sería propicio para brindar un entorno más amigable con los adolescentes, conformando un segundo equipo que promueva y mejore la salud integral. En esta misma línea, el sujeto 2 visualiza la posible intervención del profesional desde lógicas relacionadas al acompañamiento y motivación de personas en un alto grado de padecimiento mental.

En el apartado de exclusión del educador físico, el sujeto 1 se refiere a que, necesariamente, su actuación debería reforzarse en espacios que se encuentren fuera de la institución hospitalaria. Para esto el mismo sugiere la creación de políticas públicas, con el fin de fomentar el desarrollo de prácticas corporales y actividad física en centros educativos y recreativos. El sujeto 1 también menciona que hay una falta de formación en lo que respecta al Licenciado de Educación Física, denominándola como insuficiente para integrar el sistema de salud mental. Estableciendo que su integración se podría dar mediante la realización de una especialización o posgrado que logre capacitar al educador físico en esta área.

En la sección de atribuciones hegemónicas del educador físico, el sujeto 2 hace alusión a la posibilidad que tienen aquellos usuarios capaces de insertarse en la sociedad, de concurrir a un gimnasio, entendiendo a éste como el profesional presente en dicho espacio. Por otra parte, en cuanto a las atribuciones del educador físico desde las prácticas corporales, el sujeto 1 propone la utilización de las mismas como herramienta, donde el Licenciado se

involucre en los talleres grupales. Destaca que los abordajes dinámicos y la utilización del movimiento, conforman una didáctica única y diferente a otras materias, lo que provoca un mayor acercamiento con los sujetos involucrados y un espacio de expresión. Por su parte, el sujeto 2 propone la utilización de ejercicios y actividades recreativas como herramientas que estimulen a los usuarios de servicios mentales, priorizando su movimiento.

En esta sección se pretende realizar un análisis con respecto a las declaraciones de los entrevistados expuestas en el Cuadro 4, acerca de un posible espacio de intervención del educador físico dentro del sistema de salud mental; a su vez contrastar con la perspectiva de documentos oficiales y algunos autores de referencia. Según la óptica del sujeto 1, los espacios de intervención serían formando parte de equipos que abordan la rehabilitación en el área de violencia de género o la atención integral de adolescentes.

En este sentido, el sujeto 2 proyecta al Licenciado en Educación Física acompañando a personas en intensa situación de padecimiento y, por lo general, en estado de dependencia debido a la medicación. Se puede observar que se trata de poblaciones, así como de espacios bien diferentes entre sí, es por ello que se considera necesario tener en cuenta la diversidad de estos ambientes.

En este sentido, Wachs (2016) menciona que “a inserção da Educação Física em serviços de saúde mental não deveria se dar através de mera transposição de um conjunto de práticas de outro cenário” (p.47). Idea particularmente interesante en esta área casi desconocida para los profesionales de Educación Física uruguayos, donde apenas existen algunos acercamientos dentro de la ciudad de Paysandú, mediante pasantías otorgadas por el Instituto Superior de Educación Física. El autor Wachs (2016), da a entender que es necesaria la adaptación de prácticas para este nuevo terreno, lo que requiere operaciones más complejas por parte del educador físico; emergiendo así una práctica acorde al espacio, acorde a sus necesidades y medios.

Por otro lado, cabe destacar que al considerar algunas de las opiniones del sujeto 1, resalta aquella en la cual menciona que la mayor parte de las problemáticas inherentes a la vida de las personas ocurre en la cotidianidad. Por consiguiente, el entrevistado argumenta que el abordaje de la Educación Física debe ir dirigida al beneficio de las personas, no obstante, por fuera del servicio de salud. En otras palabras, según lo expresado por los entrevistados, se percibe una falta de valoración en cuanto a la inclusión del educador físico en los espacios de salud. Esto no es algo nuevo; Achard (2016) menciona en su tesis, una situación similar en la que sugiere que esta falta de prioridad podría deberse a la despreocupación por parte de profesionales en el área, lo que, según el autor, contribuye a la falta de toma de medidas concretas en cuestión.

Cuadro 4 - Subcategorías de la contribución del Educador Físico en el cuidado multidisciplinar en Salud Mental. Paysandú, 2023.

SUBCATEGORÍAS	RELATOS
"INCLUSIÓN" DEL EDUCADOR FÍSICO	"otro equipo que atiende las situaciones de violencia de género y generaciones, o sea, las mujeres que viven situaciones de violencia. [...] Esos equipos, eh:::, tienen talleres ¿no?, donde de alguna forma se trabajan los aspectos de rehabilitación de esas personas, en la rehabilitación serían áreas donde educación física podría perfectamente aportar."
	"Otros equipos que también tiene la institución desde hace unos años, que son el grupo de trabajos con adolescentes ¿no?[...] Bueno, a veces esos talleres son demasiado, ehm::: abordados por psicólogos ¿no?, son, este, un tanto teóricos conceptuales. <Darle movimiento, darle dinámica, darle:::> lo que significa valor a las prácticas corporales para(x) romper hielo ¿no? sobre todo, ahí el rol del profesor de educación física tiene mucho para aportar, este, con su dinamismo, con su propuesta de(x) ejercicios y de recreativos. Es decir, que hacen propicio para que la gente se exprese, para que la gente se suelte..." S1 "tenemos otras personas en la cual sus patologías ya los deja más quietos, la medicación que toma ya como que le da menos posibilidad de movilizarse [...] entonces tenemos ahí pacientes donde están súper importante la motivación, el acompañamiento. Bueno es juntarnos y salimos a caminar juntamos" Como distraerte viste esto de un paseo por la playa ponele me parece que tiene mucho que ver o sea ayuda a la movilización que le hace bien para otras cosas del organismo, que se sientan insertos en un lugar que puedan conocer su ciudad que generalmente no la conocen, de salir del encierro del que están. De también de ayudar la familia si es que están con la familia, a darle un desahogo [...] la persona tener, que va a tener un propósito de decir bueno no yo tal día voy a tal lugar entonces yo me preparo para eso. Yo creo que la salud mental desde ese lugar me parece que se precisa pila." S2
ATRIBUCIONES DESDE LA BIO-EDUCACIÓN FÍSICA	"Vos fíjate que en general (4), a ver, nosotros dentro de la salud mental tenemos personas que tienen, que se insertan más en la sociedad ¿no? donde pueden trabajar estudiar y hacer una vida común, que en general esas personas pueden acercarse a un gimnasio o lo hacen." S2
"EXCLUSIÓN" DEL EDUCADOR FÍSICO	"es fuera de la prestación de salud; donde la gente vive, donde la gente, eh, se desarrolla, donde la gente, eh:::, convive con otros, donde hace sus diferentes actividades. Ahí debería-, en los centros educativos ¿no?, en los centros recreativos. Ahí

"EXCLUSIÓN" DEL EDUCADOR FÍSICO (continuación)	debería ser desarrollada una política pública donde la práctica corporal, donde la actividad física debiera ser, este, mejor atendida." S1 "Y ahí de vuelta en eso de la comunidad, tener profesores de educación física formados no solo en esto que les decía hace un rato de los ejercicios, sino que formados en el concepto de salud mental, formados en la salud integral, formados en la prevención y promoción de salud, se requiere en ese sentido más formación. Es, decir como que, ahí habría todo un capítulo para que, no sé si desde un posgrado de algo me parece que permitiría a la especialidad educación física empezar a incursionar más en lo que es la promoción y la prevención de salud, entendiendo como tal la salud integral y no como solamente el cuidado de lo corporal." S1 "me parece que también debería pensarse más como un posgrado de la educación física porque (3) el intercambio que he tenido a lo largo de todos estos años con profes de educación física expresan una dificultad en la formación en ese sentido. Sobre todo con el tema de consumo de alcohol y drogas por ejemplo, es más el miedo que veo en los profesores de educación física que aprovechar las herramientas formativas que tienen para llegarle a los gurises de una forma diferente a como les puede llegar un profesor de una materia clásica, como puede ser literatura o física [...]" S1
ATRIBUCIONES DEL EDUCADOR FÍSICO DESDE LAS PRÁCTICAS CORPORALES	"Esos talleres son grupales, en lo que se llama psicoterapia adolescente, donde trabajan los temas habituales de la adolescencia ¿no?, el desarrollo de la sexualidad, el desarrollo de la convivencia, el desarrollo de los consumos ¿no?, los jóvenes se ven tentados al consumo de diferentes tipos, alcohol, drogas." S1 "Bueno, a veces esos talleres son demasiado, ehm::: abordados por psicólogos ¿no?, son, este, un tanto teóricos conceptuales. <Darle movimiento, darle dinámica, darle:::> lo que significa valor a las prácticas corporales para(x) romper hielo ¿no? sobre todo, ahí el rol del profesor de educación física tiene mucho para aportar, este, con su dinamismo, con su propuesta de(x) ejercicios y de recreativos. Es decir, que hacen propicio para que la gente se exprese, para que la gente se suelte, para que la gente- ¿no?. A veces es muy difícil para el adolescente empezar a hablar de una temática ¿no? este, sin aflojarse sin- eh::: ¿no?. El tema de la confianza y de la desconfianza en grupos, este, que no se conocen es parte de lo que me imagino el profe de Educación Física aportando en el rompe hielo de esas cuestiones." S1 "Y entonces tenemos ahí pacientes donde están súper importante la motivación, el acompañamiento. Bueno es juntarnos y salimos a caminar nos juntamos ponele nose, se me ocurre, vamos a intentar que se movilice cierto paciente

ATRIBUCIONES DEL EDUCADOR FÍSICO DESDE LAS PRÁCTICAS CORPORALES (continuación)	¿cómo hacemos?, bueno capaz que empezamos a hacer cada 15 días paseos por distintas zonas de la ciudad, viste y ahí es donde ustedes pueden evaluar si el paciente puede caminar, si el paciente, cómo le afecta su patología esa u otra, si pueden caminar, porque nose me parece que también la parte que hacen ustedes no es solamente del ejercicio ejercicio sino que también me parece es un poco de la distracción" S2

Fuente: Elaboración propia.

A su vez, por parte del sujeto 1, surge la visión del educador físico como recreacionista y animador, lo que coincide con lo mencionado por Varela y Oliveira (2017) donde se caracteriza al profesional como "aquele que chama atenção, anima o público, canta, levanta a torcida" (p. 316). Los autores parafraseando a Carvalho (2001), le dan relevancia a deconstruir estas atribuciones, ya que el educador físico puede y necesita ampliar su accionar para de esta forma superar los paradigmas biomédicos. En consecuencia, deconstruir las prácticas, para que se tornen humanizadas y tengan en cuenta la historicidad del sujeto desde las prácticas corporales.

A la hora de exponer razones por las cuales negar el ingreso al profesional, el sujeto 1 comenta sobre la falta de formación del educador físico en lo que refiere al área de salud mental. Esta perspectiva del entrevistado se puede originar por una "cuestión de credibilidad profesional, de formación, de imagen cultural e incluso de epistemología científica, teniendo en cuenta la representatividad social que el área tiene" (López y Machado, 2020). Desde el Plan de estudios 2017 de la Licenciatura en Educación Física, se ha centrado en incluir asignaturas de orientación "Salud" desde una lógica crítica, con el objetivo de capacitar al profesional para trabajar en el ámbito de la salud, por ende la afirmación del entrevistado podría considerarse una falacia.

En concordancia con lo anterior, el entrevistado 1 pasa por alto que el formar parte de un equipo interdisciplinar posibilita el aporte desde el área de conocimiento de cada disciplina, sin la necesidad de ser un erúdito en todos los aspectos (Menéndez, 1998). A su vez, no contempla que los tratamientos en salud se encuentran en permanentes reconfiguraciones, donde el lugar de trabajo es un sitio de discusión colectiva que mediante la óptica de otros profesionales y el autoanálisis se logran construir nuevas las prácticas de cuidado (Seixas et al., 2016). Asimismo, se encuentra una contradicción por parte del sujeto 1, debido a que está a favor del trabajo interdisciplinar y, por otro lado, plantea un accionar del educador físico por fuera de los servicios prestadores de salud. Siguiendo esta línea, trabajar ciertos aspectos dentro del servicio y otros por fuera, ¿no es compartimentar la salud?

Ahora bien, si el hecho de integrar a un profesional como el Psicólogo en otras áreas en la que no existía es un avance ¿por qué no sería un avance incorporar al educador físico

en salud mental? Teniendo en cuenta que las acciones de promoción y prevención son parte del derecho de los usuarios (Ley 19.529; art. 2). Este dilema refleja la necesidad de replantear y enriquecer la comprensión de la salud, tal y como argumenta Breilh (2004) en su crítica a las visiones limitadas y negativas, es necesario fomentar una perspectiva más holística e integradora en la atención de la salud. De la misma forma, se puede considerar una omisión el hecho de no incluir al Licenciado en Educación Física, ya que ignora un gran número de pruebas científicas y empíricas que verifican los beneficios en tratamientos integrales a la salud del sujeto (Torales et al., 2018).

De acuerdo con lo mencionado previamente, cabe cuestionar por qué no se toma como ejemplo los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en Brasil, donde autores como Wachs y Fraga (2009), Da Silva y Batista (2022) han destacado los notables beneficios experimentados por los participantes en talleres y proyectos de prácticas corporales, bajo la guía de un educador físico. En este sentido, teniendo un modelo tan cercano, que se ajusta a las directrices del Plan Nacional de Salud Mental y la Ley de Salud Mental, lleva a pensar ¿por qué no dar un paso adelante para impulsar un cambio real y significativo en el campo de la salud mental en nuestro país?

6. CONSIDERACIONES FINALES

En este apartado, se abordarán las consideraciones finales de la presente tesis, donde en primer lugar, se pretendió contestar sintéticamente los resultados de cada objetivo específico. El primero de ellos, procuró enunciar evidencias en los documentos oficiales que mencionan la vida activa como beneficio para la salud mental. Con respecto a esto, al indagar en dichos documentos oficiales se encontró en la Ley de Salud Mental (2017) y el PNSM (2020), una mínima mención acerca de la vida activa. Por su parte en la Guía de Actividad Física (2017), se promueve el ejercicio y actividad física como beneficioso para la persona, aunque hace uso de prescripciones generalizadas sin contemplar las individualidades de cada persona y la responsabiliza del cuidado de su salud, donde se entiende, que lo idóneo sería que cada persona o grupo de personas pueda tener acceso a un educador físico para lograr tener un cuidado más integral en su salud.

Por otra parte, el segundo objetivo específico intentó comprender la inexistencia del educador físico en la política de salud mental uruguaya justificada por la gestión en salud mental. En cuanto a esto, los gestores entrevistados mostraron cierta resistencia a incorporar al educador físico, argumentando carencias en su formación y falta de credibilidad en el ámbito de la salud mental. Tal perspectiva coincide con una visión tradicional del educador físico, ya que cae en un reduccionismo que afecta el accionar de un profesional que cuenta con amplias virtudes para desempeñarse en distintas áreas, y no solo enfocado a lo físico y recreacional. Esto demuestra un desconocimiento acerca de los cambios realizados en el plan de estudio de la Licenciatura en Educación Física del ISEF, donde actualmente cuenta con una orientación y unidades curriculares destinadas a la formación en el área de salud.

En cuanto a las potencialidades de este estudio, podría contribuir a la producción de conocimiento en lo que refiere al área de políticas públicas que abordan la salud mental, así como a la Educación Física entendida desde la lente de las prácticas corporales. A su vez, intenta promover un cambio de paradigmas en lo que al abordaje de la salud mental se refiere, enfatizando en el cuidado y la producción de salud. Pretende cuestionar las lógicas biomédicas predominantes, promoviendo el derecho de las personas en situación de padecimiento mental a recibir cuidados humanizados e integrales, tendientes a considerar los intereses y necesidades de los sujetos en cuestión. Por consiguiente, se estaría cumpliendo con lo dispuesto en el Capítulo II (Art. 6) de la Ley N° 19.529 (2017), la cual alude a lo mencionado anteriormente.

Por contraparte, la principal debilidad que se logra identificar radica en la falta de una entrevista con un actor de influencia en el área de gestión y creación de políticas públicas, esto tuvo un impacto significativo en nuestra capacidad para obtener una visión integral de la

perspectiva de los gestores de salud mental en Paysandú. Lo que generó una brecha en la comprensión acerca de la implementación y evaluación de las políticas de salud mental en el departamento. Este suceso plantea interrogantes acerca de la transparencia y la disposición de los actores clave en la toma de decisiones en el ámbito de la salud mental, lo que podría tener implicaciones en la eficacia y adecuación de las políticas en la región.

A la hora de pensar qué se hará con los resultados de esta investigación, es inevitable recordar la escasa evidencia que existe acerca del accionar del educador físico en el interior del sistema de salud mental en el Uruguay. Por lo tanto, un estudio que se integra a un grupo reducido de investigaciones contribuye a un arduo proceso de sentar las bases teóricas para que la intervención del Licenciado en Educación Física se abra camino hacia un nuevo campo. Cabe destacar que, así como en esta tesis se utilizaron valiosos análisis y observaciones de estudios e investigaciones producidas a nivel internacional, nacional y local, se espera que la presente escritura aporte y motive a futuros trabajos académicos.

En última instancia, las sugerencias para estudios futuros van dirigidas hacia la creación de evidencia empírica del educador físico en el ámbito de la salud mental, mediante las cuales se establecen lineamientos del accionar del profesional en este campo. Las mismas pueden dirigirse hacia la intervención desde las prácticas corporales, como herramientas de proyecto terapéutico singular, así como también indagar el abordaje que cumpliría el educador físico dentro de un equipo interdisciplinario en el área de salud mental. También se recomienda investigaciones de revisión literaria con la finalidad de exponer estudios que aborden pasantías, prácticas, experiencias, tesinas y artículos académicos acerca del educador físico dentro del sistema de salud uruguayo en los tres niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abib, L. T. y Gomes, I. M. (2019). A educação e o governamento dos corpos na atualidade: uma análise do “Movimento 21 dias por uma vida maissaudável”. *Saúde e Sociedade*, *28*, 229-242.

Achard, N., Nogueira, S., Rivas, J. & Rodríguez Gustá, R. (2016). La actividad física en la Administración de los Servicios de Salud del Estado: equipos interdisciplinarios de salud.

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: editora: Fio Cruz.

Andrenacci, L. y Repetto, F. (2006). *Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana*. INDES.

Arnaudo, M.C; Palomo, D; Bugatti, F y López, S. (2012). Experiencias e investigaciones de los trabajadores de la salud. Bahía Blanca: Gobierno de Bahía

Baeta S, María F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad.*Comunidad y Salud, 13*(2), 81-84.

Bagrichevsky, M., Estevão, A., & Palma, A. (2008). La Educación Física y su inserción en el campo de la Salud Colectiva en Brasil: en búsqueda de un diálogo crítico sobre interfaces, pertenencias y sentidos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 18,* 123-142.

Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial*. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República.

Benadiba, Laura (2007). *Historia oral, relatos y memorias.* Buenos Aires: Maipué.

Bertolozzi, M. R., y De-la -Torre, M. C. (2015). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina, 1(1*), 24 - 36. https://doi.org/10.33132/23229659.309

Breilh, Jaime, (2004) El problema de la Negatividad del concepto de Salud. In: Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Lugar Editorial – p. 66 – 74

Breilh, Jaime, (2004) Algunas claves para la construcción del “objeto/concepto/campo” Salud. La necesidad de superar la noción del Objeto epidemiológico como factor y el reduccionismo causal (Lo ontológico en el nuevo paradigma) - p. 41 - 54. In: Epidemiología crítica: ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Lugar Editorial.

Breilh, Jaime, (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *El debate determinantes-determinación: aportes del análisis teórico, epistemológico y político.* P. 13 - 27.

Brun. M, (2023) *Reforma a la Salud Mental en Uruguay: un mapeo de literatura acerca de las discusiones académicas en torno a la ley 19.529*.

Carvalho, Y. M. (2001). Atividade física e saúde: Onde está e quem é o “sujeito” da relação?. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, *22*(2).

Carbonell Gil, F. J. (2022). *Efectos de la actividad física en personas con trastornos mentales depresivos. Revisión sistemática* (Master's Thesis, Universidad Internacional de Andalucía).

Ceccim, R. B. (2020). VIDA PRODUCIENDO VIDA, VIDAS PRODUCIENDO VIDAS. *Copyright© 2020 Sandra Maria Sales Fagundes Tradução para o espanhol: Márcio Mariath Belloc e Santiago Gómez Todos os direitos desta edição estão reservados para a Associação Brasileira Rede UNIDA Rua São Manoel, nº 498-CEP 90620-110, Porto Alegre–RS. Fone:(051) 3391-1252*, 227.

Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, (2009). 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Recuperado el 1 de marzo de 2024, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

Crisorio, R. (2015). *El punto de vista crea el objeto: actividad (es) física (s) y prácticas corporales*. Revista Fundación Arcor, 24-30.

Cuervo, L. (2019). *Crítica histórico epistemologica y socio-politica del concepto de salud mental de la OMS en el año 2013, a partir del análisis de diferentes definiciones contemporáneas de salud*. [Maestría en salud pública, escuela de medicina y ciencias de la salud, Universidad de Rosario]. https://repository.urosario.edu.co/items/a60b1e42-7de8-4118-95c1-feac413b86f5

da Silva F. C. L., & Batista, A. L. (2022). A importância do projeto terapêutico singular (PTS) no acompanhamento de usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad): relato de experiência. *Motrivivência*, *34*(65).

de Carvalho, L. C., Camargo Macruz Feuerwerker, L., & Merhy, E. E. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud colectiva*, *3*(3), 259-269.

Decreto N° 226 de 2018. [con fuerza de ley]. REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 19.529 (LEY DE SALUD MENTAL). 24 de agosto de 2017. D.O. No. 29993.

Decreto N° 379 de 2008. [con fuerza de ley]. Comisión de Bioética y Calidad de Atención. 14 de agosto de 2008. D.O. No. 27547.

Escobar Casas, C. A. y Salazar Usuga, J. F. (2020). Formulación y gerencia de un modelo de atención a la salud mental a través del enfoque psicosocial, permitiendo fortalecer acciones de prevención en los jóvenes de los grados sexto, séptimo y octavo de las

instituciones educativas, perteneciente al municipio de Itagüí. [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica.* FCE, Buenos Aires.

Gallego Ramos, J. R. (2018). Cómo se construye el marco teórico de la investigación. *Cuadernos de pesquisa,* 830-854. Mayor información: https://www.scielo.br/j/cp/a/xpbhxtDHLrGHfLPthJHQNwK/?format=pdf&lang=sA cceso en: octubre de 2021.

Garzaniti, R., & Romero, P. M. (2018). Atención integral de la salud: la interdisciplina como herramienta fundamental. *Anuario Temas en Psicología*, *4*, 275-294.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (Vol. 4, p. 175). São Paulo: Atlas.

Gomes, I. S., y de Oliveira Caminha, I. (2014).*Guia para estudos de revisão sistemática: umaopção metodológica para as Ciências do Movimento Humano*. *Movimento*, 395-411.

Google Académico. (10 de julio del 2023). https://scholar.google.es/intl/es/scholar/about.html

Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34*(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07

HernandesSamperdri, (2014), *Metodología de la investigación,*,pp 61. Sexta edición McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Infante, O., y Grau, J. (2020). La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina. *Repositorio Institucional - UCV.* https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52877

Jauregui, E., López, J. R., y Navarro, I. (2013). El papel del profesional de la actividad física en la prescripción y manejo del ejercicio en enfermedades crónicas. *La actividad física y la salud en la formación básica del profesional de la cultura física y del deporte.* P. 97-105.

La Valle, R. (2014). Sobre Medicalización: Origen causa y consecuencia de la medicalización. *Parte I y II. En: Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, N° 34 (2-3).*

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *45*.

Ley N° 18.211. (Diciembre de 2007). *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, Uruguay.

Ley N° 19.529. (Setiembre de 2017). *Ley de Salud Mental*. Montevideo, Uruguay.

Machado Rodríguez, S., y López Sant´ Anna, S. El punto cero de un nuevo rumbo: caminos para pensar la inserción de la Educación Física al Sistema Nacional Integrado de Salud - SNIS en Uruguay [en línea] Tesina. Paysandú: Udelar. ISEF, 2020.

Mendes, V. M., y Carvalho, Y. M. D. (2015). Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. *Interface-comunicação, saúde, educação*, *19*, 603-613.

Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *18*(65), 145-150.

Ministerio de Salud Pública y Secretaría Nacional de Deportes. (2017). ¡A Moverse! Guia de actividad física.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (2010). Clínica ampliada. Recuperado 5 de marzo de 2024, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20clinica%20ampliada,da%20fam%C3%ADlia%20e%20da%20comunidade

Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *18*(4-5), 346-358.

Nazaré Oliveira, E., Aguiar, R. C., Oliveira de Almeida, M. T., Cordeiro Eloia, S., & Queiroz Lira, T. (2011). Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental. *Saúde Coletiva, 8*(50), 126-130

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

Organización Mundial de la Salud. (clinica). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios: de un vistazo.*https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Día Mundial de la Salud Mental*. Sitio web. https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-mental-2021

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio del 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, Gonález Hidalgo E, et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clín Med Fam. 2011;4(2):150-61.

Plan Nacional Salud Mental. (2020). *Ministerio de Salud Pública.* :https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.6 en línea]. < https://dle.rae.es > [21/11/2023].

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2009). Transformar el futuro: Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud, Montevideo.

Roble, O. J. Moreira, M. I. B., y Scagliusi, F. B. (2012). A educação física na saúde mental: construindo formação na perspectiva interdisciplinar. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *16*, 567-578.

Salvatierra Acosta, F. (2020). *"Hasta que vos no llegaste acá, no lo había pensado": un relato de experiencia desde la Educación Física como parte del equipo interdisciplinario de la Policlínica Vespertina Chaplin de atención integral para personas trans en la ciudad de Paysandú* [en línea] Tesina. Paysandú: Udelar. ISEF.

Segre, M. y Ferraz, F.C. (1997). O Conceito de saúde. Uma crítica ao conceito de saúde da OMS. *Rev. Saúde Pública, 31*(5)

Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva*, *12*, 113-123.

Silva Cabrera, J. C. (2020). Salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay: tensiones y acuerdos en el plan de implementación de prestaciones de salud mental.

Sollazzo, A., y Berterretche, R. (2011). El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(6), 2829-2840. Obtenido dehttps://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf

Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel, S.A

Tobar F., y Romano Yalour, M. (2008). *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Torales, J., Almirón, M., Gonzalez, I., Gomez, N., Ortiz, R., y Ibarra, V. (2018). Ejercicio físico como tratamiento adyuvante de los trastornos mentales. Una revisión narrativa. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas.*doi:http://dx.doi.org/10.18004/anales/2018.051(03)27-032

Hospital de Paysandú. (s.f.). *Historia.* Sitio web. Consultado el 10 de julio del 2023. https://www.hospitalpaysandu.com.uy/hist/

Uro, L. M. (2008). Biopolítica, política social y el problema pedagógico en educación física. El caso de los torneos juveniles bonaerenses. In *Jornadas de Cuerpo y Cultura de la*

UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.

Varela, S. H., y de Oliveira, B. N. (2018). Alongamento? Dinâmica? Chama o professor de Educação Física!Rediscutindo o fazer da categoria em um CAPS. *LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, *21*(1), 313-340.

Vértiz, J. Meneses, E. Sánchez, O. (2021). *La gestión pública en salud y la investigación universitaria en posgrado. Reflexiones basadas en evidencia de una universidad privada, 268-285.* Venturo. C (Ed.) *Anticorrupción, modernización de estado y gobierno transparente. (268-285).*

Wachs, F., y Fraga, A. B. (2009). Educação física em centros de atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, *31*(1).

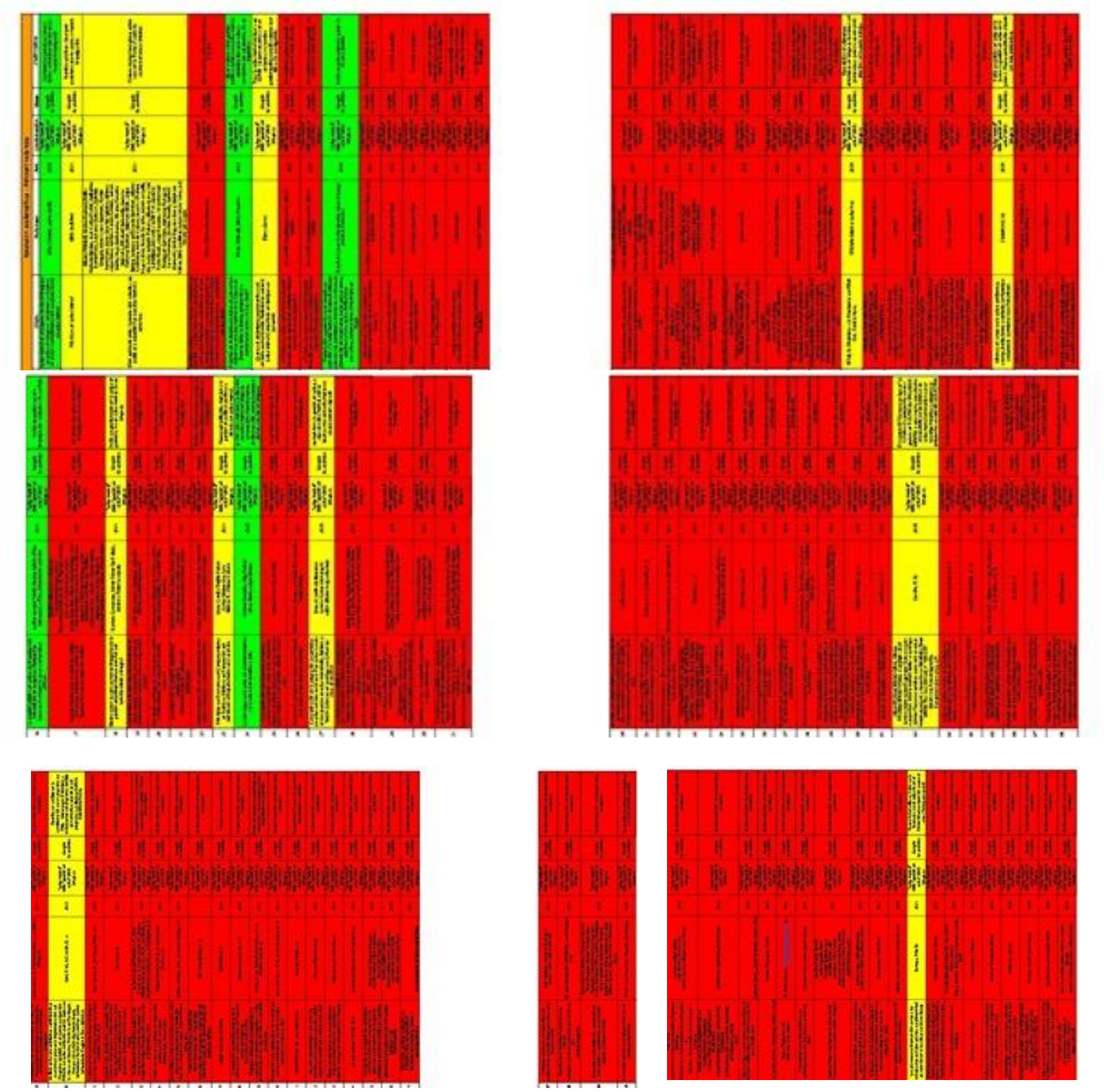
Wachs, F., Ribeiro U., de Freitas, F. (2016). *Educação Física e Saúde Coletiva Cenários, experiências e artefatos culturais*. 1ª Edição Porto Alegre/RS, 2016 Rede UNIDA.

APÉNDICES

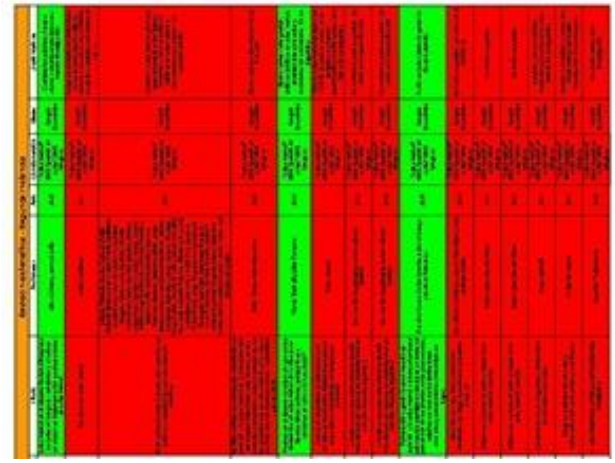
APÉNDICE A - Tabla de revisión sistemática

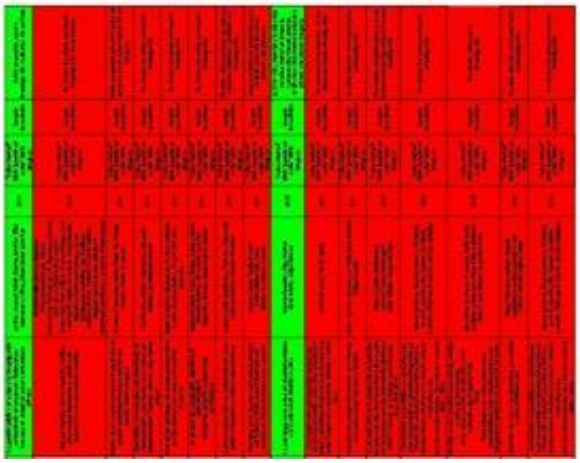
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1jOgBeAKM6o5TZ3ePxS1vebZFLlINF9ZL/edit?usp=sharing&ouid=106202208269774234441&rtpof=true&sd=true

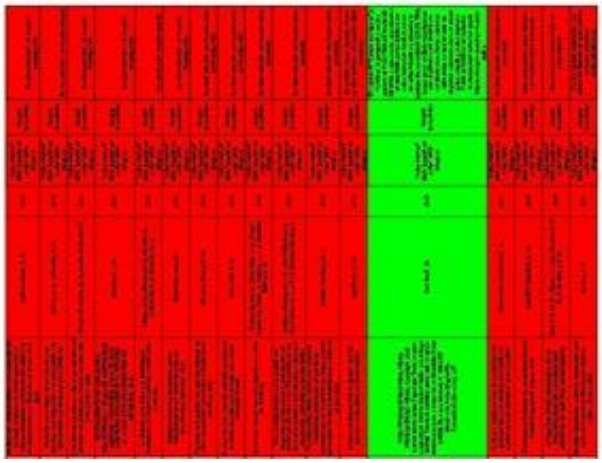
Primera instancia:

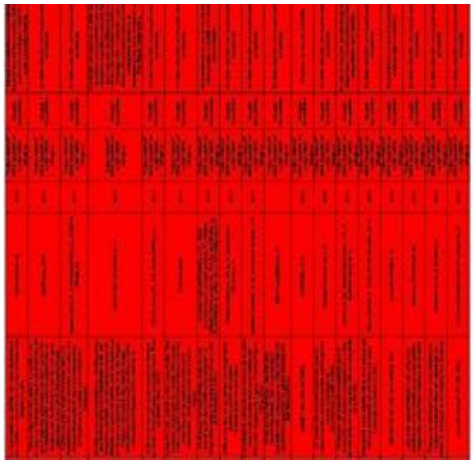


Segunda instancia:









APÉNDICE B – Entrevista semiestructurada

BLOQUE1:	
¿Podría hablar un poco del histórico de su formación académica?	
¿Cuánto tiempo lleva o llevó trabajando en el área de Salud Mental?	
¿Tiene alguna experiencia en la elaboración y/o evaluación de políticas en general? ¿Y en la política de salud mental?	
BLOQUE2:	
¿Qué entiende por Salud Mental?	
¿Podría hacer una descripción de los procesos de cuidado, de los tratamientos, de las intervenciones en el área de salud mental? Desde el momento de la llegada del usuario con una demanda hasta su alta hospitalaria. ¿Cuáles son los profesionales involucrados en el proceso en los distintos niveles de atención?	
De acuerdo con el plan de salud mental que se implementó en el 2020 hasta el 2027, ¿Qué acciones han sido llevadas a cabo de acuerdo al plan en el área que actúa hoy? ¿Cómo evalúa el alcance de las metas propuestas hasta el momento? Justifique.	
Con respecto al plan, ¿Menciona algún vínculo sobre actividad física y salud mental? ¿Y en la práctica? ¿Se aplica algo?	
¿Nos podría dar su opinión sobre una posible actuación del educador físico en esta área? ¿Cómo? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué?	
¿Cuáles son los principales desafíos de la gestión frente a las demandas de salud mental? ¿Y las potencialidades?	

Fuente: Autores.

APÉNDICE C

Término de Consentimiento Libre y Esclarecido – TCLE

Para: Prof. _____

Este estudio titulado “La inexistencia del educador físico en la política de Salud Mental uruguaya”, está siendo desarrollado por los estudiantes de 4to año Ramiro Peláez, Gabriel Schiera, Matías Soasa, Nicolás Texeira y Raúl Vidiella como Trabajo final de la Licenciatura en Educación Física del Instituto Superior de Educación Física (ISEF – Paysandú), de la Universidad de la República (UdelaR), bajo la orientación de la Prof. Mgr. Ana Luisa Baptista. El objetivo del estudio es comprender en qué forma el Centro Universitario Paysandú (CUP) como centro de formación profesional y humano proporciona espacios extracurriculares que aporten de forma integral a la formación de los estudiantes que de él hacen parte.

Si acepta participar de este estudio, será realizada una entrevista semiestructurada de forma presencial en el lugar que el colaborador considere pertinente, y le será enviada con anticipación una copia con las (los) respectivas preguntas/temas que serán tratadas el día seleccionado para la entrevista. La entrevista será grabada en audio e inmediatamente después de culminar la misma el participante deberá firmar el presente TCLE. Los resultados de esta investigación serán utilizados únicamente con características académicas y de formación de grado, ayudando eventualmente a mejorar la experiencia de aprendizaje y enseñanza tanto de los involucrados en el estudio cuanto de las personas que hagan lectura del mismo.

Enfatizamos que su nombre será mantenido en absoluto sigilo siempre y cuando el colaborador así lo desee. Dejamos claro que su participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento podrá desistir de hacer parte de la misma sin ningún prejuicio personal o institucional.

En caso de cualquier duda o problema, el Prof. orientador y los estudiantes a cargo estarán a disposición para responder dudas o inquietudes relacionadas a su participación en el estudio. Su contacto podrá ser hecho mediante correo electrónico o por vía telefónica a los contactos de los estudiantes investigadores o el Prof. tutor durante toda la investigación. Consciente de lo anterior, yo _____ con documento de identidad No. _____, acepto voluntariamente participar en este estudio firmando este término de consentimiento y guardando una copia para mi archivo personal.

Firma _____

Ciudad: _____, (día)____ del (mes)_____ de 2023.