



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA



Universidad de la República - Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

Tutora Prof. Adj. Dra. Mónica Olaza

Pre proyecto de investigación:

RACISMO Y ENFERMEDAD MENTAL

INFLUENCIA DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN
EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE
PERSONAS AFRODESCENDIENTES CON
ESQUIZOFRENIA

Valentina Oliver Pérez

4.624.004-8

Montevideo. Febrero, 2015.

Índice

Resumen.....	3
Fundamentación y Antecedentes.....	3
Referentes Teóricos.....	6
Problema y Preguntas de Investigación.....	12
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Estrategia Metodológica.....	15
Población y muestra.....	15
Consideraciones Éticas.....	16
Resultados Esperados.....	16
Cronograma de Ejecución.....	17
Referencias Bibliográficas.....	18

Resumen

En el presente trabajo se investigará la forma en que las personas afrodescendientes atraviesan el trastorno mental severo y permanente denominado esquizofrenia. Se relacionará esquizofrenia con racismo, con el propósito de conocer sus formas de afectación cuando se produce interseccionalidad entre las mismas, y si esto agrava la estigmatización ya existente en razón de padecer una enfermedad mental. Fundamentalmente se pretende explorar si se utilizan estrategias para el fortalecimiento de las redes vinculares, obstaculizadas por una doble estigmatización: afrodescendencia y esquizofrenia, y cuáles son dichas estrategias. Se plantea una investigación con metodología cualitativa, efectuando historias de vida a personas afrodescendientes que posean esquizofrenia y que reciban o hayan recibido atención sanitaria en el Hospital Vilardebó. A su vez, se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas a familiares y profesionales de la salud. Se seleccionó dicha institución por ser el único hospital psiquiátrico de referencia de pacientes agudos de Montevideo.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Racismo, Afrodescendencia.

Fundamentación y Antecedentes

En el presente trabajo se investigarán las formas de afectación del racismo en cuanto a la rehabilitación psicosocial de las personas afrodescendientes que tienen un trastorno mental severo y permanente, específicamente poseedoras de esquizofrenia.

La intención de este estudio es brindar una explicación a la temática desde un punto de vista interseccional. Se han llevado a cabo investigaciones referidas a discriminación racial u otras formas de discriminación en personas que poseen trastornos mentales severos; pero no se ha estudiado aún el racismo y la discriminación en individuos con esquizofrenia como víctimas de una doble discriminación.

Se considera fundamental la realización de este trabajo pues la inexistencia de estudios al respecto, impide que se logre llevar a cabo un adecuado abordaje integral, lo cual podría afectar negativamente la rehabilitación psicosocial de las personas afrodescendientes con esquizofrenia. Es relevante destacar que se trabajará con ésta población pues actualmente la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2015), y atraviesan diariamente múltiples manifestaciones de exclusión social (Chuaqui, 2005). A su vez, la población afrodescendiente es la principal minoría étnico-racial en el Uruguay (Cabella, Nathan & Tenenbaum, 2013) y los antecedentes siguientes afirman que

cotidianamente enfrentan dificultades a causa de discriminación racial.

Cabella et al. (2013) en el Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, brinda información recabada en el censo llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística en el Uruguay en 2011, el cual declara que la población afrodescendiente presenta peores condiciones de vida y desempeños que el resto de la población uruguaya. Los datos subsiguientes evidencian esta afirmación.

El porcentaje de población afrodescendiente es bajo en los barrios donde se encuentra la población de ingresos medios y altos, y aumenta en los barrios del cinturón de pobreza de la capital. En el resto del país, la mayor proporción de población afrodescendiente reside en los departamentos donde los indicadores de desarrollo humano tienen valores más bajos (Cabella et al., 2013).

A su vez, los afrodescendientes presentan mayores tasas de analfabetismo que el resto de la población en todo el país. Dos de cada tres jóvenes afrodescendientes de 18 años abandonaron la educación formal, y en la educación terciaria su participación es menor a la de la población no afrodescendiente. Esto condiciona su futura inserción laboral colocándolos en situación de desventaja en relación al resto de la población (Cabella et al., 2013).

El 12% de las mujeres afrodescendientes se encuentran desempleadas, mientras que en las mujeres no afrodescendientes la cifra corresponde a un 8,4% (Cabella et al., 2013).

En Montevideo la población afrodescendiente con al menos una necesidad básica insatisfecha es 1,8 veces mayor que la no afrodescendiente, el 51,1% de la población afrodescendiente posee al menos una necesidad básica insatisfecha, mientras que en la población no afrodescendiente es de 32,2%. También se plantea que la proporción de afrodescendientes que vive en hogares con dos o más carencias críticas duplica la proporción de los no afrodescendientes (Cabella et al., 2013).

En relación con otras formas de discriminación que vive esta población cabe destacar la investigación realizada por Olaza (2008) con personas afrodescendientes integrantes de la Organización Mundo Afro (OMA), Asociación Cultural y Social Uruguay Negro (ACSUN) y Centro Cultural Afro Uruguayo (CECAU). Para el desarrollo de la misma, utilizó la técnica de grupos de discusión, donde la mayoría de los participantes cuentan experiencias que vivieron y viven día a día a causa de discriminación racial. En la misma afirma que:

La sociedad uruguaya no manifiesta su discriminación en forma de violencia física. (...) dado que esto sería mal visto, lo hace a través de formas sutiles, encubiertas por la concepción de tolerancia, pero de profundo arraigo en la vida cotidiana, y por esto en nuestras creencias y actitudes que no concuerdan totalmente con la imagen que la sociedad tiene de sí misma. (Olaza,

2008, p.18)

Con respecto a la situación de las personas con esquizofrenia, Chuaqui (2005) elabora un artículo en base a los resultados de dos investigaciones en Chile sobre el estigma en esta enfermedad mental. La primera investigación se relaciona con la esquizofrenia y el trabajo. Se tomó como muestra a ciento cincuenta pacientes con esquizofrenia ambulatorios y ciento cincuenta empresarios, la segunda investigación se relaciona con los vínculos de las personas que padecen esquizofrenia, para esto se tomaron cien pacientes con este trastorno, alrededor de cien tutores, cien vecinos y sesenta parientes indirectos. Los resultados expresan que el 68% de los pacientes que poseen esquizofrenia están en condiciones de trabajar, sin embargo la gran mayoría de los empresarios opinan que no podrían desempeñarse adecuadamente. Son percibidos como individuos inestables y peligrosos, no obstante esta apreciación no es compartida por familiares y vecinos de pacientes compensados. A su vez los vecinos poseen una visión más positiva en comparación con las familias, por no haber presenciado la enfermedad antes de lograr el tratamiento adecuado.

Chuaqui (2005) expresa además, que las personas con esquizofrenia atraviesan diariamente múltiples manifestaciones de exclusión social. Ubica a la comunicación como aspecto central de la estigmatización. Plantea que el estigma se basa en las representaciones sociales, que suelen darse a partir de las representaciones de la cultura popular, así como también por la mala información brindada por los medios de comunicación, donde generalmente se dramatiza y se exageran negativamente los hechos en relación a las personas con esquizofrenia, dando lugar a malos entendidos basados en chismes y rumores falsos, favoreciendo así a la exclusión de la persona enferma en los diferentes ámbitos de su vida.

En relación a esto expresa que “El contacto directo con personas con esquizofrenia es una de las mejores formas de neutralizar la presencia del estigma y la discriminación de la sociedad en general respecto a ellas” (Chuaqui, 2005, p.65).

La Organización Mundial de la Salud (2015) plantea que las personas con esquizofrenia tienen mayor riesgo de ser víctimas de violaciones de sus derechos humanos debido al estigma de la enfermedad. Esto genera discriminación y puede limitar el acceso a atención sanitaria general, educación, vivienda y empleo.

A partir de los antecedentes citados podría afirmarse que tanto las personas con esquizofrenia como las personas afrodescendientes son discriminadas, excluidas y estigmatizadas. Por tanto las personas afrodescendientes con esquizofrenia son afectadas por dos tipos de discriminación en forma interseccional. En relación al concepto de

interseccionalidad Campo-Arias, Herazo & Oviedo (2014) realizan una investigación con el objetivo de determinar la correlación entre homofobia y racismo en estudiantes de medicina de Bucaramanga en Colombia. Se realizó un estudio transversal con estudiantes mayores de 18 años. El prejuicio hacia homosexuales se midió con una escala de homofobia y la actitud hacia afrocolombianos con una versión en español de una escala de racismo moderno. La asociación entre homofobia y racismo se calculó con los coeficientes de Pearson y Spearman. Se concluyó que existe correlación positiva, estadísticamente significativa, entre homofobia y racismo, dos formas de prejuicio, en estudiantes de medicina de Bucaramanga.

Un estudio diagnóstico de fuentes secundarias sobre la discriminación en España realizado por Castillo & Suso (2013), señala también que la forma múltiple de discriminación se produce en la concurrencia de dos o más factores que ocasionan la discriminación de la persona. Varios motivos de discriminación interactúan o actúan simultáneamente, y se implementa una forma nueva y específica de discriminación agravada.

Se puede afirmar por tanto que poseer esquizofrenia y ser afrodescendiente podría posicionar a la persona con estas características en condiciones altamente vulnerables. Esta situación debería ser estudiada para poder abordarla correctamente, teniendo en cuenta su carácter interseccional.

Referentes Teóricos

Se pretende abordar la temática desde el modelo biopsicosocial, pues es imprescindible para la rehabilitación psicosocial de las personas con esquizofrenia un enfoque con una percepción integral del individuo, que posibilite una aproximación interseccional. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) & la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), el enfoque holístico del modelo debe reconocer los derechos humanos de los individuos, su autonomía, integración, capacidades y apoyos, e intentar favorecer la interacción del sujeto y el ambiente donde vive. Debe considerar las determinantes sociales que lo condicionan, lo cual es imprescindible para una adecuada rehabilitación psicosocial. Concibe al ser humano desde su totalidad, permitiendo explicar la enfermedad mental como un hecho multidimensional, relacionando los factores biológico, personal y social, para contribuir a la rehabilitación integral de las personas aprovechando el máximo de su potencial. Contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad facilitándoles el acceso a la educación, la salud y el trabajo. Intenta que logren aprovechar al máximo sus facultades para su inclusión social.

Para abordar la temática se comenzará por definir los aspectos teóricos de la esquizofrenia. Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2000), está compuesta por signos y síntomas presentes durante un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido un tratamiento exitoso), con algunos signos del trastorno que han perdurado por al menos seis meses. Estos signos y síntomas se asocian a una disfunción social o laboral. La alteración no puede ser explicada por un trastorno esquizoafectivo, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ni puede ser producida por los efectos fisiológicos causados por alguna sustancia o enfermedad médica. Los síntomas positivos provienen de una alteración en las funciones normales. Incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos implican una disminución o pérdida de las funciones normales. Comprenden limitaciones en la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), en la fluidez y en la producción del pensamiento y el lenguaje (alogia), y en el inicio del comportamiento dirigido a un objeto (abulia).

Los subtipos de esquizofrenia difieren de acuerdo a diferentes autores. Para el DSM-IV-TR (2000) están definidos por la sintomatología predominante, se dividen en tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado y tipo residual. Se establece el tipo catatónico en presencia de síntomas catatónicos, independientemente de que existan otros síntomas; para que se establezca el tipo desorganizado debe predominar un comportamiento y lenguaje desorganizados, así como una afectividad aplanada e inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico). El tipo paranoide se asigna si prevalece una preocupación a causa de ideas delirantes o alucinaciones (a menos que aparezcan en el tipo catatónico o desorganizado). El tipo indiferenciado es una categoría residual donde predominan síntomas de la fase activa que no cumplen con los juicios para el tipo catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo residual se designa en aquellos cuadros en donde hay manifestaciones de alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

Según Ey, Bernard & Brisset (1978) en el Tratado de Psiquiatría, la forma de esquizofrenia más frecuente es de tipo paranoide. Las otras formas clínicas no se diferencian más que por su potencial evolutivo. Las formas de potencial evolutivo más importante que la esquizofrenia típica son la hebefrenia y hebefrenocatatonía. Y las formas de potencial evolutivo reducido en relación a la esquizofrenia media (paranoide) son la

esquizofrenia simple y las esquizoneurosis. En este tratado se entiende a la esquizofrenia como una psicosis crónica, dentro del género de las psicosis delirantes crónicas, que altera profundamente la personalidad. Produce una transformación profunda y progresiva en la persona, quien deja de construir su mundo en comunicación con los demás, y se pierde en un pensamiento autístico.

Los autores citados concuerdan en la existencia de síntomas positivos y negativos. Ey et al. (1978) plantea que los rasgos negativos son dados por la desintegración de la vida psíquica y conforman el síndrome de disociación (desestructuración de la conciencia y la persona). Por otra parte el vacío creado se despliega en una producción delirante positiva: delirio autístico o autismo. Estos síntomas son complementarios y están unidos por caracteres comunes: la ambivalencia, la extravagancia, la impenetrabilidad y el desapego. La ambivalencia es la vivencia de un antagonismo simultáneo, términos opuestos experimentados simultáneamente y sentidos separadamente. La extravagancia resulta de la pérdida de unidad de la vida psíquica y deriva en rodeos extraños o fantásticos. La impenetrabilidad determina la incoherencia del mundo de relaciones de la persona con esquizofrenia y su hermetismo. Y el desapego establece el retraimiento de la persona hacia su interior. Se habla de discordancia refiriendo a estos rasgos de carácter incoherente de los síntomas. El síndrome de disociación presente en la enfermedad, refiere a la desarticulación de la vida psíquica e incluye los trastornos del curso del pensamiento y del campo de la conciencia, trastornos del lenguaje, alteraciones en el sistema lógico, desorganización de la vida afectiva y discordancia psicomotriz (comportamiento catatónico). Por otra parte el autismo incluye la vivencia delirante (extrañeza, despersonalización, influencia), y la elaboración delirante secundaria, el delirio autístico (constituido por creencias e ideas que forman una concepción hermética del mundo).

La Asociación Americana de Psiquiatría en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014), plantea la existencia de esquizofrenia en presencia de dos o más síntomas como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, y síntomas negativos entendidos como una expresión emotiva disminuida o abulia. Los síntomas deben existir durante un mes, o menos si se trató la enfermedad de forma correcta, y al menos uno de los primeros tres síntomas nombrados debe estar presente. A su vez el nivel de funcionamiento del individuo en diferentes ámbitos (trabajo, relaciones interpersonales, cuidado personal), debe estar muy por debajo del nivel que solía tener antes de que comenzara el trastorno, durante una parte significativa de tiempo. En el caso de que el trastorno comience en la infancia o adolescencia no se logra la

consecución del nivel esperado de funcionamiento académico, laboral o interpersonal. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. La gravedad según el DSM-5 (2014) se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis (ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos). Cada síntoma se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos, entendiéndose 0 como ausente, y 4 como presente y grave.

Según la OMS (2015), las personas con esquizofrenia sufren de estigmatización, discriminación y sus derechos humanos suelen verse violados. Uribe, Mora & Cortés (2007) plantean a su vez que la enfermedad mental es afectada por el estigma, ocasionando un fuerte impacto en el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes. La enfermedad trae consigo consecuencias como el aislamiento, la desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. Pero el efecto del rechazo y el estigma puede ser más perjudicial que los síntomas mismos.

Las personas con una enfermedad mental suelen enfrentarse a la sintomatología de la propia enfermedad y además al estigma. Los síntomas pueden dificultarles tareas como trabajar, vivir independientemente o lograr una buena calidad de vida, y los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales resultan en un estigma que los posiciona en desventaja por las reacciones de la sociedad. Personas con una enfermedad mental que pueden trabajar, tienen dificultades para encontrar un empleo por la discriminación de los empleadores (Arnaiz & Uriarte, 2006).

En las sociedades occidentales, sociedades hipermodernas aceleradas, de ganadores y perdedores de acuerdo al nivel económico y de consumo logrado (Araújo, 2013), los estereotipos (acuerdo generalizado sobre lo que identifica a un determinado grupo de personas) suelen incluir información sobre la enfermedad mental relativa a la peligrosidad, a actos violentos, a su responsabilidad sobre el padecimiento de la enfermedad, a su incapacidad para curarse mediante tratamiento, a su incompetencia para realizar tareas básicas (como las de autocuidado), a lo impredecible de sus reacciones, y a la falta de control (Crespo, Guillén, Muñoz & Pérez, 2009). Cuando se sienten reacciones emocionales negativas como miedo y desconfianza, se producen valoraciones y actitudes (prejuicios) que ocasionan conductas de rechazo y hacen efectiva la discriminación, ubicando a las personas con esquizofrenia en situación de desventaja social. Esto produce limitaciones en sus relaciones sociales y de pareja, dificultades en el acceso a empleos y vivienda independiente, y entorpece el acceso a los sistemas de salud y judicial (Crespo et al., 2009).

Existe estigmatización cuando un individuo que puede ser fácilmente aceptado en un intercambio social común, posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza en la atención de otros individuos y llevarlos a alejarse de él, anulando sus restantes atributos. La persona posee un estigma, una diferencia indeseable. A partir de este supuesto se practican diversos tipos de discriminación, reduciendo así las posibilidades de vida del individuo. Se construye una teoría del estigma para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando una hostilidad que se basa en otras diferencias. Basándose en el defecto original, se le atribuye un elevado número de imperfecciones (Goffman, 1986).

Uribe et al. (2007) señala que los prejuicios pueden ocasionar una política de salud injusta, imposibilitando la buena implementación de los servicios adecuados en condición de igualdad. Es por esto que la OMS y la Asociación Internacional de Psiquiatría, al igual que varios países, iniciaron campañas con el propósito de reducir el estigma en la enfermedad mental. Una de las medidas que se han implementado para su reducción es denominada Rehabilitación Psicosocial. Según la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y la OMS en la Declaración de Consenso WAPR/WHO (1997), la Rehabilitación Psicosocial es un proceso que facilita a individuos afectados por la desventaja de un trastorno mental la oportunidad de alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Intenta mejorar la aptitud individual e introducir cambios en el entorno para lograr la mejor calidad de vida posible. Aspira a proporcionar el mejor nivel de funcionamiento de individuos y sociedades, estimulando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. Se ven implicados tanto usuarios como profesionales, familias, empresarios, gestores y administradores de servicios comunitarios y la comunidad.

A través de los referentes teóricos planteados anteriormente, podría afirmarse que las personas con esquizofrenia sufren de discriminación a causa de una estigmatización por enfermedad mental. Para explorar si en personas afrodescendientes con esquizofrenia, la discriminación en razón de poseer una enfermedad mental y el racismo pueden ocasionar una forma nueva y múltiple de discriminación, es imprescindible adentrarse en el concepto de discriminación racial.

Olaza (2012) plantea que varias investigaciones científicas en el campo de la diversidad humana y de la genética de poblaciones confirman que no existen grupos humanos clasificados por razas, todas las poblaciones humanas tienen más o menos los mismos genes en distintas proporciones. Stolcke (2000) a su vez afirma la existencia de

diversos estudios que sostienen que en el género humano no existen razas en términos biológicos. Por tanto cuando aparecen formas de desigualdad y exclusión referidas a diferencias raciales puede tratarse solamente de construcciones sociohistóricas. La diferencia en los rasgos fenotípicos refleja una fracción mínima del genotipo de un individuo, y por tanto no pueden ser interpretados como indicadores de diferencias raciales para legitimar prejuicios ni discriminaciones racistas.

Shirane (2011) en su obra “La ICERD y el CERD: una guía para actores de la sociedad civil” afirma que según la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1969), la discriminación racial se define como:

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública. (p.1)

En la nombrada Convención, se afirma a su vez que toda creencia de superioridad que se base en la diferenciación racial es científicamente falsa, por lo cual no existe nada que permita justificar dicha discriminación. Sin embargo, en la Declaración de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en Durban (2001), se deja en claro que pese a los diferentes esfuerzos realizados para combatir la discriminación racial, ésta persiste causando violaciones a los derechos humanos, sufrimientos, desventajas y violencia. En la actualidad se siguen proponiendo teorías de superioridad de ciertas razas y culturas que fueron fomentadas y practicadas durante la era colonial.

Actualmente la sociedad uruguaya manifiesta su discriminación de forma encubierta, y no en forma de violencia física. El arraigo en la vida cotidiana ocasiona que la discriminación no sea percibida, y se manifieste en forma naturalizada. La discriminación silenciosa coloca al racismo como un fenómeno acostumbrado, dificultando su visibilidad; sin embargo el racismo continúa actuando en prácticas y discursos de la vida cotidiana de los uruguayos (Olaza, 2012). Los prejuicios “consolidan y mantienen la estabilidad y cohesión de la integración social; en el caso de los afrouruguayos pesa el estigma histórico con el que el etiquetaje social marcó negativamente su identidad” (Olaza, 2012, p.135).

Según los referentes teóricos citados puede aseverarse que las personas afrodescendientes con esquizofrenia sufren de discriminación racial y de estigmatización por poseer una enfermedad mental. Se hace fundamental finalizar haciendo mención al concepto de interseccionalidad. En la Conferencia Mundial contra el Racismo, la

Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001) se reconoce que:

El racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia se producen por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico y que las víctimas pueden sufrir formas múltiples o agravadas de discriminación por otros motivos conexos, como el sexo, el idioma, la religión, las opiniones políticas o de otra índole, el origen social, la situación económica, el nacimiento u otra condición. (p.5)

Como plantea Eaton (citado por Rey, 2008), la interseccionalidad es la discriminación que proviene de la combinación de varios componentes, que unidos ocasionan algo único, diferente a cualquier forma de discriminación de un solo tipo.

Problema y Preguntas de Investigación

Cuando se habla de racismo es imprescindible hacer referencia al proceso de esclavización que ha dejado huellas hasta el día de hoy. Este puede ser entendido como la implementación de la institución de la esclavitud africana en América desde el siglo XV hasta principios del siglo XIX. El proceso aseguró la mano de obra forzada buscando la expropiación de la riqueza del continente (Ramírez, 2012).

Según plantean Chagas & Stalla (2008), la justificación moral de la esclavitud se estableció mediante factores de discriminación racial, colaborando a incorporar en forma intensiva el trabajo esclavo sin cuestionamientos morales mayores. Se sustentó en prejuicios sobre una supuesta desigualdad entre razas y en la supuesta inferioridad de la raza negra, ya que aceptar la inferioridad de los afrodescendientes permitía legalizar su explotación sin contradecir los principios cristianos dominantes (Casas, 1999). Actualmente está comprobada la inexistencia de razas humanas en términos biológicos, la diferencia en los rasgos fenotípicos de ninguna forma debió haber sido interpretada como indicador de diferencias raciales para justificar prejuicios y racismo (Stolcke, 2000).

El proceso de esclavitud practicó el rapto, venta, tortura, tráfico, y explotación de hombres y mujeres africanos, y colaboró en la constitución de la economía capitalista del presente. Tuvo un sistema de leyes amparándolo y un fuerte dispositivo militar a su servicio. Numerosas personas africanas fueron víctimas de este delito, con consecuencias que aún subsisten, afectando gravemente a sus descendientes (Ramírez, 2012). Las formas actuales de discriminación racial están determinadas por este pasado de esclavitud que aún marca la identidad y el lugar social de los descendientes de esclavos, tanto para ellos mismos como para la cultura hegemónica. La discriminación colabora en la construcción de una identidad auto desvalorizada, que se quita a sí misma posibilidades de desarrollo y que

impone niveles de sufrimiento evitables. La sociedad uruguaya hoy es discriminadora y los afrodescendientes la sufren personal y directamente. Forman parte de un grupo humano que tiene dificultades para alejarse de su lugar de minoría políticamente excluida ya que se toma la esclavitud como el principal referente histórico que ofrece un modelo a los afrodescendientes uruguayos, y no se valoran otras contribuciones a la historia nacional, ni se profundiza en la información sobre los orígenes africanos (Scuro Somma, 2008).

Las personas afrodescendientes son víctimas de desigualdades en el acceso a mejores puestos de trabajo, en la escuela, el barrio, en la baja autoestima, en el miedo al rechazo, en la exigencia diaria para comenzar y prolongar cualquier labor, en la repetición y en el rezago escolar (Olaza, 2012). La mayoría de los afrouruguayos desconocen los mecanismos que podrían utilizar para defender sus derechos, y muchos de quienes los conocen no recurren a ellos por la falta de confianza sustentada en una gran carga de sufrimiento acumulado (Scuro Somma, 2008).

Este trabajo intenta adentrarse en las formas de afectación del racismo en cuanto a la rehabilitación psicosocial de las personas afrodescendientes que tienen un trastorno mental severo y permanente, específicamente poseedoras de esquizofrenia. Para ello es necesario hacer referencia a su vez, a la situación actual en que viven las personas que poseen este trastorno. Los individuos con esquizofrenia, también sufren y se ven influenciados negativamente debido a la discriminación que imparte la comunidad de la cual forman parte. Una de las mayores complicaciones en los procesos de rehabilitación psicosocial de las personas con esquizofrenia es la estigmatización y rechazo por parte de la sociedad tras ser diagnosticado como enfermo. Si la exclusión de la sociedad hacia estas personas no es contrarrestada, aumenta su bajo autoestima dificultando la recuperación del control sobre el mundo real. La imagen negativa del self se ve favorecida por las actitudes y prejuicios del entorno (Cullberg, 2000).

La intervención con una persona que posee esquizofrenia se debe organizar con un conocimiento global de las problemáticas y las posibilidades de la persona. Debe tenerse en cuenta su sintomatología, funcionamiento psicosocial e integración social en relación a los distintos entornos sociales y comunitarios en los que la persona vive o puede vivir, considerando las demandas y exigencias que los mismos plantean (Cañamares & Castejón, 2007).

A partir de los antecedentes y referentes teóricos citados en el trabajo, puede afirmarse que las personas afrodescendientes con esquizofrenia se encuentran atravesadas tanto por los pensamientos estigmatizadores de la enfermedad mental, como por el racismo. No

existen antecedentes sobre un enfoque verdaderamente interseccional mediante el cual se analicen las interacciones que se producen entre estos dos ejes de desigualdad. Si no se logra un abordaje integral, teniendo en cuenta la situación de los individuos como afrodescendientes y la situación como poseedores de esquizofrenia podría verse afectada negativamente su Rehabilitación Psicosocial. El racismo y la discriminación en razón de poseer una enfermedad mental, no deberían tomarse como experiencias excluyentes y distintas, pues la interseccionalidad no es solamente la suma de las mismas. El análisis debe tomar en consideración la forma particular y única en la que estas personas son excluidas.

A partir de ello se cuestiona, ¿Es posible que las personas afrodescendientes que poseen esquizofrenia tengan dificultades en su rehabilitación psicosocial a causa de una doble discriminación?

De ser así, ¿Habría que abordar la discriminación racial y la estigmatización por enfermedad mental como factores discriminatorios apartados, o como la combinación de ambos motivos de discriminación en una modalidad específica de discriminación interseccional?

Objetivo General

- Aportar desde la psicología información científica relativa a la relación entre salud mental y condición étnico - racial afro.

Objetivos Específicos

- Indagar la forma en que las personas afrodescendientes con esquizofrenia atraviesan su enfermedad.
- Examinar si, además de la estigmatización por enfermedad mental, la discriminación racial afecta negativamente la rehabilitación psicosocial de las personas afrodescendientes con esquizofrenia.
- Averiguar si la discriminación racial sumada a la discriminación en razón de poseer una enfermedad mental, ocasionan una modalidad específica de discriminación múltiple y agravada.
- Explorar si se utilizan estrategias para el fortalecimiento de las redes vinculares, obstaculizadas por una doble estigmatización: afrodescendencia y esquizofrenia, y cuáles son.

Estrategia Metodológica

Para trabajar con personas poseedoras de esquizofrenia es necesaria una metodología flexible que les posibilite poder expresarse libre y cómodamente, por tanto en esta investigación se utilizará una metodología cualitativa. El investigador deberá poder adaptarse a las circunstancias y escenarios que se presenten ya que el contexto puede cambiar con el transcurrir del tiempo (Sampieri, Fernández & Baptista, 2006).

Se implementará un diseño narrativo que logre dar cuenta de la percepción de los sujetos recolectando datos sobre sus historias de vida y experiencias en cuanto a su situación y vivencias como personas afrodescendientes con esquizofrenia. En este diseño resultan de interés los sujetos en sí mismos y su entorno, así como las personas que lo rodean (Sampieri et al., 2006).

Se seleccionó como estrategia la historia de vida, pues a partir de ella se podrá entender a las personas afrodescendientes con esquizofrenia contextualizando la época y el lugar donde vivieron, donde ocurrieron sus experiencias personales e interacciones sociales. El investigador deberá reconstruir las historias en forma cronológica, teniendo en cuenta los eventos pasados, presentes y futuros (Hernández et al, 2006). Se podrán recabar datos en relación a las experiencias de vida de los participantes antes y después de la aparición de la enfermedad y se recogerán datos en el propio lenguaje de los participantes sobre los sucesos de su vida familiar, laboral, y aficiones (Sampieri et al., 2006).

“Las historias de vida configuran la expresión de sistemas de valores, formas de pensar el mundo y de pensarse uno mismo dentro de ese mundo. Constituyen resultados de continuas transacciones que los sujetos hacemos con las circunstancias” (Porzecanski & Santos, 1994, p.7).

Se efectuarán a su vez, entrevistas semiestructuradas a familiares y personal de la salud que tengan relación vincular con los participantes, basándose en una guía de preguntas, con la libertad de introducir preguntas adicionales para profundizar los aspectos que se consideren relevantes (Sampieri et al., 2006).

Población y Muestra

Acorde a la metodología seleccionada y a los objetivos propuestos, las historias de vida se realizarán a tres personas afrodescendientes que posean esquizofrenia para poder destinarle a cada una el tiempo correspondiente de forma exhaustiva. Deben recibir o haber recibido atención sanitaria en el Hospital Vilardebó, y participar o haber participado del centro diurno del hospital. Se trabajará en esta institución por ser el único hospital

psiquiátrico de referencia de pacientes agudos de Montevideo.

Se trabajará con usuarios compensados que podrían desempeñarse adecuadamente en la comunidad y que participen o hayan participado de instancias de rehabilitación psicosocial. Por tanto, para la selección se tendrá en cuenta el grado de déficit cognitivo de los individuos, la presencia de síntomas positivos y el estado de la enfermedad en base a la medicación y el diagnóstico médico.

Para explorar si se utilizan estrategias para el fortalecimiento de las redes vinculares, obstaculizadas por una doble estigmatización: afrodescendencia y esquizofrenia, es de fundamental importancia el contacto con usuarios y profesionales del centro diurno que funciona dentro del hospital, pues su meta principal es favorecer la continuidad del tratamiento de las personas que egresan de una internación, y ayudarlas a que puedan adherirse mejor a los tratamientos ofrecidos para evitar recaídas e internaciones así como mejorar su calidad de vida.

También se realizarán entrevistas semiestructuradas a familiares de los usuarios y a profesionales de la salud del mencionado hospital ya que resulta de vital interés el entorno y las personas que rodean al individuo. A su vez, serán de ayuda en los casos en que los síntomas de la enfermedad dificulten el poder brindar información acerca de sus experiencias, opiniones y percepciones sobre el tema, ya que durante el tiempo en que se realizan las historias de vida pueden existir recaídas que imposibiliten la recogida de datos.

Consideraciones éticas:

Este proyecto tendrá presente el bienestar de los participantes, respetando sus derechos y tomando los recaudos exigidos por la legislación existente en cuanto a las normas éticas de investigación (CPU, 2001). Se informará a los participantes sobre el motivo de la investigación, el manejo y protección de los datos, y se aclarará que es de carácter voluntario, explicando también que podrán retirarse si en algún momento lo desean.

Los participantes serán informados sobre los propósitos que tendrá este proyecto, y se les explicará el motivo de su participación. Luego de evacuadas las dudas en cuanto a su participación y respecto al proyecto, se les entregará un consentimiento informado que deberán leer, y en caso de estar de acuerdo deberá ser firmado por las personas que participen, garantizando su confidencialidad (CPU, 2001).

Resultados esperados

Al finalizar esta investigación se espera aportar información sobre la relación entre

salud mental y condición étnico racial afro desde un enfoque psicológico e interseccional. A su vez, mediante estrategias de difusión se pretende brindar conocimientos acerca de la forma en que las personas afrodescendientes con esquizofrenia atraviesan su enfermedad, con el propósito de reducir el estigma causado por la comunidad. Finalmente se podrá contribuir al diseño de políticas públicas que apliquen una perspectiva interseccional, para implementar estrategias de rehabilitación psicosocial que beneficien a las personas afrodescendientes con esquizofrenia, teniendo en cuenta su situación como afrodescendientes y como poseedoras de una enfermedad mental.

Cronograma de Ejecución

Actividades	Duración del proyecto (meses)																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Revisión bibliográfica	X	X	X	X																				
Pauta para historia de vida					X	X																		
Pautas para entrevistas a familiares y trabajadores de la salud					X	X																		
Contacto con el campo						X	X	X	X															
Trabajo de campo										X	X	X	X	X	X	X	X							
Análisis de datos																		X	X	X	X			
Realización de un informe final																						X	X	
Realizar actividades de difusión de resultados																								X

Referencias Bibliográficas

- Araújo, A. M. (2013). *Todos los Tiempos el tiempo*. Trabajo y vida cotidiana en la hipermodernidad. Montevideo: Psicolibros.
- Arnaiz, A. & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, (26), 49–59. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios Diagnósticos del DSM-5 TM*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial & Organización Mundial de la Salud. (1997). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO*. Recuperado de: http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf
- Cabella, W., Nathan, M. & Tenenbaum, M. (2013). *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay*. La población afro-uruguaya en el Censo 2011. Montevideo: Trilce. Recuperado de: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=1726c03f-aecd-4c78-b9be-f2c27dafba1d&groupId=10181
- Campo-Arias, A., Herazo, E. & Oviedo, H. C. (2014). Correlación entre homofobia y racismo en estudiantes de medicina. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 25-37. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n1/v31n1a02.pdf>
- Cañamares, J, M. & Castejón, M, A. (2007). *Esquizofrenia*. Pautas para la intervención: guía para profesionales. Madrid: Síntesis.
- Casas, M. (1999). Racionalización de prejuicios: las teorías racistas en el debate esclavista en la primera mitad del siglo XIX. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, (155). Recuperado de: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-155.htm>
- Castillo, M. & Suso, A. (2013). *Estudio diagnóstico de fuentes secundarias sobre la discriminación en España*. Madrid: Caja Alta Edición & Comunicación. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/noDiscriminacion/documentos/estudio_comp_Discrim_espana.pdf
- Chagas, K. & Stalla, N. (2008). De la esclavitud a la abolición. En Scuro Somma, L. (coord.)

- (Ed) *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay* (pp 7-25). Montevideo: PNUD.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, 2(1), 45-66. Recuperado de: http://www.uvm.cl/csonline/2005_1/pdf/esquizofrenia.pdf
- Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. (2001). Durban. Recuperado de: http://www.un.org/es/events/pastevents/cmcr/durban_sp.pdf
- Comisión de Ética Profesional (CPU). (2001). *Código de Ética Profesional del Psicólogo/a*. Uruguay. Recuperado de: <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>
- Crespo, M., Guillén, A. I., Muñoz, M & Pérez, E. (2009). *Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense S.A.
- Cullberg, J. (2000). *Psicosis. Una perspectiva integradora*. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, CH. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson S.A.
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Olaza, M. (2012). *Rompecabezas. Racismo 'a la uruguaya'*. Relatos afrouruguay@s. Montevideo: Psicolibros.
- Olaza, M. (2008). *La cultura afro uruguaya: una expresión del multiculturalismo emergente de la relación global-local*. (Tesis de Maestría) Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2011). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional*. Recuperado de http://www.paho.org/els/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=870&Itemid=99999999
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Porzecanski, T. & Santos, B. (1994). *Historias de vida: negros en el Uruguay*. Montevideo: Eppal.
- Ramirez, T. (2012). *Ciudadanía afrodescendiente*. Montevideo: Ministerio de desarrollo social.
- Rey, M. (2008). La discriminación múltiple, una realidad antigua, un concepto nuevo. *Revista Española de Derecho Constitucional*, (84), 251-283. Recuperado de:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-

LaDiscriminacionMultipleUnaRealidadAntiguaUnConcep-2775864.pdf

Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Interamericana.

Scuro Somma, L. (Coord.) (2008). *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. Montevideo: PNUD.

Shirane, D. (2011). *La Convención Internacional sobre toda forma de discriminación racial (ICERD) y su Comité (CERD): Una guía para actores de la sociedad civil*. IMADR.

Recuperado

de:

http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CERD/ICERDManual_sp.pdf

Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad? *Redalyc*, (14), 25-60. Recuperado de: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/269230/mod_resource/content/0/Verena%20Stolcke.pdf

Uribe, M., Mora, O. L. & Cortés, A. C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.

Recuperado

de: [http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/4-](http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/4-VOCES%20DEL%20ESTIGMA.pdf)

[VOCES%20DEL%20ESTIGMA.pdf](http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/4-VOCES%20DEL%20ESTIGMA.pdf)