

# Esquizofrenia y psiquiatría transcultural, a propósito de un caso

Maitane Oscoz-Irurozqui<sup>1</sup>, Mirari Amagoia Isasi García<sup>1</sup>, María Basteguieta Gardeazabal<sup>2</sup>, María del Camino Núñez Melón<sup>2</sup>

1. CSM IIA - Milagrosa y II Ensanche. Pamplona, Spain. 2. CSMIJ Natividad Zubieta, Sarriguren. Pamplona, Spain.

**INTRODUCCIÓN.** Las **variables socio-culturales** son cruciales en el **abordaje** del paciente inmigrante durante todo el proceso terapéutico.

**OBJETIVOS.** Se presenta el caso de un **varón magrebí de 47 años** que realiza seguimiento en un Centro de Salud Mental de Pamplona por un diagnóstico de **esquizofrenia**.

## RESUMEN DEL CASO.

Antecedentes:

- No médico-quirúrgicos de interés
- Sociobiográficos: varón de 47 años natural de Marruecos, residente en Pamplona desde 2008, tutelado
- Hábitos tóxicos: consumidor de cannabis desde la adolescencia
- Psiquiátricos: diagnosticado de esquizofrenia paranoid. En seguimiento en CSM desde 2009.

**Múltiples ingresos** durante estos años en Unidad de Hospitalización de agudos de Psiquiatría (UHP), Unidad de Media Estancia. Recaídas constantes (alucinaciones auditivas con **ideación delirante** de **tipo místico** junto con alteraciones conductuales)

- Tratamientos ensayados: olanzapina, risperidona, paliperidona, aripiprazol, valproato, benzodicepinas.

**ESTADO ACTUAL.** Ingresa recientemente en UHP: se inicia clozapina ante la persistencia de la sintomatología con aripiprazol. Al alta abandono de clozapina (refiere **astenia** importante, **no** quiere realizarse **hemogramas**), solo admite “la vacuna” (aripiprazol im). **Acude sin cita** a consulta de posthospitalización en CSM. Reconoce haber vuelto a consumir **cannabis**. De nuevo refiere que **ideación delirante místico-religiosa**. Ofrece **besos** a las terapeutas **mujeres**.

**DISCUSIÓN.** Se trata de un **paciente complicado** que incluso llega a “incomodar”, pues casi siempre llega a **deshora** a consulta, **abandona el tratamiento**

farmacológico reiteradamente, explica que **conversa** con “el **Sol** y con **Alá**”(cultural o **delirante?**), se niega a consumir comida de la residencia en que vive, fuma **cannabis**.

El caso que nos ocupa fue una constatación de algunos elementos culturales característicos y conductas de salud en el Magreb<sup>1</sup>: **prácticas** curativas **alternativas**, alto grado de **automedicación**, diferente tradición culinaria, papel de la **enfermedad** en su relación con el **Islam**, la dimensión sanadora de la **intercesión** de figuras respecto a lo **divino**, la distinción en el Corán entre las **enfermedades psicológicas** y **orgánicas**, la importancia de la **familia** en el cuidado del enfermo mental, influencia de los roles de género, la expresión en ocasiones de psicopatología a través de **dolencias físicas**.



## CONCLUSIONES

- Los clínicos deben tener en consideración los antecedentes culturales cuando se plantean alguna intervención, y para ello es imprescindible **conocer** los factores que influyen en la **identidad cultural** de sus pacientes<sup>2</sup>.
- Es esta una situación cada día más frecuente en el ámbito clínico, donde se pone de manifiesto una realidad compleja en la que se señala la necesidad de integrar la **competencia intercultural** en el ámbito sanitario<sup>1</sup>.