



Capítulo 66/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

CULTURA Y PSIQUIATRÍA

Trabajamos para su tranquilidad...

Cultura y psiquiatría

David C. Henderson, MD

Brenda Vincenzi, MD

Albert S. Yeung, MD, ScD

Gregory L. Fricchione, MD

PUNTOS CLAVE

Contexto

- En la presentación de las enfermedades psiquiátricas existen diferencias culturales, que afectan a la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, si no a todos, como la depresión y la psicosis.
- Los aspectos culturales pueden desempeñar un papel fundamental en la manifestación de los síntomas y en la aparición de los síndromes que tienen una especificidad cultural.
- El sexo, la raza, la etnia y la cultura pueden tener una influencia muy notable en el diagnóstico, el tratamiento y el resultado para muchas personas con problemas psiquiátricos y médicos.

Historia

- Recientemente se ha incrementado el interés por comprender el papel de las diferencias culturales en los trastornos mentales y la psicofarmacología.
- Si se analizan las variaciones étnicas de las respuestas psicotrópicas en distintas poblaciones étnicas, que afectan a las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas, además del impacto cultural en el diagnóstico y el tratamiento, se proporcionará una atención de mayor calidad a las minorías étnicas.

Retos para la investigación y la clínica

- Los factores biológicos y no biológicos tienen una incidencia importante en el empleo de psicotrópicos.
- La actividad de las enzimas hepáticas del citocromo (CYP) está controlada genéticamente, aunque los factores ambientales pueden modificarla.
- Si se comprende la influencia de los factores farmacocinéticos y ambientales en las distintas poblaciones, será más fácil predecir los efectos secundarios, los valores sanguíneos y las posibles interacciones entre fármacos.

Apuntes prácticos

- La clasificación del DSM-5 indica que los clínicos deben tener en cuenta el contexto racial, étnico y cultural de las personas, y considerar la identidad cultural de los pacientes, las explicaciones culturales de su enfermedad, el impacto cultural en la función psicosocial y la incidencia de la cultura en la relación entre médico y paciente para alcanzar una valoración diagnóstica y un abordaje clínico eficaces.
- En la formulación de los pacientes y de sus problemas debe incluirse una valoración cultural relacionada con el diagnóstico y el tratamiento.
- El impacto de la aculturación puede provocar síntomas psiquiátricos.
- Los médicos deben preguntar y hacer un esfuerzo por comprender las circunstancias que rodean la inmigración.
- Todos los pacientes que reciben psicotrópicos deben empezar con dosis bajas, para reducir el riesgo de acontecimientos adversos.

Perspectiva general

El sexo, la raza, la etnia y la cultura pueden tener una incidencia muy notable en el diagnóstico, el tratamiento y el resultado terapéutico en muchas personas con problemas psiquiátricos y médicos.

Aunque es imposible entender a todas las culturas, existen algunos principios básicos a los que puede recurrirse para mitigar los choques culturales y reducir el riesgo de ofrecer una atención médica no idónea. Al evaluar y tratar a un paciente de otra cultura es preciso ser cauto con ciertas observaciones y no aplicar estereotipos. Los clínicos deben ser conscientes de sus propios sentimientos, sesgos y prejuicios. Por otra parte, el psiquiatra ha de evaluar el impacto del entorno asistencial, las actitudes del equipo médico y sanitario y la experiencia del paciente con los sistemas de salud. No es infrecuente observar cierta falta de confianza, que puede influir en la conducta del paciente, su grado de cooperación y el cumplimiento de las recomendaciones. Por otra parte, existen disparidades en la atención sanitaria en las que influyen factores como el sexo, la raza, la etnia y la cultura.¹ Entender la cultura de un paciente ayudará a procurarle unos cuidados médicos y psiquiátricos de alta calidad. Sin embargo, un conocimiento a la ligera puede ser peligroso. Es habitual que existan variaciones entre unas personas y otras; así, un paciente podría no encajar en las nociones preconcebidas sobre su cultura. Deben buscarse indicios culturales, con una actitud suficientemente flexible para reconocer que los patrones y las conductas de un paciente no se corresponden necesariamente con las expectativas del clínico.

Valoración cultural

En la formulación de un paciente y de sus problemas debe incluirse una valoración cultural relacionada con el diagnóstico y el tratamiento. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-5)*, 5.^a Ed.,² subraya que los clínicos han de tener en cuenta el contexto racial, étnico y cultural de cada persona para realizar con eficacia la valoración diagnóstica y el abordaje clínico. Este proceso, denominado *formulación cultural*, contiene varios componentes (cuadros 66-1 y 66-2). El DSM-5 proporciona un perfil actualizado de las formulaciones culturales y presenta un enfoque para la valoración que utiliza la Cultural Formulation Interview (CFI), un material consistente en una breve entrevista semiestructurada para la valoración sistemática de los factores culturales en los encuentros clínicos (www.psychiatry.org/dsm5).

Cuadro 66-1 Tratamiento de un paciente de otra cultura

- Debe tenerse cuidado al realizar observaciones e interpretaciones o aplicar estereotipos.
- Los clínicos deben conocer bien sus propios sentimientos, sesgos y prejuicios.
- Existe una importante variabilidad interindividual; tal vez algunas personas no encajen en las expectativas de su cultura.
- Es preciso estar atento a los indicios culturales.
- Se debe ser suficientemente flexible para reconocer que las pautas y conductas del paciente no tienen por qué coincidir necesariamente con las expectativas del clínico.

Cuadro 66-2 Formulación cultural del DSM-5

Identidad cultural de la persona

Las referencias raciales, étnicas o culturales del paciente y el grado en el que se involucra con sus culturas de origen y de acogida son relevantes.

Conceptualizaciones culturales del sufrimiento

Es importante entender el modo en que se comunica el sufrimiento o la necesidad de apoyo a través de los síntomas (p. ej., nervios, posesión por espíritus, quejas somáticas, mala suerte).

Factores de estrés psicosocial y rasgos culturales de vulnerabilidad y resistencia

Los factores culturales tienen un impacto notable en el entorno psicosocial y el funcionamiento.

Rasgos culturales de la relación entre el paciente y el clínico

Deben abordarse los rasgos culturales de la relación entre el paciente y el clínico.

Determinación de la identidad cultural del paciente

Las referencias raciales, étnicas o culturales y el grado de identificación de las personas con sus culturas de origen y de acogida son importantes en distintos aspectos. Es fundamental buscar las claves sobre la cultura del paciente y formular preguntas concretas en relación con su identidad cultural. Por ejemplo, un hombre americano de origen asiático que se ha criado en el sur de EE. UU. tal vez muestre patrones, conductas y visiones del mundo coincidentes con los hombres de caucásicos de la región en la que vive. Es preciso atender asimismo a la competencia en el idioma y a las preferencias de cada persona. Otros aspectos clínicamente relevantes de la identidad son la adscripción religiosa, el sustrato socioeconómico, los lugares donde nació nacimiento y creció la persona y su familia, la condición de inmigrante y la orientación sexual.

Determinación de las conceptualizaciones culturales del sufrimiento

A menudo, el modo de entender el sufrimiento o la necesidad de apoyo se manifiestan a través de los síntomas (p. ej., nervios, posesión por espíritus, quejas somáticas, mala suerte); por tanto, el significado y la gravedad de una enfermedad deben determinarse en relación con la cultura, la familia y la comunidad. Este modelo explicativo puede ayudar a desarrollar las interpretaciones, los diagnósticos y los planes terapéuticos. Muchos pacientes de culturas no occidentales no están familiarizados con los conceptos y terminologías que utilizan los clínicos, lo que provoca incompreensión y la evitación de los servicios de salud mental. Una respuesta cuidadosa al modelo explicativo del paciente y el uso del mismo como plataforma común suelen facilitar el momento en que se describe el diagnóstico ante el paciente y se negocia el tratamiento.

Determinación de factores de estrés psicosocial y rasgos culturales de vulnerabilidad y resistencia

Los factores culturales pueden tener un impacto importante en el entorno psicosocial y en la función. El médico tiene la responsabilidad de determinar el funcionamiento, la posible discapacidad y la resistencia a partir del grupo de referencias culturales de la persona, así como de ayudar al paciente y a su familia a adaptarse a los cambios de roles que se derivan de la enfermedad.

Determinación de las características culturales de la relación entre el paciente y el clínico

Es necesario tener en cuenta los aspectos culturales de la relación entre el paciente y el clínico. Tampoco deben ignorarse las diferencias culturales y su incidencia en el tratamiento. Algunas barreras frecuentes son las dificultades con el idioma o con la expresión de los síntomas o la comprensión de su importancia cultural, los obstáculos para establecer una relación apropiada y los problemas para determinar lo que se considera normal o patológico. En el hospital, el psiquiatra debe prestar atención al entorno en el que el paciente recibe el tratamiento. Una intervención de esta naturaleza mejorará la comodidad de los pacientes y de los clínicos que los atienden, así como la calidad de los cuidados que se proporcionan.

Incidencia de la etnia en el diagnóstico psiquiátrico

En EE. UU., la raza y la etnia tienen un valor importante en el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico.³ En 2003, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), una división del Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de EE. UU., publicó el primer informe llamado National Healthcare Disparity Report (NHDR), que describía las diferencias en el acceso, la utilización y la experiencia de los pacientes de distintos grupos raciales, étnicos, socioeconómicos y geográficos con los servicios sanitarios. De acuerdo con el NHDR de 2009, las disparidades en la atención sanitaria habían aumentado entre 2003 y 2008.⁴ A muchos afroamericanos se les suele diagnosticar esquizofrenia cuando tienen trastorno bipolar o una depresión psicótica. En los americanos de origen asiático es común no detectar una depresión y no tratarla

adecuadamente, ya que estas personas tienden a disimular sus síntomas afectivos.² Por otra parte, los abordajes terapéuticos y las respuestas difieren con frecuencia según el diagnóstico. Los motivos de los errores de diagnóstico son complejos, e incluyen el hecho de que las personas de ciertos sustratos étnicos o culturales tal vez busquen tratamiento en fases más tardías del curso de su enfermedad que las de ascendencia caucásica; esta situación conduce a la percepción de una enfermedad más grave.⁴ En parte, la presentación tardía puede estar relacionada con la desconfianza en el sistema de atención sanitaria, la falta de familiaridad con los servicios de salud mental y el miedo a la estigmatización asociada a las enfermedades mentales. Los prejuicios médicos desempeñan asimismo un papel importante en los errores de diagnóstico. Con frecuencia, los diagnósticos psiquiátricos se establecen a partir de los síntomas que describen los pacientes y que son interpretados por el médico experto. Muchos trastornos comparten ciertos síntomas y pueden apoyar un diagnóstico o desestimar otro. En los afroamericanos no es raro que se ignoren los síntomas afectivos y se insista en los psicóticos. Este patrón se ha observado asimismo en otras poblaciones étnicas, como los hispanos, algunos grupos asiáticos y los amish (en EE. UU.). Los pacientes afroamericanos tienen más probabilidades de recibir dosis altas de antipsicóticos y preparaciones *depot*, tienen tasas superiores de hospitalizaciones involuntarias por motivos psiquiátricos y presentan índices notablemente más elevados de aislamiento y sujeción física en los hospitales de salud mental.²⁸ Existe la tendencia a sedar en exceso a estos pacientes para reducir su «riesgo de violencia» aun cuando, en algunos casos, apenas existen pruebas de que se trate de un paciente violento. Estos sesgos en el tratamiento psiquiátrico persisten y deben ser resueltos.

Diferencias en la presentación de la enfermedad

En la presentación de las enfermedades psiquiátricas abundan las diferencias culturales. Por ejemplo, una mujer camboyana puede quejarse de mareos, fatiga y dolor lumbar, a la vez que ignora otros síntomas neurovegetativos y es incapaz de describir los sentimientos de disforia. Los profesionales estadounidenses de salud mental suelen estar poco familiarizados con los diversos síndromes relacionados con la cultura indochina y con el significado que las distintas culturas atribuyen a estos síntomas. Por ejemplo, expresiones comunes en EE. UU., como «*feeling blue*», no son fáciles de traducir a las lenguas indochinas. Un médico camboyano se dirigiría a los pacientes camboyanos con términos que pueden traducirse literalmente como «pesado, abrumado, melancólico». La forma utilizada en Laos para decir que uno «está tenso» es a través de la sensación de ser un «globo hinchado a punto de estallar». En un estudio de control de casos realizado en Laos, Westermeyer² documentó la incapacidad general de los psiquiatras occidentales de reconocer los síntomas de depresión en los laosianos. De forma semejante, muchos chino-americanos deprimidos que acuden a los centros de atención primaria se quejan sobre todo de síntomas físicos y restan importancia a su depresión de ánimo.

Los psiquiatras y los médicos de atención primaria que buscan motivos biológicos y estructurales de las quejas de los pacientes (p. ej., lumbalgia, cefaleas, mareo) pueden pasar por alto una depresión. A menudo, los pacientes afectados reciben tratamiento con meclonina para el mareo y analgésicos para el dolor, cuando habría sido más correcto prescribir un antidepresivo.

Desde una perspectiva transcultural, la evaluación de los significados de los delirios extraños, las alucinaciones y los síntomas psicóticos mantiene su dificultad clínica. Un paciente no psicótico podría admitir que oye las voces de sus antepasados (un rasgo que resulta culturalmente apropiado en algunos grupos). En numerosas sociedades tradicionales no occidentales se cree que los espíritus de los difuntos pueden interaccionar con los vivos y poseerlos. Sin conocer adecuadamente el sustrato sociocultural y religioso de un paciente resulta difícil determinar si los síntomas son lo suficientemente extraños para establecer un diagnóstico de esquizofrenia. Por otra parte, debe adoptarse la precaución de no presuponer que los síntomas extraños son culturalmente apropiados cuando, en realidad, constituyan una manifestación de psicosis. La ayuda de intérpretes bilingües y biculturales, junto con la búsqueda de información de otras fuentes (como la familia, los líderes de la comunidad o los representantes religiosos), tal vez sirva para determinar si la experiencia de una persona es o no apropiada o aceptable desde una perspectiva cultural.

A su vez, si bien se ha dedicado gran atención al estudio del trastorno de angustia en las personas de ascendencia caucásica, en EE. UU. apenas se han realizado investigaciones empíricas sobre la fenomenología de este trastorno en los grupos minoritarios. En comparación con los caucásicos, los afroamericanos con trastorno de angustia refieren un miedo más intenso a morir o a volverse locos, mayor grado de entumecimiento y hormigueo en las extremidades y tasas más altas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) concomitante y depresión.¹⁰ Además, los afroamericanos aplican estrategias de afrontamiento un tanto diferentes (p. ej., práctica religiosa, bendiciones) y no se ven tan abrumados por el sentimiento de culpa. La incidencia de parálisis del sueño aislada es también mayor en este grupo racial.¹¹

Aculturación e inmigración

Actualmente, los inmigrantes o refugiados llegan a EE. UU. con numerosas dificultades y problemas psicosociales. Los médicos deben preguntarles por su situación y hacer un esfuerzo por entender las circunstancias que rodean a la inmigración. Algunas de estas personas podrían haber sufrido encarcelamiento por motivos políticos o haber sido víctimas de palizas y torturas, o bien haber perdido a sus familiares porque estos han desaparecido o porque han sido separados de ellos. En tales circunstancias podrían presentar un alto grado de depresión y TEPT. Existe una bibliografía abundante sobre cómo las tensiones de aculturación contribuyen a los trastornos mentales.^{12,13} El impacto de la aculturación puede provocar igualmente síntomas de depresión, ansiedad y «choque cultural», a veces semejantes a los del TEPT.

Los traumas y las torturas sufridos por muchos refugiados no suelen ser conocidos por la mayoría de los clínicos estadounidenses.¹⁴ A pesar de los numerosos informes sobre las experiencias de los campos de concentración en Camboya, del abuso sexual a las mujeres vietnamitas y del intenso sufrimiento emocional asociado con las experiencias de huidas, campos de refugiados y duros reasentamientos, son escasas las investigaciones sobre los traumas de los refugiados y los trastornos psiquiátricos y obstáculos sociales que se les asocian.

Síndromes de origen cultural (concepto cultural del sufrimiento)

Un síndrome de origen cultural es un conjunto de signos y síntomas restringidos a un número limitado de culturas debido a ciertos rasgos psicosociales. Estos síndromes suelen ligarse a un ámbito específico y mantienen una relación especial con él. Se clasifican normalmente de acuerdo con una etiología común (p. ej., magia, embrujos, manifestaciones de ancestros enfadados), con lo cual los cuadros clínicos son muy diversos.

Según la clasificación del DSM-5, los *conceptos culturales del sufrimiento* (síndromes, expresiones y explicaciones) son más relevantes que la antigua formulación de *síndrome de origen cultural* descrita en el DSM-IV.¹⁵ La formulación actual reconoce que todas las formas de sufrimiento están moldeadas a escala local, incluidos los trastornos del DSM. El DSM-5 (apéndice, glosario del concepto cultural de sufrimiento) contiene la descripción de los síntomas de nueve conceptos culturales ([tabla 66-1](#)).¹⁶ El concepto cultural de sufrimiento alude a la forma en que los grupos culturales individuales experimentan, entienden y comunican sus pesares, sus problemas de conducta o los pensamientos y emociones asociados.

Tabla 66-1

Glosario de conceptos culturales del sufrimiento, DSM-5 (apéndice)

Concepto cultural	Descripción	Cultura	Enfermedades relacionadas en otros contextos culturales
Ataque de nervios	Sensación de pérdida de control (gritos, agresividad, llanto, agitación, etc.) relacionada con un hecho estresante ocurrido en la familia	Ascendencia latina	«Indisposición» en Haití, <i>blacking out</i> en el sur de EE. UU. y <i>falling out</i> en las Indias Occidentales
Dhat, síndrome	Profunda ansiedad asociada con la pérdida de semen	India, Sri Lanka y China	<i>Sukra prameha</i> en Singapur y <i>shen-k'uei</i> en China
<i>Khyâl cap</i> («ataques de viento»)	Síntomas similares a la crisis de angustia	Camboyanos en EE. UU. y Camboya	<i>Pen lom</i> en Laos, <i>srog rlung gi nad</i> en Tíbet, <i>vara</i> en Sri Lanka y <i>hwa byung</i> en Corea
<i>Kufungisisa</i> («pensar demasiado»)	Dar demasiadas vueltas a las ideas/preocupaciones	<i>Shona</i> de Zimbabue	Común en muchos países y grupos étnicos
<i>Maladi moun</i> («enfermedad por causa humana» o «enviada»)	Mal ocasionado voluntariamente para dañar a los enemigos, a los que envían enfermedades como la psicosis y la depresión	Comunidades haitianas	Común en distintas culturas (p. ej., mal de ojo en España; <i>mal'occhiu</i> en Italia)
Nervios	Sufrimiento emocional, trastornos somáticos, incapacidad funcional	Latinos en EE. UU. y Latinoamérica	<i>Nevra</i> para los griegos y <i>nierbi</i> para los sicilianos de EE. UU., y <i>nerves</i> para los blancos de los Apalaches y Terranova
<i>Shenjing shuairou</i> («debilidad del sistema nervioso»/neurastenia)	Debilidad, excitación, emociones, dolor nervioso y episodios de síntomas en el sueño	Chinos	<i>Ashaktapanna</i> en la India y <i>shinkei-suijaku</i> en Japón

Concepto cultural	Descripción	Cultura	Enfermedades relacionadas en otros contextos culturales
Susto	El alma abandona el cuerpo por la infelicidad y la enfermedad	Hispanos en EE. UU., México, América Central y Sudamérica	Presencia global
<i>Taijin kyofusho</i> («trastorno de miedo interpersonal»)	Ansiedad/evitación de situaciones interpersonales al pensar, sentir o estar convencido de que el aspecto y las acciones de uno mismo son inadecuados o pueden ofender a los demás (idea más amplia que el trastorno de ansiedad social)	Japoneses	<i>Taein kong po</i> en Corea

En muchas culturas no occidentales, la proyección es un mecanismo de defensa común del yo. La vergüenza y la culpa suelen proyectarse en creencias y ceremonias culturales. Se atribuyen a otras personas, grupos u objetos, y pueden llevar a actuar contra ellos, a responsabilizar a otros y a una necesidad de infligirles un castigo. La proyección se observa también en las perspectivas de la existencia marcadas por la magia y lo sobrenatural. Todo ello conduce a ceremonias proyectivas y puede ser causa de enfermedad cuando tales ceremonias no se llevan a cabo.

Las psicosis culturales son difíciles de definir. En los síndromes culturales, las alucinaciones pueden contemplarse como variantes normales. Los delirios y el trastorno del pensamiento han de reevaluarse dentro del contexto de una cultura específica. Dicha cultura podría interpretar la conducta alterada como relacionada con prácticas como el vudú o con la ira, considerar normales los síntomas aun cuando sean compatibles con la esquizofrenia.

En el pasado se creía que los síndromes de origen cultural solo tenían lugar en el país o la región de origen. Sin embargo, con los importantes movimientos de población y la tendencia de los inmigrantes a aferrarse a su cultura (aunque se hayan desplazado a otro lugar), estos síndromes se han observado en otras partes del mundo. Entre ellos, un síndrome habitual es el *ataque de nervios* que se ha descrito y se observa con frecuencia en las poblaciones hispanas. Al igual que sucede con muchos síndromes de origen cultural, podría tener un cuadro compartido con los diagnósticos psiquiátricos del DSM-IV. Según un estudio, el 36% de los dominicanos y puertorriqueños a quienes se ha diagnosticado un *ataque de nervios* también cumplían los criterios de los episodios de angustia, mientras que sus características no aparecían necesariamente juntas durante el *ataque*.¹⁵

Trabajo con intérpretes

Los problemas de comunicación son comunes incluso entre médicos y pacientes que hablan el mismo idioma y que proceden de sustratos socioeconómicos similares. Por tanto, no es difícil imaginar los obstáculos y las dificultades a que se enfrenta un médico cuando trabaja con pacientes con fluencia limitada en el idioma y que pertenecen a una cultura muy distinta y desconocida para él. Los equívocos o malentendidos ante las descripciones físicas o psiquiátricas que transmite un paciente pueden conducir a errores de diagnóstico y derivar en un tratamiento innecesario o inadecuado. A su vez, los pacientes se

sienten frustrados, desanimados o descontentos con la atención sanitaria; el resultado puede ser un rechazo del tratamiento o la decisión de no seguir acudiendo al médico.¹² Por suerte, los intérpretes ayudan a resolver las diferencias de comunicación entre los médicos y aquellos de sus pacientes que no dominan el idioma.

En EE. UU., muchos estados cuentan con leyes que exigen a los centros médicos con financiación federal recurrir a intérpretes para tratar con pacientes que no hablan inglés. Existen muchos intérpretes capacitados y homologados para trabajar con los proveedores sanitarios, pero traducir para un profesional de salud mental es una cuestión muy diferente, tal vez más compleja.¹³ Intérpretes y clínicos deben conocer bien los problemas de entendimiento que pueden surgir en el entorno psiquiátrico. En el [cuadro 66-3](#) se recogen algunas de las dificultades a que se enfrentan los clínicos al trabajar con intérpretes.¹⁴

Cuadro 66-3 Problemas de los clínicos que trabajan con intérpretes

- Los clínicos pueden sentir que tienen menos control en su trabajo porque se pierde contacto directo con el paciente por la presencia del intérprete.
- Los clínicos pueden sentirse inseguros en su rol al trabajar con intérpretes que son muy activos y participativos en el proceso terapéutico.
- Los clínicos pueden trasladar cuestiones al intérprete.
- Pueden surgir conflictos cuando los clínicos y los intérpretes tienen opiniones contrarias sobre el diagnóstico y el plan terapéutico del paciente.
- Los intérpretes pueden sentirse incómodos si trabajan con clínicos de sexo diferente al suyo.
- Los clínicos pueden sentir frustración al no poder verificar lo que se dice al paciente.
- Los clínicos pueden sentirse desplazados si el paciente muestra mayor conexión con el intérprete.
- Los intérpretes pueden sentirse incómodos al traducir determinadas cuestiones, como la conducta sexual o los malos tratos infantiles.

Recomendaciones para el trabajo con intérpretes

Cuando los clínicos trabajan con intérpretes deben conocer su cualificación. ¿Tienen experiencia en colaboración con psiquiatras y psicólogos? ¿Qué saben de las enfermedades mentales y de los servicios que las atienden? ¿Qué opinan de los trastornos mentales? Los intérpretes de culturas en las que la enfermedad mental arrastra una carga elevada de estigmatización podrían tener prejuicios o convicciones personales conflictivas sobre el proceso terapéutico. Es bien sabido que los pacientes de ciertas culturas escuchan el consejo de sus intérpretes de que no acudan a los servicios de salud mental porque al psiquiatra y al psicólogo solo van los «locos».

Los clínicos no deberían recurrir a familiares, amigos o al personal administrativo como intérpretes.¹⁵ Tal vez los pacientes no se atrevan a desvelar ciertas informaciones delante de su cónyuge y sus hijos. Al mismo tiempo, les resultará difícil o angustioso que sus hijos pequeños oigan ciertos detalles de sus progenitores. Por otra parte, algunos familiares omiten o alteran aquella información que consideran demasiado incómoda o no apropiada para desvelársela al médico. En el pasado se recurría al personal administrativo o a los representantes de la comunidad para que actuaran como intérpretes. Esta práctica se desaconseja encarecidamente, ya que estas personas podrían no tener aptitudes suficientes en el lenguaje propio de la medicina o la salud mental para traducir con precisión los conceptos que se manejan. Salvo que no haya alternativa, los clínicos no deberían utilizar a familiares o a administrativos como intérpretes.

Los intérpretes con la formación adecuada deben ser tratados por los médicos como compañeros profesionales.¹⁶ En general, están muy cualificados y aportan un importante conocimiento de las culturas que ayuda a crear una buena relación médico-paciente. El personal clínico debe aprovechar tanto las aptitudes lingüísticas como la experiencia cultural de los intérpretes para ampliar su comprensión de la cultura, la religión y la visión del mundo de sus pacientes. Para algunos clínicos, los intérpretes son poco más que voces para comunicarse. Prefieren las traducciones literales y no quieren que el intérprete filtre o

modifique lo que dicen. Aunque así el clínico conserva su rol como prestador de cuidados privilegiado y, en cierta medida, controla lo que se le dice al paciente, las traducciones directas pueden llevar a equívocos y a malentendidos para las dos partes.

Las traducciones literales de un idioma a otro pueden ser imprecisas e inapropiadas. Por ejemplo, «*feeling blue*» (estar triste o desanimado), cuando se traduce palabra por palabra al vietnamita no tiene ningún sentido para el paciente, dado que literalmente sería «*cam giac xanh*», lo cual significa «sentirse de color azul». Algunas palabras o conceptos, como depresión y salud mental, tal vez no existan en el territorio de origen del paciente. Los intérpretes podrían tener que explicarle o describirle el concepto de depresión, lo que llevaría mucho más tiempo de lo que desearán los clínicos. Estos profesionales deben tener paciencia, y pensar que para traducir una palabra podrían llegar a necesitarse 10 min. Además, a veces puede ser culturalmente inapropiado hablar con el paciente o preguntarle sobre determinadas cuestiones. La mayoría de las mujeres de origen asiático o hispano se sienten incómodas cuando se les inquiere directamente por asuntos sensibles (como el abuso sexual o las desavenencias familiares). Los intérpretes pueden actuar como asesores culturales y ayudar a los clínicos con estos casos más complejos. Si se deja libertad y flexibilidad a los intérpretes para que reformulen o resuman lo que se dice, se evitarán equívocos y se mejorará el intercambio entre médico y paciente.

Conviene que los médicos se reúnan con el intérprete poco antes de cada sesión para hablar de las expectativas y aclarar aquellas cuestiones o puntos que el clínico quiera abordar durante la misma. Los pacientes pierden parte de su tiempo asignado de atención clínica cuando deben recurrir a intérpretes. Hay que traducir las preguntas y las respuestas; por tanto, los médicos sentirán que la sesión no avanza al ritmo de una persona de su mismo sustrato cultural. El tiempo es un factor crucial cuando intervienen intérpretes. Por ello, se evitará malgastar el tiempo en conversaciones con estos que puedan esperar hasta el final de la sesión.

Si no se conocieran, al comienzo de la sesión no olvide presentar entre sí al intérprete y al paciente. Insista en que se respetará la confidencialidad. No es raro que un paciente se sienta incómodo al revelar cuestiones o conflictos personales ante otras personas de su comunidad. A menudo, las comunidades étnicas son pequeñas y están unidas por lazos estrechos, por lo que los pacientes temerán que los intérpretes puedan divulgar sus datos privados a conocidos comunes. Se mostrarán más abiertos si perciben que lo que comparten con el médico y el intérprete se mantendrá en estricto secreto. Si fuera posible, se intentará recurrir siempre al mismo intérprete con un paciente dado, para cimentar la confianza y la continuidad de la atención.

Durante las sesiones, los clínicos deben mirar y hablar directamente a los pacientes, no a los intérpretes. Aun cuando el paciente y el médico no puedan comunicarse a través del idioma, lo hacen por contacto visual, gestos de asentimiento y otras actitudes no verbales. El intérprete agradecerá que el clínico hable lentamente y no utilice frases largas y complicadas. El médico debe huir de la terminología técnica o psicológica, que es difícil de traducir. Por otra parte, son útiles las pausas frecuentes para dar tiempo a la traducción y a que el intérprete pida aclaraciones ante cualquier dificultad, aunque siempre evitando charlas superfluas. Del mismo modo que los médicos y los intérpretes no deben entablar conversaciones largas delante del paciente, los facultativos no darán pie a las digresiones entre el paciente y el intérprete. Si alguno de los integrantes del grupo se siente desplazado, pueden surgir tensiones.

Después de cada sesión conviene pedir a los intérpretes que transmitan sus impresiones sobre la sesión; a menudo, sus observaciones y pareceres son interesantes. Se les animará a que soliciten aclaración sobre cualquier asunto o aspecto confuso que haya surgido. Los clínicos pueden aprovechar estas ocasiones para aprender más, a través del intérprete, de la cultura del paciente. Médico e intérprete también pueden transmitirse sus opiniones recíprocas sobre el desempeño de cada uno. Una buena comunicación y la confianza mutua son esenciales para atender a personas con problemas o limitaciones en el manejo del idioma.

Etnia y psicofarmacología

Las investigaciones emergentes sobre psicofarmacología transcultural («etnopsicofarmacología») ¹⁹ pueden ayudar a un tratamiento médico eficaz de diversas poblaciones. Para garantizar una atención de calidad a las minorías étnicas es necesario comprender la etnia y los aspectos de psicofarmacología y psicobiología relacionados con ella. Los aspectos biológicos y no biológicos tienen un valor importante en el empleo de psicotrópicos.

A las creencias modeladas por la cultura se les reserva un papel destacado para determinar si una explicación sobre una enfermedad y un plan terapéutico tendrán sentido para un paciente dado («modelos explicativos»); por ejemplo, los hispanos o los asiáticos suelen impacientarse si el tratamiento no produce un alivio rápido y muestran reservas acerca de los posibles efectos secundarios inducidos por la medicina occidental. La inquietud sobre los efectos tóxicos y adictivos de los medicamentos es muy común entre los estadounidenses de origen asiático. Algunas poblaciones todavía utilizan mezclas de hierbas curativas y suelen otorgar mayor credibilidad a la polifarmacia. Los recursos de fitoterapia suscitan gran preocupación, por el riesgo de interacciones farmacológicas, efectos secundarios médicos o psiquiátricos o toxicidad. La Food and Drug Administration (FDA) ha hecho públicas varias advertencias sobre los productos de fitoterapia, entre ellos algunos tan populares como los que se usan para perder peso basados en *Ephedra sinica* (*ma huang*), que es la fuente principal de la efedrina y que, según los informes publicados, provoca episodios de manía, psicosis y muerte súbita.

En el cumplimiento terapéutico por parte del paciente pueden influir aspectos como una dosis incorrecta, los efectos secundarios de la medicación y la polifarmacia. Otros factores son una deficiente relación terapéutica y la falta de apoyo comunitario, de dinero o de medio de transporte; además, el consumo de drogas y otras sustancias o las preocupaciones sobre el potencial adictivo de un medicamento pueden ser fundamentales. Las dificultades de comunicación y la divergencia entre el modelo explicativo del paciente y el del clínico desempeñan un papel importante en los motivos por los cuales es mucho más probable que los miembros de una determinada comunidad étnica abandonen el tratamiento. El estudio activo de estas creencias mejorará la comunicación, la observancia terapéutica y los resultados.

Es muy importante considerar los sistemas de apoyo social de cada paciente. Las formas que utiliza una familia en sus interacciones y en su función tienen una gran incidencia en el tratamiento psiquiátrico. Por ejemplo, algunos hispanos, muy apegados a sus familiares, se desaniman cuando a estos no se les deja intervenir en el plan terapéutico. Los hispanos y los asiáticos suelen moverse en una «red cerrada», formada por familiares y amigos íntimos.

Aspectos biológicos de la psicofarmacología

La farmacocinética trata sobre el metabolismo, los valores sanguíneos, la absorción, la distribución y la excreción de los medicamentos. No obstante, otras variables farmacocinéticas, como la conjugación, la unión plasmática de las proteínas y la oxidación por las isoenzimas del citocromo (CYP), tienen también un papel importante. En la farmacocinética influyen aspectos como la genética, la edad, el sexo, el peso corporal total, el ambiente, la dieta, las toxinas, las drogas, el alcohol y los estados patológicos. Algunos factores ambientales destacados son los fármacos, las drogas, los compuestos de fitoterapia, los esteroides, los factores de la dieta, las hormonas sexuales y el consumo de cafeína o tabaco.

La actividad de las enzimas hepáticas CYP está controlada genéticamente, aunque los factores ambientales pueden alterar su actividad. Comprender la relación entre estos factores y la farmacocinética en diferentes poblaciones ayudará a predecir los efectos secundarios, los valores sanguíneos y las posibles interacciones entre fármacos. Por ejemplo, la isoenzima CYP2D6 metaboliza muchos antidepresivos, entre ellos los tricíclicos y heterocíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); estas sustancias pueden inhibir la enzima citada, lo que conduce a acumulaciones de otros sustratos (tablas [66-2a](#) y [66-2b](#)). La CYP2D6 interviene también en el metabolismo de antipsicóticos como la clozapina, el haloperidol, la perfenacina, la risperidona, la tioridacina y el sertindol. Aunque se ha insistido a menudo en el metabolismo de los psicotrópicos de la CYP2D6, esta enzima es importante asimismo en el metabolismo de numerosas sustancias no psicotrópicas. Tal circunstancia, ignorada a menudo en los entornos clínicos, puede tener un efecto notable en la tolerabilidad o la toxicidad de los medicamentos.

Tabla 66-2A

Isoenzimas, inhibidores e inductores del citocromo P450

	CYP1A2	CYP2C9/10	CYP2C19	CYP2D6	CYP2E1	CYP3A3/4
INHIBIDORES	Fluvoxamina	Fluvoxamina	Fluoxetina	Bupropión	Dietil-litio-carbamato (disulfiram)	Fluoxetina
	Moclobemida	Disulfiram	Fluvoxamina	Fluoxetina		Fluvoxamina
	Cimetidina	Amiodarona	Imipramina	Fluvoxamina		Nefazodona
	Fluoroquinolonas	Azapropazona	Moclobemida	Hidroxibupropión		Sertralina
	Ciprofloxacino/norfloxacino	D-propoxifeno	Tranilcipromina	Paroxetina		Diltiacem
	Naringenina (pomelo)	Fluconazol	Diacepam	Sertralina		Verapamilo
	Ticlopidina	Fluvastatina	Felbamato	Moclobemida		Dexametasona
		Miconazol	Fenitoína	Flufenacina		Gestodeno
		Fenilbutazona	Topiramato	Haloperidol		Claritromicina

	CYP1A2	CYP2C9/10	CYP2C19	CYP2D6	CYP2E1	CYP3A3/4
		Estiripentol	Cimetidina	Perfenacina		Eritromicina
		Sulfafenazol	Omeprazol	Tioridacina		Troleandomicina
		Zafirlukast		Amiodarona		Fluconazol
				Cimetidina		Itraconazol
				Metadona		Ketoconazol
				Quinidina		Ritonavir
				Ritonavir		Indinavir
						Amiodarona
						Cimetidina
						Mibefradil

	CYP1A2	CYP2C9/10	CYP2C19	CYP2D6	CYP2E1	CYP3A3/4
						Naringenina (pomelo)
INDUCTORES	Tabaco	Barbitúricos	Rifampicina		Etanol	Carbamacepina
	Omeprazol	Fenitoína			Isoniacida	Barbitúricos
		Rifampicina				Fenobarbital
						Fenitoína
						Dexametasona
						Rifampicina
						Troglitazona

Tabla 66-2B
Isoenzimas y sustratos del citocromo P450

	CYP1A2	CYP2C9/ 10	CYP2C19	CYP2D6	CYP2E1	CYP3A3/4	
SUSTRATOS	ATC de amina s terciarias	THC	Citalopram	Fluoxetina	Etanol	Carbamacepina	Amiodarona
	Clozapina	AINE	Moclobemida	Mirtazapina	Paracetamol	Alprazolam	Disopiramida
	Olanzapina	Fenitoína	ATC de amina s terciarias	Paroxetina	Clorzoxazona	Diacepam	Lidocaína
	Cafeína	Tolbutamida		Venlafaxina	Halotano	Midazolam	Propafenona
	Metadona	Warfarina	Diacepam	ATC de amina s secundaria s y terciarias	Isoflurano	Triazolam	Quinidina
	Tacrina	Losartán	Hexobarbital		Metoxiflurano	Buspirona	Eritromicina
	Paracetamol	Irbesartán	Mefobarbital		Sevoflurano	Citalopram	Andrógenos
	Fenacetina		Omeprazol	Trazodona		Mirtazapina	Dexametasona

	CYP1A2	CYP2C9/ 10	CYP2C19	CYP2D6	CYP2E1	CYP3A3/4	
	Propranolol		Lansoprazol	Clozapina		Nefazodona	Estrógenos
	Teofilina		Fenitoína	Haloperidol		Reboxetina	Astemizol
	Warfarina		S- mefenit oína	Flufenacina		Sertralina	Loratadina
			Nelfinavir	Perfenacina		ATC de aminas terciari as	Terfenadina Lovastatina
			Warfarina	Risperidona			Lovastatina
				Sertindol		Sertindol	Simvastatina
				Tioridacina		Quetiapina	Atorvastatina
				Codeína		Ciprasidona	Cerivastatina
				Dextrometorfano		Diltiacem	Ciclofosfamida

	CYP1A2	CYP2C9/ 10	CYP2C19	CYP2D6	CYP2E1	CYP3A3/4	
				Hidrocodona		Felodipino	Tamoxifeno
				Oxicodona		Nimodipino	Vincristina
				Mexiletina		Nifedipino	Vimblastina
				Propafenona (antiarrítmicos CI)		Nisoldipino	Ifosfamida
						Nitrendipino	Ciclosporina
				β-bloqueantes		Verapamilo	Tacrolímús
				Donepecilo		Paracetamol	Cisaprida
				D- y L- fenfluramina		Alfentanilo	Donepecilo
						Codeína	

La incidencia de «metabolizadores lentos» (personas con escasa actividad enzimática) en CYP2D6 es aproximadamente del 3 al 7% en los caucásicos, del 0,5 al 2,4% en los asiáticos, del 4,5% en los hispanos y del 1,9% aproximadamente en los afroamericanos²⁰ (tabla 66-3). Las personas de estos orígenes tienen un

riesgo mayor de toxicidad, aun cuando los medicamentos se utilicen en dosis bajas. Por ejemplo, en una mujer que desarrolla hipotensión y un cambio en el estado mental varios días después de empezar a tomar 20 mg de nortriptilina podrían encontrarse concentraciones sanguíneas tóxicas que harían necesaria una monitorización cardíaca. La [tabla 66-3](#) indica los fármacos que son metabolizados a través de los distintos sistemas enzimáticos de CYP.

Tabla 66-3

Valores de actividad enzimática de CYP450 en distintos grupos étnicos

	2D6	2C19	2C9	3A4
Ascendencia caucásica/europea	2-7% ML	3-5% ML		
	3,5% MUR			
Afroamericanos/negros	2,1% ML	4-18% ML	18-22% ML	
	33% MI/ML			
Asiáticos	0,5-2,4% ML	18-23% ML	18-22% ML	Indias Orientales, actividad reducida (puede ser la dieta)
	37% MI/ML			
Hispanos/latinos	3-5% ML			Mexicanos, actividad reducida (puede ser la dieta)
	18% MI/ML			

	2D6	2C19	2C9	3A4
Otros	Etíopes 29% MUR			
	Saudíes 19% MUR			
	Españoles 10% MUR			

MI, metabolizador intermedio; ML, metabolizador lento; MUR, metabolizador ultrarrápido.

Se ha descubierto una variación genética del gen metabolizador rápido que reduce la actividad en las enzimas CYP2D6 en aproximadamente el 50% («metabolizador lento»). Este grupo parece tener unos valores de actividad enzimática intermedios entre los metabolizadores lentos y los rápidos.²¹ En torno al 18% de los estadounidenses de origen mexicano, el 37% de los asiáticos y el 33% de los afroamericanos presentan esta variación génica. Este hecho puede explicar las diferencias étnicas en la farmacocinética de los neurolépticos y los antidepresivos. Aunque no es probable que estas personas sufran toxicidad en dosis extremadamente bajas (p. ej., metabolizadores lentos), sí podrían experimentar efectos secundarios importantes en dosis reducidas. Estas personas pueden clasificarse rápidamente como «pacientes difíciles», ya que se quejan de efectos secundarios con dosis inesperadamente bajas. La información anterior resulta llamativa si se considera que, por ejemplo, numerosos estudios han demostrado que los afroamericanos reciben dosis más elevadas de antipsicóticos, son tratados más a menudo con neurolépticos en modo *depot* y presentan tasas más altas de ingresos involuntarios, aislamiento y sujeción física que los de origen caucásico.²² Aunque en los afroamericanos los datos sobre la farmacocinética de los neurolépticos son dispares, en los asiáticos se ha encontrado una mayor «área bajo la curva» para el haloperidol.²³ Los estadounidenses de origen coreano tienen también, según los informes, concentraciones sanguíneas más altas de clozapina y responden a dosis inferiores de esta sustancia que los de ascendencia caucásica. De hecho, aunque el sertindol, metabolizado por la CYP2D6, no se ha introducido en el mercado estadounidense, los ensayos clínicos en fase II incluyeron a un número suficiente de afroamericanos para determinar que sus valores sanguíneos de sertindol eran un 50% superiores a los de los caucásicos para la misma dosis. Por otra parte, el gen CYP2D6 puede duplicarse o multiplicarse hasta en 13 copias. Las personas con estas mutaciones genéticas se conocen como metabolizadores ultrarrápidos, ya que tienen más enzimas y mayor actividad enzimática. Por tanto, tal vez no respondan a la dosis habitual de medicación y necesiten dosis más altas para alcanzar la respuesta terapéutica. Se han encontrado metabolizadores ultrarrápidos en el 29% de los etíopes, el 19% de los árabes, el 19% de los españoles y el 1% de los suecos.²⁴

La isoenzima CYP2C9 participa en el metabolismo del ibuprofeno, el naproxeno, la fenitoína, la warfarina y la tolbutamida. Aproximadamente el 18-22% de los asiáticos y los afroamericanos son metabolizadores lentos de estos fármacos. La CYP2C19 interviene en el metabolismo del diazepam, la clomipramina, la imipramina y el propranolol; es inhibida por la fluoxetina y la sertralina. Los índices de metabolizadores lentos de esta enzima se sitúan en torno al 3-5% de los estadounidenses de origen caucásico, el 4-18% de los afroamericanos y el 18-23% de los asiáticos.^{25,26}

El litio parece un fármaco con diferencias importantes en la dosis y la tolerabilidad entre las poblaciones. Los afroamericanos tienen mayor probabilidad de padecer toxicidad y *delirium* (síndrome confusional) por esta sustancia que los caucásicos (probablemente debido a que su vía del litio-sodio es más lenta, y relacionado con las tasas más elevadas de hipertensión). Algunas poblaciones asiáticas responden a dosis más bajas y tienen concentraciones séricas de litio inferiores (0,4-0,8 mEq/l).²⁴

La elección de los medicamentos, en particular los antipsicóticos atípicos, debe atemperarse con el conocimiento de los factores de riesgo individuales y poblacionales de morbilidad médica (p. ej., obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares).^{25,26} Por ejemplo, muchos de los casos de cetoacidosis diabética secundaria a los fármacos atípicos se han observado en afroamericanos que tienen un riesgo mayor de sufrir diabetes.²⁷

Técnicas para reducir choques culturales, errores de diagnóstico y acontecimientos adversos

Para evitar errores de diagnóstico, tratamientos inapropiados y choques culturales pueden utilizarse diversas técnicas. Los primeros momentos de una cita son a menudo cruciales. Los clínicos deben ser respetuosos con todos los pacientes y dirigirse a ellos con formalidad (p. ej., señor, señora). En algunas culturas, una presentación informal se considera irrespetuosa y puede dejar una impronta duradera en la relación médico-paciente.

En todo caso, la relación será más compleja, y la confianza y el acuerdo tardarán en desarrollarse. Debe reservarse un tiempo para tranquilizar a los pacientes acerca de su confidencialidad y para enseñarles cuestiones relativas a su enfermedad mental con el propósito de reducir la posible estigmatización de su cultura. Asimismo, si el diagnóstico no está claro o en él influyen los aspectos étnicos o culturales, debe valorarse el empleo de una entrevista diagnóstica estructurada (p. ej., Structured Clinical Interview for DSM-IV [SCID]) a fin de reducir la posibilidad de un error de diagnóstico. Por último, es importante reconocer que con los pacientes de otra cultura las sesiones serán más largas. Cuando recurre a un intérprete, el clínico debe tener paciencia y esperar una mayor duración de la visita.

En estos ámbitos, los psicotrópicos se iniciarán en dosis inferiores de lo que se suele recomendar (cuadro 66-4). La medicación se incrementará lentamente y estará guiada por la seguridad y la tolerabilidad, además de por la eficacia frente a los síntomas. La aplicación de este tipo de principios será de ayuda para reducir los episodios adversos en todas las poblaciones.

Cuadro 66-4 Prescripción de recomendaciones

Valoración

- Invoque una formulación cultural para el diagnóstico y reevaluar para confirmar un diagnóstico.

Elección de los medicamentos

- Proceda de acuerdo con la historia médica, las medicaciones concurrentes, la dieta y los suplementos alimentarios/fitomedicinas combinado con el conocimiento de la actividad enzimática en determinados grupos étnicos.
- En todos los pacientes, empiece con dosis inferiores a las pautas de prescripción recomendadas.

Seguimiento del paciente

- Proceda lentamente, aumente la dosis si se tolera y valore la eficacia en los síntomas.
- Si los efectos secundarios no son tolerables: reduzca la dosis o elija un fármaco metabolizado por otra vía.
- Si no hay respuesta: verifique el cumplimiento, eleve la dosis y compruebe el hemograma, añada inhibidores o cambie de fármaco.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Shavers VL, Fagan P, Jones D, et al. The state of research on racial/ethnic discrimination in the receipt of health care. *Am J Public Health*. 2012;102(5):953–966.
2. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. ed 5. Washington, DC: American Psychiatry Association; 2013.
3. McGuire TG, Miranda J. New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health: policy implications. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(2):393–403.
4. AHRQ. *National Healthcare Disparities Report*. Rockville, Maryland, 2008, Services DoHaH.
5. Yeung A, Howarth S, Chan R, et al. Use of the Chinese version of the Beck Depression Inventory for screening depression in primary care. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(2):94–99.
6. Gonzalez JM, Alegria M, Prihoda TJ, et al. How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(1):45–57.
7. Hicks JW. Ethnicity, race, and forensic psychiatry: are we color-blind? *J Am Acad Psychiatry Law*. 2004;32(1):21–33.
8. Snowden LR, Hastings JF, Alvidrez J. Overrepresentation of black Americans in psychiatric inpatient care. *Psychiatr Serv*. 2009;60(6):779–785.
9. Westermeyer J. Folk concepts of mental disorder among the Lao: continuities with similar concepts in other cultures and in psychiatry. *Cult Med Psychiatry*. 1979;3(3):301–317.
10. Friedman S, Paradis C. Panic disorder in African-Americans: symptomatology and isolated sleep paralysis. *Cult Med Psychiatry*. 2002;26(2):179–198.
11. Bhugra D, Bhui K. Transcultural psychiatry: do problems persist in the second generation? *Hosp Med*. 1998;59(2):126–129.
12. Sirin SR, Ryce P, Gupta T, et al. The role of acculturative stress on mental health symptoms for immigrant adolescents: a longitudinal investigation. *Dev Psychol*. 2013;49(4):736–748.
13. Shannon P, O’Dougherty M, Mehta E. Refugees’ perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. *Ment Health Fam Med*. 2012;9(1):47–55.
14. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In: Edition F, ed. *Text Revision 2005*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2005.
15. Lewis-Fernandez R, Guarnaccia PJ, Martinez IE, et al. Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks, and panic disorder. *Cult Med Psychiatry*. 2002;26(2):199–223.
16. Mirdal GM, Ryding E, Essendrop Sondej M. Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: three perspectives on psychological treatment. *Psychol Psychother*. 2012;85(4):436–455.
17. RRH T. Working with interpreters in mental health, New York, 2003, Brunner-Routledge.
18. McPhee SJ. Caring for a 70-year-old vietnamese woman. *JAMA*. 2002;287(4):495–504.
19. Herrera WL, Sramek JJ. *Cross cultural psychiatry*. New York: Wiley; 1999.
20. Lin KM. Psychopharmacology in cross-cultural psychiatry. *Mt Sinai J Med*. 1996;63(5–6):283–284.
21. Lin KM, Poland RE, Nuccio I, et al. A longitudinal assessment of haloperidol doses and serum concentrations in Asian and Caucasian schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 1989;146(10):1307–1311.
22. Peterson DE, Remington PL, Kuykendall MA, et al. Behavioral risk factors of Chippewa Indians living on Wisconsin reservations. *Public Health Rep*. 1994;109(6):820–823.
23. Lin KM, Chen CH, Yu SH, et al. *Psychopharmacology: Ethnic and cultural perspectives*. Psychiatry, Chichester: John Wiley and Sons; 2003.
24. Lin TY. Psychiatry and Chinese culture. *West J Med*. 1983;139(6):862–867.
25. Henderson DC. Clinical experience with insulin resistance, diabetic ketoacidosis, and type 2 diabetes mellitus in patients treated with atypical antipsychotic agents. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl. 27):10–14: discussion 40-41.
26. Henderson DC. Atypical antipsychotic-induced diabetes mellitus: how strong is the evidence? *CNS Drugs*. 2002;16(2):77–89.
27. Yeung A, Chang D, Gresham Jr RL, et al. Illness beliefs of depressed Chinese American patients in primary care. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(4):324–327.