

Aspectos socioculturales en el estudio y manejo de trastornos de personalidad

Sociocultural aspects in the study and management of personality disorders

Renato D. Alarcón-Guzmán¹

14

RESUMEN

Los trastornos de personalidad (TP) constituyen un área de creciente interés clínico tanto por sus síntomas anímicos, cognitivos y conductuales como por su indudable basamento neurobiológico. Al mismo tiempo, expresan más o menos claramente aspectos socioculturales de innegable factura y, en conjunto, dan lugar a significativos debates diagnósticos y etiopatogénicos. Luego de incidir en los aspectos propiamente culturales de los TP, incluido el necesario abordaje clínico desde tal perspectiva, este trabajo se centra en aspectos de su manejo, enfatizando en particular afrontes de psicoterapia individual y grupal y en el hecho de que TP representan un tipo de psicopatología muy sensible a maniobras estigmatizantes de diversas fuentes y requiere altos niveles de competencia cultural por parte del profesional tratante. Se describen las llamadas “psicoterapias culturales” y el rol (y cultivo) de la resiliencia como factor psicoterapéutico que contribuye decisivamente al establecimiento de sistemas de protección a pacientes de todos los grupos etarios. Se concluye que el manejo sociocultural por parte de profesionales de la salud mental debidamente entrenados puede no solo prevenir un tratamiento equivocado (v. gr., medicalización prematura) sino fomentar un manejo integral y eficiente de los trastornos de personalidad.

PALABRAS CLAVE. Trastornos de Personalidad; Temperamento; Resiliencia; Psicoterapias culturales.

ABSTRACT

Personality disorders (PDs) constitute an area of growing clinical interest, due to both their variety of mood, cognitive and behavioral symptoms, and to their undeniable neurobiological basis. Similarly, they clearly show strong socio-cultural features and, as a whole, generate significant diagnostic and etiopathogenic debates. After describing the properly cultural aspects of PDs, including a much needed clinical approach from such perspective, this article focuses on management issues, emphasizing in particular, individual and group psychotherapy

modalities, and the fact that PD represent a psychopathology type particularly sensible to stigmatizing maneuvers from different sources and require high levels of cultural competency on the treating professional's side. The so-called “cultural psychotherapies” are described and the role (and fostering) of resilience as a psychotherapeutic factor that decisively contribute to the establishment of protection system to patients of all age groups, are duly examined. As a conclusion, the socio-cultural management of PDs by appropriately trained mental health professionals can not only prevent wrong treatment approaches (v. gr. premature pharmacotherapy) but also stimulate an efficiently integrated management of personality disorders.

KEYWORDS. Personality disorders; Temperament; Resilience; Cultural psychotherapies.

1. Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Profesor emérito de Psiquiatría, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la psiquiatría clínica ha experimentado cambios notables en prácticamente todos sus campos teóricos y prácticos. Para los efectos de esta presentación deben resaltarse no solo los aspectos nosológico-diagnósticos reflejados en sintomatologías y nomenclaturas cambiantes,^{1,2} o los correlatos neurocientíficos que apuntan hacia un horizonte pleno de marcadores biológicos, sino, tal vez fundamentalmente, la aceptación del impacto socioambiental y cultural en todo tipo de psicopatologías y las repercusiones terapéuticas que un adecuado manejo de aquellos factores puede tener en la experiencia del paciente.^{3,4} Y, sin duda, dentro de las entidades en las que estos avances pueden tener un mayor efecto están los trastornos de personalidad (TP) como propiamente tales y como factores predisponentes de cuadros aún más dramáticos con base en sus significativas cargas afectiva, cognitiva y conductual.⁵

Se reconoce la necesidad de enunciar conceptos fundamentales que otorgarán consistencia a la definición de TP.

- Identidad. Personal, reflejada en el neologismo *mismidad* que alude a persistencia de actitudes, conductas, principios y autoconciencia;⁶ y social, influenciada por patrones de aculturación no siempre rígidos o innegociables.⁷
- Personalidad como tal. Conjunto modelado de hábitos, rasgos, actitudes e ideas externamente organizados como roles y estatus, aspectos del *self*, entendido y percibido como una unidad.⁸
- Carácter. Serie de rasgos íntimos y conductas aprendidas mayormente del exterior social pero expresadas primariamente como características morales y mentales de un individuo definiendo así el patrón conductual, el estilo de pensar y el control emocional de la persona.⁹
- Temperamento. O diferencias de naturaleza predominantemente biológica, desarrolladas en las diferentes etapas del ciclo vital constituyendo en buena medida rasgos de una diátesis subyacente de vulnerabilidades y predisposiciones.¹⁰

El estudio de personalidad como término integrador ha generado otros conceptos descriptivos y dinámicos que, en conjunto, otorgan solidez al conocimiento clínico y a la actividad heurística. Millon describe a la personalidad como “mecanismo huésped” de una variedad de eventos emocionales y conductuales y como “primera línea de defensa” ante agresiones, amenazas o traumas potenciales o reales.¹¹ La personalidad enfatiza ideas de “máscara” o “fachada”, conciencia de “forma”, nicho ecológico o plasticidad pasiva o activa.¹² La investigación en torno a ella ha sido masiva y basta citar el modelo de los Cinco Factores¹³ como ejemplo de estudios que sustentan un enfoque mixto (categórico-dimensional) de personalidad normal o patológica.

Es sobre esta trama conceptual y estructural que se instala el concepto de TP: un patrón persistente de experiencias internas y conductuales que se desvía marcadamente de las expectativas y normas socioculturales, legales y éticas establecidas y aceptadas por la comunidad circundante. Estas manifestaciones persistentes e inflexibles tienen un inicio más frecuente en la adolescencia o adultez temprana, llevan en buen número de casos a distrés, desadaptación o daño definido.^{5,14} Se acepta la existencia de varios tipos de TP basados en la combinación de una variedad de rasgos. La última edición del DSM incluye en su sección III (referida a entidades en necesidad de más investigación probatoria) una propuesta clara de modificación de la modalidad diagnóstica tradicional, abarcando aspectos funcionales, dimensiones y enfoques flexibles que contribuirán sin duda a una mejor clasificación y óptimo manejo de estos trastornos.¹

PERSPECTIVAS CULTURALES EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La ecuación personalidad-cultura ha sido y es materia de ingentes estudios de reflexión e investigación. Un punto fundamental en estas discusiones es el denominado “relativismo cultural”, reafirmación indispensable del proceso de “contextualización”,^{15,16} es decir, la aceptación y comprensión de circunstancias ambientales e

individuales (genéricamente llamadas “variables culturales”), que juegan un rol activo o pasivo, agravador o aligerante de la conducta humana. La apreciación del contexto cultural en la vida de cada persona es factor decisivo en la delineación del llamado estilo personal y en la construcción de las nociones de autoconcepto y autoimagen. Más aún, su vigencia determina la dicotomía egocentrismo-sociocentrismo como elemento diferencial de individuos y grupos en una sociedad o cultura determinadas.¹⁷

Es así como una objetiva evaluación de los factores culturales, que dan forma decisiva al escenario ambiental en el que se desenvuelve todo individuo, puede prevenir una temprana “patologización” de la conducta humana: lo que algunos pueden apresurarse a llamar “trastorno de personalidad” no puede ser sino un esfuerzo de adaptación a circunstancias sociales (por lo tanto, externas) poco favorables. Esto significa entonces que no todo esfuerzo de adaptación es exitoso. A su turno, los factores culturales pueden “reforzar” conductas que el medio social ya ha sancionado como “indeseables” y a las que ha empezado ya a aplicar la práctica condenatoria del estigma.¹⁸⁻²⁰

Etiopatogenia cultural

Se vislumbra así, en primer término, el impacto etiopatogénico de factores socioculturales en la forja de TP. Antes de identificarlos, sin embargo, es necesario descartar una suerte de pseudoetiopatogenia cultural de estos trastornos, determinada por malinterpretaciones de conductas y actitudes de una persona, por parte de un grupo circundante adverso, poco objetivo, sesgado y estigmatizante. Luego de este proceso, la labor del clínico es evaluar cuidadosamente cada uno de los siguientes aspectos generadores de actitudes y estilos de afronte que pueden desembocar en TP claramente diagnosticables:

- a. Prácticas o estilos de crianza. El estrecho contacto de todo ser humano con sus padres desde el nacimiento y, sobre todo, las características afectivas de tal proceso, en particular a lo largo de las etapas tempranas del ciclo vital,²¹ han sido temas persistentes de estudio, con hallazgos que han confirmado más o menos categóricamente su vigencia etiopatogénica.
- b. Costumbres y tradiciones de base familiar. Sientan muchas veces las bases de la conducta humana, particularmente en las esferas religiosa, moral y ética, así, abren el camino para ulteriores reafirmaciones (o negaciones, estas últimas de naturaleza obviamente conflictiva) en etapas posteriores de la vida del individuo.
- c. Factores económicos. Tanto pobreza como riqueza. La carencia de medios compatibles con una vida decente o llevadera, o el exceso de los mismos, que determinan disipación y abuso como elementos de conducta interpersonal, ejercen un rol etiopatogénico en TP, que siguen rutas diferentes pero a la larga son convergentes de violencia, crueldad, indiferencia, resentimiento, ostentación, oportunismo y otros rasgos de personalidad anormal.²²
- d. Proceso de aculturación. Suele aplicarse más a poblaciones migrantes que tienen que afrontar realidades nuevas en una sociedad-huésped no siempre acogedora o cordial.²³ No obstante, las ciencias sociales de la época moderna tienden a aceptar la noción de que aculturación se aplica a todo ser humano en todo tipo de medio, dado el acelerado cambio de la realidad global en función de logros tecnológicos, redes sociales, medios de información y acontecimientos de diverso orden, incluidos desastres naturales o cambios climáticos.²⁴ El impacto de procesos de aculturación en procesos de adaptación y sobrevivencia es realmente poderoso.
- e. Vínculo entre individuo y sociedad. No es siempre armonioso o cómodo. A eventuales divergencias dentro del ambiente familiar, se unen otras, menos sutiles, entre el grupo familiar y el entorno social (el barrio, la región, el país, el continente) y da lugar a lo que se conoce como posturas defensivas hacia normas societarias percibidas como impersonales, arbitrarias e injustas. El ejemplo

más dramático en este contexto es, sin duda, la vigencia del racismo como factor poderoso de interrelaciones sociales dramáticamente conflictivas. Racismo y conductas similares son tanto factor causal como consecuencia indeseable de trastornos de personalidad.

Impacto clínico de abordajes culturales

En el terreno clínico, el componente cultural es múltiple y variado. Puede jugar un papel preventivo sumamente valioso si el clínico utiliza su competencia cultural para interpretar, explicar y comprender conductas que, de otro modo, podrían ser consideradas patológicas²⁵ y, con ello, evitar etiquetamientos injustos y dañinos. Por otra parte, sin embargo, cultura puede ser un factor patogénico (como se ha visto en la sección precedente) cuyos alcances se extienden al rol causal o desencadenante de diversas condiciones que, asentadas en definidos TP, bien podrían ser consideradas entonces, comórbidas; se cuentan entre ellas, trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, trastornos ansiosos, cuadros somatomorfos, afectivos y hasta algunos de naturaleza psicótica. En tanto que factor patoplástico, cultura modula (o moldea) la expresión de formas sindrómicas, descripción de síntomas, contenido de delusiones o alucinaciones, nuevas entidades nosológicas como ludopatías, entre otras.²⁶

Alguna vez se consideró que procesos de base eminentemente cognitiva eran menos influenciados por factores culturales que los de naturaleza afectiva o puramente emocional. En décadas recientes, sin embargo, los conceptos de inteligencia emocional, primero, y social, después,²⁷ han dado lugar a una serie de debates en los que personalidad y sus trastornos aparecen fuertemente involucrados, particularmente en la naturaleza evolutiva del concepto: las conexiones entre rasgos de personalidad y la materialización de fenómenos grupales adscritos a actitudes, pronunciamientos, conductas y juicios se desenvuelven en el tiempo, de modo similar a las diversas fases del desarrollo de la personalidad individual. La noción de “personalidad grupal” responde a esta formulación.

Finalmente, no existe duda respecto al valor y significación de cultura como recurso diagnóstico. En este sentido, debe recordarse el valioso contenido cultural del DSM-5 que incluye la Entrevista para la Formulación Cultural (CFI, sigla en inglés), un instrumento que permite la evaluación de identidad, autopercepción, causalidad, explicaciones y reflexiones del paciente en torno a su sintomatología desde su singular perspectiva.^{28,29} Si a este enfoque se añade el uso del modelo alternativo de TP (también incluido en DSM-5, sección III)³⁰ y sus instrumentos de medición del “nivel de funcionalidad personal” y peso clínico de los síntomas detectados, la posibilidad y vigencia de un diagnóstico cultural de estos trastornos constituiría un punto de investigación indudablemente atractivo.

Evaluación clínica

Uno de los primeros elementos en la evaluación clínica de todo cuadro psicopatológico, con mayor énfasis en TP, es el de determinación de factores de riesgo y de protección, particularmente en las etapas formativas iniciales e intermedias de la personalidad.³¹ Es importante recordar que en no pocas ocasiones una misma fuente de factores puede entrañar riesgo o implementar protección. Es el caso de estilos de crianza, relaciones intrafamiliares, trayectoria educacional o formación religiosa que, si impuestos o cultivados de manera rígida o defectuosa pueden generar fenómenos definidos de predisposición y vulnerabilidad. Un factor nocivo en este terreno es, indudablemente, el de violencia, más aún violencia de género estimulada por una cultura que juzga a las mujeres como “víctimas naturales” de aquel proceso.³²

Por el contrario, si estos factores epigenéticos o puramente socioculturales proveen modelaje parental positivo, fomento adecuado de independencia y toma de decisiones y cultivo de destrezas sociales e interpersonales, los factores epigenéticos y socioculturales van a favorecer el desarrollo de personalidades normales, flexibles y adaptables a situaciones cambiantes o diversas en el futuro.

La introducción de un enfoque cultural en el proceso evaluativo de personalidad tiene otro beneficio fundamental: la “despatologización” de pronunciamientos, actitudes o conductas que, en un momento dado, pueden ser erróneamente consideradas como manifestaciones clínicas de TP.^{25,26} Estas malinterpretaciones se dan principalmente cuando corresponde juzgar creencias morales, factores religiosos, nivel y tipo de expresividad emocional o se ingresa en terrenos polémicos como edad, etnicidad y género. Es obvio que todo clínico debe estar alerta a sus propias reacciones ante la patología que se va desbrozando en la consulta: se han descrito, en efecto, formas sutiles de rechazo o de disgusto de profesionales enfrentados al diagnóstico de varios tipos de TP.³³

Un ejemplo típico de esta coyuntura es el de casos erróneamente diagnosticados como trastorno límite (o *borderline*) de personalidad (TLP). Puede tratarse de adultos jóvenes, particularmente mujeres, miembros de minorías étnicas, inmigrantes de zonas rurales o residentes de zonas suburbanas. Acuden a consulta, generalmente referidos por otros, con reportes de impulsividad, inestabilidad afectiva, gestos de autoagresividad o heteroagresividad, pasividad o impresionabilidad; por otro lado, la paciente muestra tendencias somatizantes, anda en busca de “novedades” o exhibe emociones diversas como indiferencia, ostentación, displicencia o posesividad.

El clínico bien puede concluir que se trata de un TLP (y el cuadro puramente descriptivo lo justificaría hasta cierto punto) si no se da a la tarea de ahondar en el impacto de experiencias vinculadas al proceso migratorio *per se*: estrés característico de tal proceso, esfuerzos intensos de adaptabilidad y autoafirmación frente a las exigencias y expectativas de la sociedad-huésped, aculturación a veces abrumadora y caótica, vigencia de tradiciones y ritos religiosos de la comunidad de origen, aspectos de forma y fondo en cuanto a relación con figuras de autoridad y temas aún no resueltos de identidad y aceptación. La subestimación de estos factores puede dar lugar a decisiones arbitrarias, ineficientes y hasta peligrosas en el proceso de tratamiento. Situaciones de esta naturaleza pueden darse en todos y cada uno de los TP conocidos.

ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL MANEJO DE TP

Una integración pragmática de psicoterapia (individual y de grupo) y manejo farmacológico constituye un primer principio general en el manejo de TP. El énfasis en el modelo de “manejo de caso” o *case management*³⁴ con un bien estructurado afronte multidisciplinario son otras condiciones previas al manejo sociocultural, propiamente dicho, de TP. Algunas de sus características fundamentales son un definido foco interpersonal, psicoeducación y activa participación familiar, dentro de un proceso de apertura y mejora continua de la comunicación.

Debe anotarse, asimismo, que los TP representan el tipo de psicopatología más sensible a maniobras estigmatizadoras como resultado de etiquetamiento o *labeling* tanto por parte de allegados y extraños, como del mismo profesional; paradójicamente, el no uso de etiquetas diagnósticas no necesariamente atenúa el estigma,^{31,35} en tanto que la descripción de dificultades conductuales (por parte del propio paciente o formuladas por el profesional hacia el paciente) parece mostrar menos posibilidades de resultar en juicios o predicciones negativas.³⁶

El tema de la competencia cultural del proveedor o profesional tratante es sumamente actual. La frase se refiere a familiaridad con y uso adecuado de factores o recursos culturales en pacientes en los que se sospecha el diagnóstico. Definida como un conjunto de conductas congruentes, destrezas o habilidades, la competencia (o fluidez) cultural permite la detección, comprensión y manejo de sesgos conceptuales y conductuales derivados del medio cultural del paciente. Combina la curiosidad, el respeto y el procesamiento efectivo de estos rasgos y posibilita la comunicación y la interacción efectiva y eficaz del terapeuta con propios y extraños.³⁷ Permite aceptación de las diferencias culturales entre el paciente y el profesional, una autoevaluación continua (utilidad y valor del “grupo de referencia”), atención a la dinámica de tales diferencias y la aplicación flexible de modelos de servicio que respondan a las necesidades de diversas poblaciones.³⁸

La competencia cultural hace posible la caracterización del rol de estatus socioeconómico de paciente y terapeuta en la sintomatología y en el núcleo del proceso terapéutico. Igualmente, contribuye a la detección y manejo adecuado de las complejas “emociones expresadas” como resultado de la dinámica del grupo familiar, por ejemplo, permite delinear los alcances del efecto placebo, fenómeno vigente en una variedad de afrontes psicoterapéuticos.^{39,41}

Se ha señalado que un afronte cultural efectivo puede prevenir diagnósticos equivocados de TP y permitir la aplicación más precisa de técnicas psicoterapéuticas en el manejo de las realidades intrapersonal y circundante del paciente. Por otro lado, existe un grupo de “psicoterapias culturales” que fluyen y se desarrollan dentro de realidades específicas de países o regiones.⁴² Se tiene, por ejemplo, la llamada terapia Morita, ideada por el psiquiatra japonés Shoma Morita⁴³ y basada en principios budistas que combinan reposo, meditación, terapia ocupacional, escritura de diarios personales y actividad física regulada. La “comprensión contextual” de las experiencias clínicas es componente esencial de esta psicoterapia cultural.

La “psicoterapia de dichos o refranes”, originada en grupos o comunidades hispánicas, utiliza estos recursos (frases o aforismos didácticos que contienen mensajes de apoyo, éticos o correctivos) en sesiones individuales o grupales que exploran diversas emociones normales y patológicas y contribuyen a un entendimiento racional y razonable de realidades que inducen ansiedad, depresión, problemas conductuales, entre otros.⁴⁴ Variantes de este afronte que lo hacen aplicable a otros grupos étnicos o socioculturales están dadas por técnicas de, por ejemplo, “relatos de cuentos” que constituyen el *compositum* de las llamadas terapias narrativas.⁴⁵

Finalmente, no debe olvidarse el rol de la resiliencia y su basamento sociocultural como factor preventivo en salud conductual.⁴⁶ Se habla incluso en esta época, de la llamada “personalidad resiliente”, portadora de un *self*

sólido, bien diferenciado e integrado, con rasgos que promueven relaciones interpersonales recíprocas y vigorosas y generan la capacidad de resistir o sobreponerse a eventos adversos, mantener serenidad, objetividad y buen juicio en la toma de decisiones.⁴⁷ En cierto modo, los rasgos de personalidad resiliente son precisa y casi diametralmente opuestos a los de TP; con base en esto, el cultivo de la resiliencia, como elemento terapéutico, responde a predisposiciones de tipo cultural hacia el reforzamiento de la llamada “fábrica social”,⁴⁸ en la que conexiones interpersonales constructivas, adquisición y cultivo de destrezas sociales y emocionales y un fomento activo de la autoestima con subsecuente minimización del impacto de experiencias traumáticas, contribuirán al establecimiento de sistemas de protección a personas de todo los grupos etarios.⁴⁹

CONCLUSIÓN

Si se considera a la cultura como una influencia parcial pero importante en el funcionamiento cotidiano de la persona, el conocimiento cultural es importante tanto para los profesionales como para los pacientes. En aquellos, la falta de información cultural puede inducir una medicalización prematura e inapropiada de rasgos de personalidad, al tiempo que, si factores culturales son confirmados como agentes etiopatogénicos de TP, los asistirá en un manejo integral y eficiente de este tipo de psicopatologías. En los pacientes, acentuará bases sólidas de identidad y estilos de afronte de realidades adversas, y los hará mejor dispuestos a un enfoque psicocultural objetivo y sólido.

No es exagerado afirmar, entonces, que los TP representan un producto del impacto negativo de factores socioculturales en el desarrollo del individuo, al igual que una oportunidad de utilización eficaz de otros factores, también socioculturales, que contribuyen a un manejo terapéutico exitoso y duradero. Este fenómeno típicamente interactivo refleja asimismo, los beneficios y los riesgos del multiculturalismo en el mundo actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Ed (DSM-5). Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing Co., 2013.
2. World Health Organization. *International Classification of Diseases*, 10th. Ed. (ICD-10) Section VI, Mental Disorders. Geneva: WHO, 1993.
3. Kirmayer LJ. Fifty years of transcultural psychiatry. (Editorial). *Transcultural Psychiatry*. 2000;50(1):3-5.
4. Jilek WG, Hollweg MG. *Compendio de Psicopatología General y Transcultural*. Santa Cruz de la Sierra: Ed. Universitaria, Universidad Autónoma Gabriel René Moreno; 2012.
5. Oldham JM, Skodol AF, Bender DS. *Textbook of Personality Disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005.
6. Riveros Cruz MA, Ricoeur P, Levi P. *Identidad narrativa y testimonio*. Rosario: Universidad del Rosario, Facultad de Ciencias Humanas; 2011.
7. Rojas Gomez M. *Identidad cultural e integración*. Bogotá, : Universidad de San Buenaventura; 2012.
8. Whiting J. Socialization process and Personality. En: *Psychological Anthropology: Approaches to culture and personality*. (Hsu F, editor). Memorial: Dorsey Press, 1964.
9. Delgado H. *La Personalidad y el Carácter* (5ª. ed.). Lima: Centro Editorial, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006.
10. Steiner R, Bridgmont P, et al. *The four temperaments*. Hillside House, NY: Rudolf Steiner Press, 2012.
11. Millon T. Theory of personality and its disorders. *Psychiatrie*. 2003;7(2):91-95.
12. Paulos AT. *Recognizing people: Looking beyond the Façade*. London, UK: Civilisation Books, 2012.
13. Widiger TA. (Editor). *The Oxford Handbook of the Five Factor Model of Personality*. Oxford, U.K.: Oxford Handbooks Online, 2015. doi:10.1093/oxfordhob/9780199352487.013.23
14. Lenzenweger MF, Clatkin JF (Eds.) *Major theories of personality disorder* (2nd. Ed.) New York, NY: Guilford Press, 2005.
15. Inkeles A, Levenson H. *National character: the study of modal personality*. En: *Handbook of Social Psychology* (G. Lindzey, Editor). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1954.
16. McHugh PR, Slavney PR. *The perspectives of Psychiatry*, 2nd. Ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1998.
17. Bitterli U. *Cultures in conflict* (8th Ed.). Stanford, CA: Stanford University Press, 1989.
18. Cervone D, Shoda Y (Eds.) *The coherence of Personality: Social-cognitive bases of consistency, variability and organization*. New York: Guilford Press, 1999.
19. Mulder RT. Cultural aspects of personality disorder. En: Widiger T.A. (Editor) *Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 260-274). Oxford, U.K.: Oxford university Press, 2012.
20. Ahmedani BK. Mental Health stigma: Society, individuals and the profession. *J Soc Work Values Ethics*. 2011;8(2):1-16.
21. Harkness S, Super CM. (Eds.) *Parents' cultural belief systems. Their origins, expressions and consequences*. New York: Guilford Press, 1996.
22. Javier RA, Herron WG, Yanos PT. Urban poverty, ethnicity and personality development. *J Soc Distr Homeless*. 1995;4:219-235.
23. Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. *Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions*. New York, NY: John Wiley & Sons, 1998.
24. Chung H, Mahler JC, Kakuma T. Racial differences in treatment of psychiatric inpatients. *Psychiatric Serv*. 1995;46:586-591.
25. Alarcón RD, Foulks EF, Westermayer J, Ruiz P. Clinical relevance of contemporary Cultural Psychiatry. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 187:465-471.
26. Alarcón RD. (Editor). *Cultural Psychiatry*. Basel: Karger, 2013.
27. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: Theory, findings and implications. *Psychol Inquiry*. 2004;15: 197-215.
28. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, et al. (Eds.) *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc., 2015.
29. Kirmayer LJ. The future of Cultural Formulation. En: Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, et al. (Eds.) *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*, pp. 267-285. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc., 2015.
30. Skodol A. Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Curr Op Psychol*. 2017;21:334-38.
31. Mrazek PJ, Haggerty RJ. (Eds.) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for Preventive Intervention research*. Washington D.C.: National Academies Press, 1994.
32. Sheehan L, Dubke R, Corrigan PW. The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. *Psychiatr Res*, online, June 2017 <https://doi.org/10-1016/j.psychres.2017.06.015>
33. Knaak S, Modgill G, Patten SP. Key ingredients of anti-stigma programs for healthcare providers: A data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry*. 2014;59(Suppl. 10):19-26.
34. De Noronha M. *Terapia Social*. Florianópolis, Brasil: Letras Contemporâneas, 2012.
35. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ*. 2016;50(3):300-310.
36. Torgersen S. The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol*. 2009;50(6):634-632.
37. Bhui K, Warfa N, Edonya P, et al. Cultural competence in mental health care: A review of model evaluations. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:15-21.
38. Oquendo MA. Psychiatric evaluation and psychotherapy in the patient's second language. *Psychiatr Serv*. 1996;47:614-618.
39. Aggarwal NK, Cedeño K, Guarnaccia P, et al. The meaning of cultural competence in mental health: An exploratory focus group study with patients, clinicians and administrators. *Springerplus* 2016;5:384-389.
40. Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF. (Eds.) *Integrated Treatment for Personality Disorder. A modular approach*. New York: Guilford Press; 2016.
41. Hooley JM. Expressed emotions and relapse in psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol*. 2007;5:119-139.
42. Alarcón RD, Frank JB, Williams M. Cultural Dynamics in Psychotherapy and Cultural Psychotherapies. Ingredients, processes and outcomes. En: *The Psychotherapy of Hope. The legacy of Persuasion and Healing*. Alarcón RD, Frank JB Eds. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2012. pp. 281-309
43. Kitanishi K., Mori A., Morita Therapy: 1919 to 1995. *Psych & Clin Neurosci*. 1995; 49: 245-254.
44. Aviera A. "Dichos" therapy group: A therapeutic use of Spanish language with hospitalized Spanish-speaking psychiatric patients. *Cult Div Ment Health*. 1996;2:73-87.
45. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*, 2001;286:1897-1902.
46. Narayanan A. The Resilient individual: A personality analysis. *J Ind Acad Appl Psychol*. 2008;34:110-118.
47. Gracia D. *Construyendo valores*. Madrid: Edit Triacastela, 2013.
48. Carvalho Juliano MC, Mattar Yunes MA. Reflections on the social support network as a mechanism for the protection and promotion of Resilience. *Ambiente Sociedade*. 2014;17(3): 135-154.
49. Skodol AE. The resilient personality. En: *Handbook of Adult Resilience*. Reich JW, Zautra AJ, Hall JS, Eds. New York: Guilford Press; 2010. pp. 112-125.