

REVISIÓN

APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA DE FORMULACIÓN CULTURAL DEL DSM-5

(Rev GPU 2016; 12; 4: 359-364)

Saúl Gómez H.¹, Valeria Astete I.¹, Bárbara Infante V.², Carolina Muñoz M.³, Ramón Florenzano U.²

La composición étnica global ha cambiado a lo largo de los últimos siglos, en una tendencia a una creciente globalización (1). En lo que va corrido del siglo XXI la disposición a las migraciones ha sido creciente, lo que ha conllevado a un aumento de la diversidad cultural de los territorios que reciben migrantes. Lo anterior hace que hoy día, para evaluar clínicamente a los consultantes, se deba integrar los aspectos culturales en la entrevista clínica (2,3). En el caso de la psiquiatría, desde 1994 el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su cuarta versión incluyó una "Formulación Cultural", para permitir organizar los aspectos socioculturales relevantes para el diagnóstico y la formulación de un plan de tratamiento (4).

INTRODUCCIÓN

La entrevista clínica en psiquiatría es un acto de doble interpretación: el paciente interpreta su problema narrándolo al clínico, quien interpreta las experiencias del paciente (7). Con el fin de mejorar la habilidad de interpretación del clínico, psiquiatras y antropólogos desarrollaron un nuevo instrumento, la Entrevista de Formulación Cultural (EFC), incluida en la quinta versión del DSM (8). Esta entrevista ordena la experiencia clínica en cuatro dominios: la identidad cultural del individuo, la explicación cultural de la enfermedad, los niveles culturales de soporte y funcionamiento psicosocial, y por último los elementos culturales de la

relación médico paciente. A estos se agrega un quinto dominio donde se encuentra la información que influiría en el diagnóstico y tratamiento a modo de síntesis. Esta clasificación nos permite entender cómo la cultura influye en los hábitos y expresión emocional de los pacientes (5, 6).

Los dominios de la Formulación Cultural del DSM-5 se entrelazan entre sí en la EFC, utilizando 16 preguntas abiertas que abordan "el problema" del paciente, para identificar el impacto de la cultura en él, su motivo de consulta y sus manifestaciones clínicas. La EFC está dividida en ocho secciones temáticas y cuenta con instrucciones y guías para el entrevistador, para facilitar su aplicación.

¹ Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

² Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría Campus Oriente, Universidad de Chile.

³ Escuela de Psicología, Universidad de los Andes.

Tabla 1
ARTÍCULOS SELECCIONADOS, PAÍSES Y MUESTRA DE CADA ESTUDIO

Autor	Año	Título	Países y ciudades	Tipo de muestra y n del estudio
Hinton <i>et al.</i> (9)	2015	Perspectives of family members participating in cultural assessment of psychiatric disorders: findings from the DSM-5 International Field Trial	India (Nueva Delhi, Pune); Kenya (Nairobi); Países Bajos (La Haya, Beilen, Oegstgeest)	Pacientes mayores de 18 años, de cualquier etnia o raza. Se analizan 71 entrevistas en las que hay al menos un acompañante del paciente.
Aggarwal <i>et al.</i> (10)	2015	Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site	Estados Unidos (Nueva York)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se estudian 64 entrevistas, con 32 pacientes y 7 clínicos.
Ramírez <i>et al.</i> (11)	2016	Evaluating the utility of the Cultural Formulation Interview in a Mexican outpatient setting	México	Pacientes mayores de 18 años, de cualquier etnia o raza. Se analizan 19 entrevistas hechas por 11 clínicos.
Aggarwal <i>et al.</i> (12)	2013	Barriers to implementing the DSM-5 Cultural Formulation Interview: a qualitative study	Estados Unidos (Nueva York)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se estudian 32 entrevistas, con 32 pacientes y 7 clínicos.
Paralikar <i>et al.</i> (13)	2015	Clinical value of the Cultural Formulation Interview in Pune, India	India (Pune)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se realizan 36 entrevistas, 12 de ellas con presencia de al menos un acompañante del paciente. Participan 10 clínicos.
Callegari <i>et al.</i> (14)	2016	The Cultural Formulation Interview (DSM-5) used in two clinical cases: The interference of spirituality and religion in the onset of psychopathological disorders	Italia (Varese)	Pacientes migrantes africanos. n=2
Aggarwal <i>et al.</i> (15)	2014	The development of the DSM-5 Cultural Formulation Interview-Fidelity Instrument (CFI-FI): a pilot study.	Estados Unidos (Nueva York)	Pacientes entre 18 y 80 años de cualquier etnia o raza. Se estudian 23 entrevistas realizadas por 7 clínicos.
Aggarwal <i>et al.</i> (16)	2015	How Do Clinicians Prefer Cultural Competence Training? Findings from the DSM-5 Cultural Formulation Interview Field Trial.	India (Nueva Delhi, Pune); Kenya (Nairobi); Países Bajos (La Haya, Beilen, Oegstgeest); Perú (Lima); Canadá (Montreal, Toronto); Estados Unidos (Nueva York)	75 clínicos que aplicaron EFC.

Dada su reciente introducción y relevancia en el encuentro clínico, se hace necesario revisar la información disponible en la literatura sobre la aplicación de la EFC.

OBJETIVOS GENERALES

Revisar y analizar los estudios cualitativos y cuantitativos sobre la aplicación de la Entrevista de Formulación Cultural del DSM-5 en la práctica clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar la literatura disponible acerca de la aplicación de la EFC del DSM-5;
- Conocer las bases teóricas y prácticas de la EFC del DSM-5 para la creación de un proyecto piloto donde se aplicará este instrumento en un centro con diversidad cultural en Santiago de Chile.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de artículos publicados en las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS en los últimos diez años. En primer lugar se realizó una revisión sistemática con los términos MeSH "Cultural", "Formulation", "Interview" y "DSM-V" en PubMed. Luego, se realizó una búsqueda en la misma base de datos con términos libres utilizando los descriptores mencionados. En total, se encontraron 13 artículos en PubMed. Además, se realizó una búsqueda en SciELO, sin encontrar publicaciones al buscar por términos; al buscar con palabras clave libres se encontraron 77 artículos en inglés y 235 en español. Por otra parte, en LILACS se encontraron 12 trabajos más.

En total, se seleccionaron 337 artículos. Se leyeron los resúmenes y se seleccionaron los trabajos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: a) Lenguaje español o inglés; b) Que la población estudiada sea de un origen cultural distinto al lugar de aplicación de la misma; c) Corresponder a trabajos originales y no revisiones bibliográficas ni metaanálisis. Finalmente se seleccionaron 13 artículos para revisar en profundidad. En la lectura detallada se eliminaron cinco artículos porque no aportaban información específica respecto a la aplicación de la EFC incorporada en el DSM-5, quedando un total de 8 estudios.

RESULTADOS

Los artículos seleccionados en la revisión incluyeron ocho países: Estados Unidos, México, Perú, Canadá, Países Bajos, Italia, Kenya e India. El detalle respecto al tipo de población evaluada de cada estudio se resume en la Tabla 1.

Características clínicas de los pacientes

La totalidad de los pacientes de las investigaciones seleccionados en esta revisión tienen edad entre 18 y 80 años, cuentan con un diagnóstico psiquiátrico según criterios del DSM-4, aceptaron la aplicación de la EFC en un contexto clínico ambulatorio y fueron excluidos si presentaban psicosis, ideación suicida u homicida, intoxicación o privación de sustancias o cualquier condición que afectara la entrevista y la comprensión del consentimiento informado, como demencia, retardo mental o sintomatología psicótica activa (9-16).

La mayoría de los trabajos tiene como población de estudio tanto pacientes nuevos como de seguimiento, siendo siempre mayor la cantidad de mujeres que la de hombres. Dentro de los diagnósticos más frecuentes de los pacientes a los cuales se les aplicó la EFC están el Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Afectivo Bipolar, Esquizofrenia y Trastornos de ansiedad.

Respecto a los idiomas de los pacientes de los estudios seleccionados, se encuentran mayoritariamente el español e inglés, aunque también se mencionan hablantes de francés, mandarín, alemán, hindi, hmong, marathi, portugués y swahili (12). En todas las entrevistas el clínico conocía y usaba fluidamente la lengua hablada por el paciente.

Características de los entrevistadores

En todos los artículos los entrevistadores fueron profesionales graduados del área de la salud, tales como médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas con grado académico de maestría, siendo la mayoría psiquiatras o residentes de la especialidad, y del sexo femenino. En términos de experiencia clínica, más de la mitad de los entrevistadores tenía al menos 5 años de ejercicio profesional.

En los trabajos que se especifican se realizó previamente una sesión de dos horas de entrenamiento en EFC, que incluía revisión de aspectos teóricos de la entrevista, demostraciones en video y *role-playing* (10, 12, 15, 16). En un estudio mexicano, en cambio, se les entregó la EFC a los clínicos y se les pidió revisar el instrumento para responder dudas con el equipo investigador previa aplicación (11).

EFC y comunicación médica

Aggarwal *et al.* (10) aplicaron la EFC en 32 pacientes y realizaron posteriores sesiones de recuento o *debriefing*, mediante entrevistas semiestructuradas, tanto a pacientes como a clínicos, con el fin de estudiar cualitativamente

el impacto de la EFC en la comunicación médica. Tanto pacientes como clínicos señalaron en un 73,4% de las entrevistas que la EFC mejora la alianza terapéutica a través de la satisfacción con la entrevista.

Otros tópicos de la comunicación que tanto entrevistadores y pacientes señalaron mejorar al usar la EFC fueron la facilitación en la entrega de información al médico por parte del paciente (71,2%), obtención de la perspectiva del paciente en relación con la enfermedad, mecanismos causales, miedos, expectativas y metas (68,8%), percepción de la información en múltiples niveles (67,2%) y la comunicación de soporte, apoyo y empatía desde el clínico hacia el paciente (54,7%). Además, se concluyó que las funciones comunicativas de la EFC caen bajo las definiciones de *utilidad clínica* y *aceptabilidad* del instrumento (10).

En Varese, Italia, ante un aumento de migrantes africanos en la región y la observación recurrente de factores espirituales al comienzo de la enfermedad en su práctica clínica, un grupo de investigadores aplicó la EFC a dos pacientes migrantes. Concluyeron que las problemáticas religiosas y espirituales se reconocen como factores importantes en la EFC, demostrando ser un buen método para el diagnóstico y la relación terapéutica con el paciente, permitiendo una mejor comunicación y, en consecuencia, mayor adherencia a tratamiento (14).

Barreras en la implementación de la EFC

En otro estudio cualitativo (12), Aggarwal *et al.* también utilizaron el contenido de las sesiones de *debriefing* posterior a la aplicación de la EFC. Su principal objetivo fue buscar cuáles eran las posibles barreras mencionadas tanto por entrevistadores como por pacientes en relación con la implementación del instrumento. Para los pacientes, los principales factores que influyeron negativamente para implementar la intervención fueron la falta de diferenciación de otros tratamientos previos (37,5%), baja motivación (25%) y ambigüedad del diseño de la entrevista (12,5%). Por otra parte, para los clínicos, las principales barreras para la implementación que surgieron luego de realizar al menos tres EFC fueron la falta de relevancia conceptual entre la intervención y el problema (68,8%), repetición (46,9%), desvío en su correcta aplicación (40,6%) y severidad de la enfermedad del paciente (31,3%) (12).

Familiares y acompañantes de pacientes y su relación con la EFC

De los ocho artículos seleccionados solo dos analizaron la presencia de familiares y acompañantes al momento

de aplicar la EFC (9,13). Paralikar *et al.* (13), en Pune, India, estudiaron cómo los acompañantes pueden influir en la valoración subjetiva de la EFC por parte de pacientes y clínicos. En las 12 entrevistas en las que hubo un familiar acompañante, el puntaje global dado a la EFC, tanto por pacientes como por clínicos, fue menor que en las entrevistas en las que el paciente asistía solo ($p < 0.05$). Sin embargo los investigadores concluyen que si bien la presencia de acompañantes puede afectar negativamente la EFC, también puede añadir información clínica adicional útil.

Por otro lado, Hinton *et al.* (9) estudiaron 71 aplicaciones de EFC con presencia de familiares, incluyendo las entrevistas realizadas en Pune, India. Este es el primer estudio comparativo y transnacional que examina cómo los familiares participan y experimentan una evaluación cultural psiquiátrica. En primer lugar se encontró que los índices de aceptabilidad y utilidad clínica de la EFC dados por los familiares fueron generalmente favorables (es decir, puntuaciones medias superiores a 1 en una escala de -2 a 2, siendo 2 la más favorable). Además, también hubo diferencias significativas entre los sitios en las puntuaciones medias para cada índice, teniendo Nairobi puntuaciones más positivas para cada índice en comparación con los dos sitios de la India (Pune y Nueva Delhi). Los autores sugieren que también hay importantes diferencias interculturales en cómo los familiares perciben la EFC (9).

Entrenamiento en competencias culturales de los clínicos

Los métodos de entrenamiento culturales en la sesión previa a la EFC fueron evaluados en un estudio en el cual se entrevistó a 75 clínicos posterior a una sesión de capacitación y su primera aplicación de la EFC (16). Un 33% de ellos señaló al *role-playing* como el método más útil, seguido de la demostración en video, con un 14,7%. Por otra parte, un 50,8% de los pacientes no mencionó ningún método como menos útil.

Al relacionar estadísticamente las características sociodemográficas de los entrevistadores con sus preferencias en métodos educativos para la EFC, la edad del clínico fue el único factor significativo. Con cada año adicional de edad las chances que un clínico prefiera métodos activos de enseñanza (como *role-playing* y sesiones de preguntas y respuestas) aumentan en un 5,4% ($p = 0.025$) (16).

DISCUSIÓN

La EFC contiene 16 preguntas que son parte de cuatro dominios culturales vinculados a la definición del pro-

blema, identidad del paciente, modelos explicativos y de búsqueda de ayuda (8). De esta forma esta entrevista es un instrumento factible, aceptable y clínicamente útil que puede ayudar a obtener información culturalmente relevante. Con el objeto de evitar o prevenir estereotipos la EFC se centra en el paciente individual y puede extenderse a otros informantes; se recomienda su uso en todo tipo de pacientes psiquiátricos.

Mediante la revisión de literatura disponible acerca de la aplicación de la EFC del DSM-5 se conocieron las bases y términos en los que la población de distintos países fue estudiada: toda colaboración internacional propone el uso del mismo idioma que el paciente en conjunto con el entrenamiento de los clínicos entrevistadores; los pacientes estudiados padecen de una enfermedad del DSM-4, en su mayoría Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastornos ansiosos y Esquizofrenia (4).

Los datos aportados anteriormente son de suma importancia, porque nos ubican en el contexto de un paciente con una patología de salud mental diagnosticada, quien es entrevistado por un clínico con formación especial sobre entrevista cultural, que se comunica en el mismo idioma de origen del paciente y que mediante la EFC puede revisar el motivo por el cual el paciente se encuentra en tratamiento, su problemática y relación con su identidad cultural.

Si observamos la utilidad de la Entrevista de Formulación Cultural, nos encontraremos con beneficios tales como la mejoría en la comunicación médico-paciente, además de índices de aceptabilidad y utilidad clínica favorables referidos por familiares de pacientes que participan de la entrevista. Por otra parte, la EFC favorece la integración del contexto sociocultural de la experiencia de enfermar del paciente realizándose una evaluación del contexto psicosocial que es esencial para un diagnóstico psiquiátrico válido y que no se realiza comúnmente en una entrevista de salud mental.

En cuanto a la EFC y su futuro, visualizamos distintas barreras que dificultan su uso en la práctica profesional diaria, tales como la falta de motivación y aceptación tanto de clínicos como de pacientes (12), presupuestos bajos para Salud Mental versus el tiempo prolongado en el que se desarrolla la entrevista, pocas instancias formativas sobre la Entrevista Cultural y la existencia de 12 módulos suplementarios oficiales que si bien complementan la EFC en casos de adolescentes, migrantes o pacientes de mayor complejidad, resulta en una entrevista de mayor duración y menos reproducible en la práctica clínica.

En suma, existe un gran desafío pendiente para incluir la EFC en la práctica profesional diaria psiquiátrica,

donde el foco de trabajo es la diferenciación con otras intervenciones y la duración de la aplicación del instrumento. Para lograr lo anterior necesitamos más investigaciones locales e internacionales para finalmente obtener su aceptabilidad global.

REFERENCIAS

1. Migration in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>, acceso en septiembre de 2016)
2. U.S. Office of the Surgeon General; National Institute of Child Health and Human Development; Centers for Disease Control and Prevention. Closing the Gap: A National Blueprint to Improve the Health of Persons with Mental Retardation: Report of the Surgeon General's Conference on Health Disparities and Mental Retardation. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2002
3. Institute of Medicine. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, D.C.: National Academies Press; 2003
4. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, Good BJ, Lin K-M, K-M, Manson S. The Place of Culture in DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999; 187(8): 457-464. [PubMed: 10463062]
5. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000
6. Mezzich JE. Cultural Formulation: Development and Critical Review. In: Mezzich, JE.; Caracci G, editors. *Cultural Formulation: A Reader for Psychiatric Diagnosis*. Lanham: Jason Aronson; 2008. p. 87-92
7. Kleinman A. *Rethinking Psychiatry*. New York: The Free Press; 1988b
8. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013
9. Hinton L, Aggarwal N, Iosif AM, Weiss M, Paralikar V, Deshpande S, ... Lewis-Fernández R (2015). Perspectives of family members participating in cultural assessment of psychiatric disorders: Findings from the DSM-5 International Field Trial. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 3-10. DOI: 10.3109/09540261.2014.995072
10. Aggarwal NK, Desilva R, Nicasio AV, Boiler M, Lewis-Fernández R (2015). Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site. *Ethnicity & health*, 20(1), 1-28
11. Ramírez Stege AM, Yarris K (in press). Cultura in La Clínica: Evaluating the utility of the Cultural Formulation Interview (CFI) in a Mexican outpatient setting. *Transcultural Psychiatry*
12. Aggarwal NK, Nicasio AV, DeSilva R, Boiler M, Lewis-Fernández R (2013). Barriers to implementing the DSM-5 cultural formulation interview: a qualitative study. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37(3), 505-533
13. Paralikar VP, Patil KV, Nulkar AD, Sarmukaddam SB, Weiss MG (2015). Clinical value of the cultural formulation interview in Pune, India
14. Callegari C, Diurni M, Bianchi L, Aletti FA, Vender S (2016). The Cultural Formulation Interview (DSM-5) used in two clinical

- cases: The interference of spirituality and religion in the onset of psychopathological disorders. *EVOLUTION PSYCHIATRIQUE*, 81(1), 191-201
15. Aggarwal NK, Glass A, Tirado A, Boiler M, Nicasio A, Alegría M, Lewis-Fernández R (2014). The development of the DSM-5 cultural formulation interview-fidelity instrument (CFI-FI): a pilot study. *Journal of health care for the poor and underserved*, 25(3), 1397
 16. Aggarwal NK, Lam P, Castillo EG, Weiss MG, Diaz E, Alarcón RD, Aguilar-Gaxiola S (2015). How do clinicians prefer cultural competence training? Findings from the DSM-5 cultural formulation interview field trial. *Academic Psychiatry*, 1-8