



Coalition to Stop the Use of Child Soldiers
International Secretariat
2-12 Pentonville Road, 2nd floor, London N1 9HF
Tel: +44 207 713 2761 Fax: +44 207 713 2794
Email: info@child-soldiers.org Web: www.child-soldiers.org

Registered as a limited company (no. 4411965) in England

Este documento forma parte de la página psicosocial de Internet de la Coalición. Para más información sobre el impacto psicosocial de los conflictos armados en los niños y niñas, consulten: www.child-soldiers.org/resources/psychosocial

Reproducción traducida del inglés al español de la obra “child psychiatry in a multicultural context” de R. Bose y S.Jennings, 2005; 4:9 132-137, con el permiso de the Medicine Publishing Company. No se permite la distribución impresa de este documento.

La psiquiatría infantil en un contexto multicultural

Ruma Bose
Susan Jennings

Prácticamente ninguna sociedad en el mundo es cultural o étnicamente homogénea. Las migraciones, la colonización, la globalización y el impacto de los medios de comunicación confieren a nuestras vidas y pensamientos una dimensión multicultural. La yuxtaposición de grupos culturales diversos y el carácter interdisciplinario del discurso científico actual, proveniente de la psicología y antropología cultural, le han dado un nuevo impulso a la psiquiatría. La investigación intercultural en el ámbito de la psiquiatría infantil ha seguido dos caminos: por una parte, el estudio de las diferencias, a través de diversas culturas, en el grado de prevalencia y sus etapas; y, por otro lado, la definición de qué se entiende por diferencia.

La relación entre cultura y psiquiatría infantil es ampliamente reconocida, sin embargo, las últimas investigaciones se centran en cómo entender los datos obtenidos, cuya interpretación suscita cuestiones sociales, conceptuales y metodológicas importantes. A la hora de dar cuenta de las diferencias observadas entre grupos étnicos, es necesario considerar varias explicaciones posibles antes de atribuir una explicación concreta.

Toma de muestras: las muestras en los estudios de psiquiatría infantil en países en desarrollo son obtenidas generalmente en escuelas y en clínicas psiquiátricas o pediátricas o centros de salud. La generalización de pautas o grado de prevalencia a partir de esas muestras resulta dudosa, ya que muchos niños y niñas, especialmente los de las familias más necesitadas, no tienen acceso a las escuelas o clínicas psiquiátricas. Además, teniendo en cuenta que la población infantil total es probablemente mayor de lo que reflejan las cifras oficiales, si confiamos exclusivamente en esas cifras para calcular tasas de población, es muy probable que no obtengamos resultados representativos.

The Coalition to Stop the Use of Child Soldiers unites national, regional and international organisations and Coalitions in Africa, Asia, Europe, Latin America and the Middle East. Its founding organisations are Amnesty International, Defence for Children International, Human Rights Watch, International Federation Terre des Hommes, International Save the Children Alliance, Jesuit Refugee Service, the Quaker United Nations Office-Geneva and World Vision International.



Varias investigaciones han llamado la atención sobre los problemas intrínsecos que tiene el comparar muestras interculturales, algunas de cuyas variables sociales son incomparables y corren el riesgo de distorsionar o exagerar las diferencias culturales. Sin embargo, los intentos de eliminar este efecto, buscando muestras lo más parecidas posible desde el punto de vista demográfico, acaban comparando individuos representativos de una cultura con individuos no representativos de otra, limitando de esa manera la posibilidad de una genuina comparación intercultural.

Categorías étnicas: En un contexto multicultural, una categorización generalizada, como la de “Sudasiáticos”, esconde importantes diferencias entre los perfiles comunitarios. El cuarto estudio nacional del Instituto de Estudios de Política (Policy Studies Institute) de Londres reveló grandes diferencias en la situación socioeconómica de los indios, los pakistaníes y los bangladeshis, que deben ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones.¹ Teniendo en cuenta que raza, cultura y origen étnico son términos tanto sociales como biológicos, es necesario tener claro el uso de esos términos a la hora de interpretar los datos obtenidos.

Instrumentos de diagnóstico: Los estudios interculturales de psiquiatría infantil han utilizado un buen número de instrumentos de diagnóstico, ya sean instrumentos de criba o criterios de diagnóstico, que pueden resultar de utilidad para tasas variables. La mayoría de los instrumentos no han sido validados o estandarizados para ser utilizados más allá de la población sobre la que se realizó la validación y estandarización cuando se hicieron las pruebas, generalmente en Europa o Norteamérica. Las limitaciones de esta investigación comparativa son evidentes: por ejemplo, al utilizar la lista de control de comportamiento infantil, Bird y varios obtuvieron un 49.5% de prevalencia del trastorno psiquiátrico infantil en Puerto Rico; esta tasa se redujo al 18% cuando se utilizaron criterios de discapacidad.² Se puede considerar que este último porcentaje es aún demasiado alto, probablemente se alcanzó debido a la tendencia de las madres puertorriqueñas al exceso de celo a la hora de declarar todo tipo de síntomas y a la aplicación de los instrumentos en español.

La falacia de la categorización: Kleinman sostiene que la utilización de categorías de diagnóstico homogéneas supone otro error conceptual: la “falacia de la categorización”, que se centra en lo que es igual en todas partes ignorando lo que queda fuera de los estrictos parámetros que definen cada categoría, donde, en realidad, puede tener lugar la mayor interacción cultural.³ Littlewood llama la atención sobre un caso concreto de falacia de la categorización, la que se produce al buscar en otras culturas equivalentes semánticos para las palabras que describen estados de ánimo como la “depresión”.⁴ La búsqueda de equivalentes léxicos ignora expresiones metafóricas y específicas usadas para describir estados de ánimo en muchas culturas. El artículo de Kleinman, que sugiere que la investigación intercultural debe comenzar con la definición del concepto de enfermedad o de sistema para describir la angustia propia de cada cultura, ha estimulado un vivo debate en la psiquiatría intercultural.

Hay dos escuelas de investigación intercultural, a menudo definidas como “etic”, que hace comparaciones generales entre culturas usando medidas estándares, y “emic”, que comienza analizando las desviaciones en las pautas de comportamiento de una cultura. Estas escuelas tienen su origen en dos escuelas de estudio del sonido en el lenguaje.⁵ La “fonética” se ocupa de las propiedades universales de la lengua, mientras que la “fonémica” se ocupa de los sonidos específicamente culturales que caracterizan una lengua.

Traducción: en la investigación intercultural, los cuestionarios son estandarizados con rigurosas traducciones, pero esto no asegura necesariamente que las respuestas tengan un significado equivalente, ya que una misma palabra puede tener diferentes connotaciones en diversas culturas. Por ejemplo, la alta puntuación obtenida por estudiantes universitarios en el Test de Actitudes hacia la Alimentación (*Eating Attitudes Test* en el original), reveló, tras un estudio más concienzudo, que



los estudiantes habían interpretado incorrectamente in gran número de preguntas, posiblemente por discrepancias en la comprensión de conceptos.⁶

Variables socio-económicas: las comparaciones interculturales se ven obstaculizadas a menudo por desventajas socioeconómicas, asociadas a una situación de una minoría. La baja situación socioeconómica y una deficiente salud física y mental están interrelacionadas en el caso de adultos. Las privaciones sociales (pobreza, desempleo, medio ambiente urbano, viviendas de mala calidad, escuelas con una elevada circulación del profesorado) aumentan el riesgo de alteraciones psiquiátricas en los niños, tanto directamente, como al reducir la capacidad de los padres para cuidar a sus hijos.

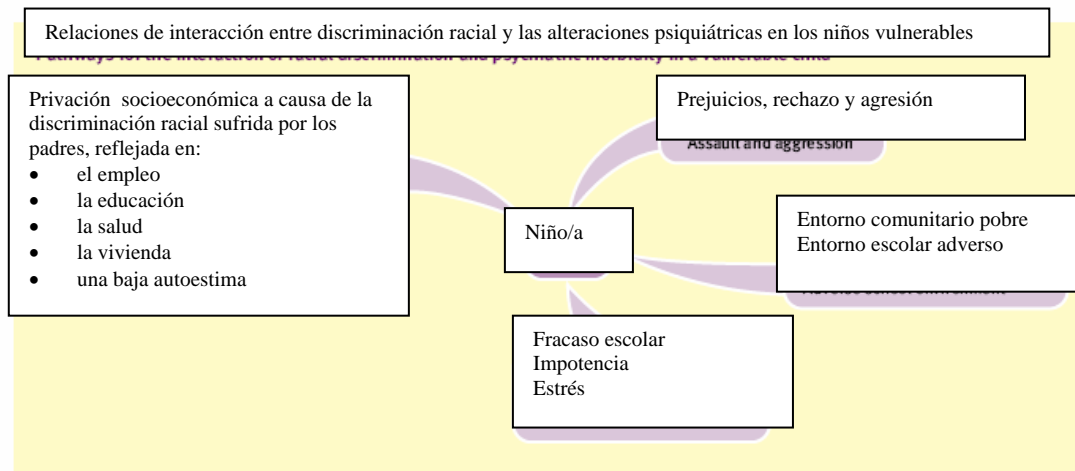
La interacción entre la alteración psiquiátrica y la riqueza material es compleja: el estudio de Hackett y Hackett en Kerala, en la India, demostró que, aunque la mayoría de las familias de su muestra tenían menos recursos materiales que las del oeste de país, la prevalencia de desórdenes psiquiátricos entre los niños no era mayor.^{7,8} Los autores extrajeron una conclusión importante: lo que cuenta no es el grado absoluto de privación, sino el grado relativo de privación respecto a los demás individuos de la sociedad. Su estudio hizo un descubrimiento sorprendente: la existencia de una relación entre la manifestación exterior del desorden y el nivel de adversidad social (incluyendo la pobreza). El nivel general de desórdenes psiquiátricos infantiles no orgánicos no es superior en países en vías de desarrollo.

En el Reino Unido, aunque la mayoría de las familias asiáticas y afro-caribeñas formar parte de las capas sociales más desfavorecidas y suelen vivir en centros urbanos marginados, los niños del sudeste asiático presentan niveles de alteración psiquiátrica inferiores a los de la población autóctona; mientras que los niveles de los niños afro-caribeños son ligeramente superiores. Las medidas generalizadas de la situación socioeconómica probablemente no reflejan adecuadamente la experiencia de las minorías étnicas de inmigrantes. Las expectativas de los emigrantes de primera generación sobre el nivel de satisfacción material que se puede alcanzar en el Reino Unido dependerán de su situación socioeconómica antes de emigrar, así como de sus aspiraciones a largo plazo en el Reino Unido; estas expectativas son muy probablemente substancialmente diferentes para las generaciones subsiguientes, que tenderán a tener las mismas aspiraciones y expectativas de la mayoría de la población.

Discriminación y desventajas: La discriminación en la vivienda, el empleo y la educación dificulta seriamente la distribución de los recursos sociales y económicos hacia los grupos étnicos minoritarios más desfavorecidos, lo que conlleva serias consecuencias sobre la capacidad de los padres para sostener a sus hijos (véase gráfico 1) y tiene un impacto directo en la salud mental y en la autoestima de los niños. La presencia en hospitales y clínicas está sin duda influenciada por las trabas que sufren los grupos étnicos minoritarios para acceder a esos servicios y por cuestiones de sensibilidad cultural.



Gráfico 1



1

Diferencias de interpretación del comportamiento: teniendo en cuenta que los problemas de comportamiento en los desórdenes psiquiátricos infantiles son generalmente exageraciones del comportamiento considerado normal, la identificación de dichos problemas depende de las expectativas y de la interpretación de aquellos que informan de ellos. El reconocimiento de problemas psiquiátricos en niños varía de profesor a profesor y de padre a padre y los estándares de conducta normativa varían según la cultura. Además, en muchas culturas no se considera que las instituciones sanitarias sean los lugares más adecuados para tratar comportamientos difíciles. Mann y varios describieron diferencias significativas en cómo profesionales de cuatro países diferentes clasificaron las grabaciones en video de niños hiperactivos y conflictivos.⁹ Las diferencias de clasificación fueron atribuidas a diferencias culturales de interpretación de lo que se entiende por comportamiento “normal” y comportamiento “hiperactivo”, incluso cuando se aplican criterios de clasificación uniformes. Un estudio de Sonuga-Barke y varios descubrió que los profesores británicos aplicaban valores inferiores a la media para clasificar niños asiáticos como hiperactivos.¹⁰ Los autores sugieren varias explicaciones a este hecho, incluyendo diferencias entre los puntos de vista de los profesores sobre qué constituye un nivel de comportamiento aceptable en diversos grupos étnicos y sobre las limitaciones que se presentan al aplicar criterios universales en un contexto multicultural.

Migración: en una sociedad multicultural, la relación entre el efecto de la migración y la salud mental puede ser interpretada erróneamente como diferencias culturales. La migración implica un gran daño social y las experiencias anteriores a la migración de aquellos que huyen de una guerra civil, por ejemplo, pueden tener un efecto negativo para su salud mental. El vínculo entre normalidad psicológica y las razones para emigrar es menos relevante en niños que en adultos, aunque sus experiencias durante la migración están influidas muy probablemente por las de sus padres.

Explicaciones genéticas: Hay pocos casos en medicina donde exista una correlación entre enfermedad y población, como en el caso de la anemia drepanocítica. Las explicaciones genéticas sobre las diferencias interétnicas en materia de salud mental no han resultado convincentes. La heterogeneidad genética dentro de grupos raciales socialmente definidos es enorme, tan grande como las similitudes genéticas entre grupos diferentes.

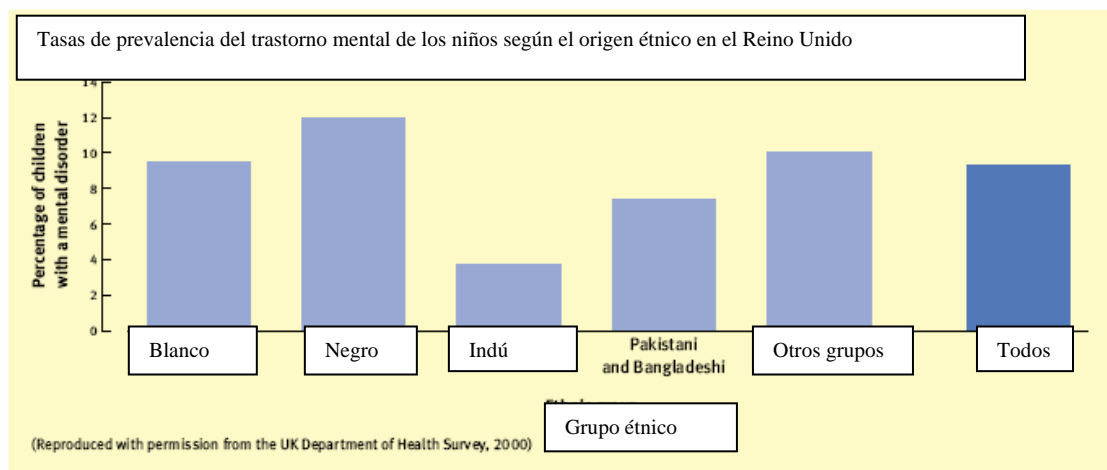


Niveles y pautas en un contexto multicultural

Las tasas de prevalencia de los desórdenes psiquiátricos infantiles en diferentes culturas muestran divergencias que podrían reflejar diferencias derivadas de influencias culturales, la influencia que tienen los riesgos y los factores de protección según la cultura, así como las desviaciones debidas a las divergencias metodológicas antes señaladas. Sin embargo, existen en general similitudes en todas las culturas cuando se tienen en cuenta parámetros como los síntomas, la edad o el género.

Este documento se centra en estudios llevados a cabo principalmente en el Reino Unido con niños asiáticos y afro-caribeños (véase los análisis de la epidemiología e investigación intercultural en los países en vías de desarrollo de Birdu y Hackett y Hackett).^{11,7} Las tasas de prevalencia por grupo étnico presentadas en el estudio más reciente de salud mental en el Reino Unido se muestran en el (véase gráfico 2). La edad podría ser un factor importante ya que sólo se estudiaron niños de entre 5 y 15 años, por lo que los desórdenes típicos de edades inferiores a los 5 años, o comunes entre adolescentes mayores de 15 años, quedaron excluidos. Junto a ello, entre los niños estudiados, había un número relativamente pequeño de niños pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. Los autores del estudio admiten que no se pueden realizar interpretaciones estadísticas relevantes con los datos obtenidos en el estudio.

Gráfico 2



2

Variaciones en los niveles y pautas entre grupos étnicos

La tendencia de los asiáticos a presentar niveles de de desorden psiquiátrico inferiores a la media es atribuida a los factores de protección del sistema familiar asiático. La mayoría de los estudios sobre niños asiáticos también muestran niveles inferiores. Hackett y Hackett revelaron diferencias substanciales entre las actitudes de los padres Guajarati y las de los padres británicos.¹² Los padres Guajarati eran menos tolerantes con la agresión y fomentaban más el compartir. Si la tolerancia de los padres hacia la agresión en los niños es menor, el comportamiento agresivo será, con toda probabilidad, afrontado antes, reduciendo la cantidad de problemas derivados de la conducta. En un estudio intercultural en culturas donde la obediencia y cumplimento en los niños es altamente valorada, los desordenes suelen asociarse con el exceso de control, con síntomas como los miedos o las preocupaciones somáticas.¹³ En los Estados Unidos, donde se da mayor énfasis a la expresión individual, los desórdenes tendían a asociarse con la falta de control, como las peleas y la desobediencia en casa.



Varios estudios en el Reino Unido han detectado altas tasas de autolesiones deliberadas entre jóvenes asiáticas, que no se dieron en el sub-continente indio. Los niveles del Reino Unido podrían reflejar la experiencia de las mujeres que crecen en un mundo bicultural así como las estrategias culturales que adoptan para expresar su angustia en su nuevo entorno.

La salud mental de los niños afro-caribeños ha sido estudiada por varios investigadores en el Reino Unido. Todos los resultados han indicado un nivel de desordenes de la conducta derivados de problemas emocionales superior tanto en niños como en niñas. Sin embargo, los problemas de conducta no están asociados con perturbaciones en las relaciones con otros niños. Una posible explicación es la tendencia de los profesores a describir comportamientos conflictivos con más prontitud en el caso de los niños afro-caribeños. El estudio de Rutter y varios muestra una diferencia significativa entre cómo padres por un lado, y profesores por otro, calificaban comportamientos conflictivos en niños afro-caribeños. Las calificaciones de los profesores eran significativamente superiores.¹⁴ Después de considerar el posible efecto de variables contradictorias, la subjetividad de los profesores fue considerada un factor importante. El absentismo escolar es menos frecuente en los niños afro-caribeños y la mayoría de ellos continúan yendo al colegio más allá de los 16 años. La prevalencia de comportamientos delincuentes en jóvenes varones es significativamente mayor y se ha atribuido ese hecho fundamentalmente a los altos niveles de adversidad social a los que se enfrentan. El estudio también señala una mayor representación del autismo y otros desordenes relacionados con él en los niños afro-caribeños en comparación con la población inmigrante en general.¹⁵ Ya que niños afro-caribeños con desórdenes de autismo tienen más probabilidades de tener serias discapacidades mentales, el autismo entre esos niños probablemente se manifiesta asociado a un daño cerebral (por ejemplo por la exposición a un virus antes de nacer) y en menor proporción a razones genéticas.

El alto grado de esquizofrenia entre los afro-caribeños y africanos del oeste en el Reino Unido ha sido sujeto de vivos debates. Las tasas de esquizofrenia en las Antillas, no son más elevadas que en otros lugares, pero los niveles entre los afro-caribeños en el Reino Unido son desproporcionadamente altos. Este dato no está asociado a un mayor peso de la familia, a complicaciones de obstetricia o al consumo de drogas. Normalmente, las tasas de prevalencia de enfermedades en la segunda generación de inmigrantes comienzan a acercarse a la de la población autóctona, pero los niveles de esquizofrenia son incluso mayores. Se han lanzado varias hipótesis para explicar este hecho, aunque ninguna resulta enteramente plausible; una de las teorías es que la reacción psicótica profunda que se produce entre los jóvenes está causada por el estrés producido por el alto grado de adversidad social y de discriminación.

Un estudio intersectorial de 2001 entre pacientes de entre 13 y 17 años internados en unidades psiquiátricas de Londres reveló una exagerada representación de adolescentes negros con psicosis.¹⁶ Los adolescentes de origen africano estaban altamente representados, pero era más improbable que sufriesen esquizofrenia. Se necesitan nuevos estudios para comprobar si los altos niveles de agentes estresantes pueden contribuir tanto a la mayor incidencia de la enfermedad como a la mayor necesidad de internamiento.



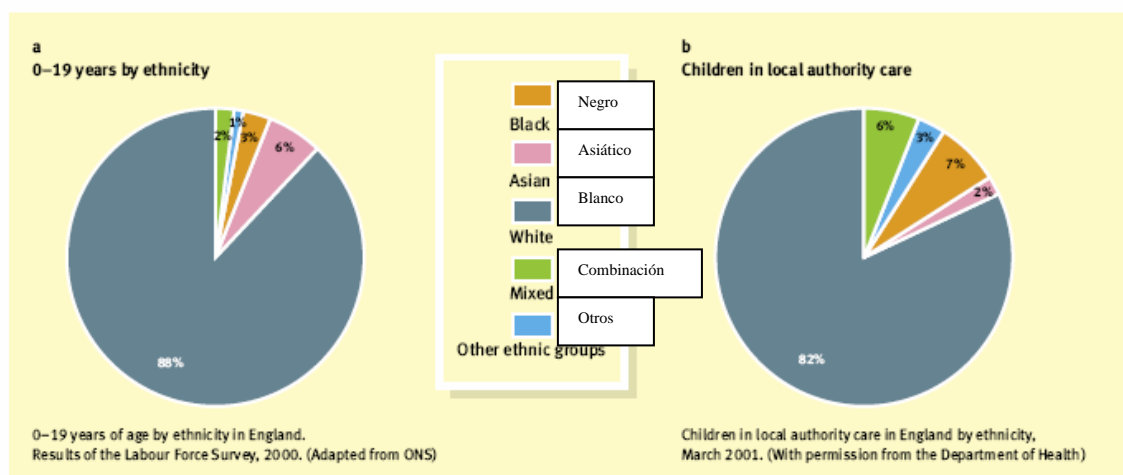
Desórdenes específicamente culturales

Existe escasa literatura sobre los desórdenes culturalmente específicos en los niños, aunque hay ciertas diferencias detectadas en la sintomatología. Se han descubierto casos de pseudo-psicosis, caracterizada por la existencia de alucinaciones, en jóvenes sudasiáticas en el Reino Unido. La anorexia nerviosa, ampliamente reconocida en la actualidad como un desorden específicamente cultural del mundo desarrollado, se ha manifestado en muchas partes del mundo que se están occidentalizando.

El cuidado de las autoridades locales según la etnia

El gráfico 3 ofrece una comparación si los índices de bienestar de los niños se extienden al cuidado social. Las investigaciones desarrolladas en esta área no ha despertado gran interés hasta hace muy poco.

Gráfico 3 a: 0-19 años, según origen étnico, en Inglaterra
b: Niños al cuidado de la autoridad local en Inglaterra



3

Diagnóstico y tratamiento

Para practicar la psiquiatría infantil en una sociedad multicultural es preciso comprender por qué las culturas son diferentes. Aunque el factor cultural es repetidamente evocado para explicar las diferencias, a menudo dicho factor se presenta de manera estereotipada y etnocéntrica. El término “cultura” se usa frecuentemente para describir diferencias con respecto a las prácticas normativas occidentales. Mientras que investigaciones previas han descrito principalmente cómo difieren las culturas, el estudio de las culturas se ha visto enriquecido por la psicología cultural, que ha introducido un acuerdo dialéctico sobre la relación entre el retraso infantil y el contexto cultural que dirige la socialización de los niños. Cada cultura debe entenderse en sus propios términos, con sus propios valores, creencias y objetivos. A continuación se presentan algunos breves ejemplos.



Diferencias en las prácticas para la cría de los niños

Los estudios culturales revelan diferencias en las creencias y las prácticas a la hora de criar a los niños, como por ejemplo, los que estudian la fragilidad de los niños, la percepción del llanto de un niño, la consideración de lo grande que es la necesidad de un niño de ser escuchado, o de que se le hable, y la necesidad de desarrollar una serie de cualidades en lugar de otras. Los entornos que favorecen el cuidado de los niños son creados en gran medida según las competencias y las responsabilidades que se espera de los adultos en la cultura en cuestión.

Por ejemplo, en muchas partes del mundo donde la unidad productiva desde el punto de vista económico es la familia, como en Asia, África y en las poblaciones indígenas de América, a los niños se les permite dormir con sus madres, abuelos o hermanos mayores incluso cuando hay espacio disponible. Dormir con familiares durante la infancia promueve el sentido de unidad en culturas donde interdependencia y solidaridad es el principal objetivo de la familia o cuando se trata de niños frágiles, especialmente donde existen altas tasas de mortalidad infantil. Por otro lado, en América y Europa donde la autonomía y el espíritu emprendedor son muy valorados, se anima a los niños a dormir solos muy pronto, lo cual fomenta el individualismo.¹⁷ Una práctica no es “mejor” que la otra, pero cada una es producto de la competencia requerida en cada sociedad.

Del mismo modo, en un estudio llevado a cabo en París entre familias africanas, procedentes de culturas que valoran enormemente la formación de vínculos sociales¹⁸, las madres respondieron con menor entusiasmo que las madres francesas a la iniciativa que mostraban sus niños con objetos como los juguetes o utensilios domésticos. Las madres africanas mostraron más interés por sus niños cuando intentaban vocalizar, hacer posturas, mirar alrededor o llorar. Las madres francesas también tendieron a nombrar los objetos y explicar sus propiedades al hablarles a los niños, lo que refleja el valor que la sociedad tecnológica otorga a los objetos para la socialización de los niños.

La consecuencia de todo comportamiento de los padres debe entenderse en relación con las normas que dicta la sociedad. Por ejemplo, el recurso al castigo físico para disciplinar a los niños puede no tener las mismas consecuencias para niños de diferentes culturas. Deater-Decker y Dodge han demostrado que no existía una correlación entre el uso del castigo físico y el comportamiento agresivo en los niños en el caso de las familias afro-americanas.¹⁹

Esto contradice la existencia de una correlación positiva entre la disciplina física y la agresión infantil encontrada entre los niños norteamericanos y europeos. Es posible que en las culturas donde el castigo está prohibido, el recurso a este acto indique una pérdida de control por parte del padre o un comportamiento anormal de los padres. Esto subraya el hecho de que para los profesionales, lo importante es entender cómo factores de riesgo y factores protectores afectan a los niños de culturas y entornos diferentes. Le recomendamos el estudio crítico de Mhemooda Malek sobre una serie de elementos a considerar a la hora de prestar servicios de salud mental para niños pertenecientes a minorías étnicas.²⁰

Conclusión

La práctica de la psiquiatría infantil en una sociedad multicultural presenta importantes retos para la metodología intercultural y para los terapeutas que trabajan en temas de diversidad. Teniendo en cuenta que las culturas no son estáticas, sino dinámicas, reactivas y cambiantes, la cuestión fundamental no es tanto cómo se diferencian las culturas, sino cómo trabajar con la diversidad. Si examinamos nuestra propia manera de entender las culturas veremos que la cultura está presente en todos nuestros razonamientos, incluyendo lo que pensamos sobre la propia cultura.



Ruma Bose es especialista en el Servicio de Consultas del Niño y la Familia en Toser Hamlets, Londres, en el Reino Unido; y profesor honorario superior en el Queen Mary College de la Universidad de Londres, Reino Unido.

Susan Jennings es Especialista de grado superior en psiquiatría infantil y de adolescentes en el Hospital Great Ormond Street de Londres, en el Reino Unido. Susan se graduó en el hospital St. Thomas de Londres y se formó en psiquiatría en Sussex y Londres.

REFERENCIAS

- ¹ Modood T, Berthoud R, Lakey J et al. *Ethnic Minorities in Britain: Diversity and Disadvantage*. London: Policy Studies Institute, 1997.
- ² Bird H R, Canino G, Rubio-Stipec M et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1120–6
- ³ Kleinman A M. Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Soc Sci Med* 1977; 11: 3–10.
- ⁴ Littlewood R. De categories to contexts: a decade of the 'new cross-cultural psychiatry'. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 308–27.
- ⁵ Pike K L. *Language in relation to a unified structure of human behaviour*. The Hague: Mouton, 1967.
- ⁶ King M B, Bhugra D. Eating disorders: lessons from a cross-cultural study. *Psychol Med* 1989; 19: 955–8.
- ⁷ Hackett R, Hackett L. Child psychiatry across cultures. *Int Rev Psychiatry* 1999; 11: 225–35.
- ⁸ Hackett R, Hackett L, Bhakta B, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 801–7.
- ⁹ Mann E M, Ikeda Y, Mueller C W et al. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1539–42.
- ¹⁰ Sonuga-Barke E J S, Minocha K, Taylor E A, Sandberg S. Inter-ethnic bias in teachers' ratings of childhood hyperactivity. *Br J Dev Psychol* 1993; 11: 187–200.
- ¹¹ Bird H R. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 35–49.
- ¹² Hackett L, Hackett R. Parental ideas of normal and deviant behaviour. A comparison of two ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 353–7.
- ¹³ Weisz J R, Sigman M, Weiss B, Mosk J. Parent reports of behavioral and emotional problems among children in Kenya, Thailand, and the United States. *Child Dev* 1993; 64: 98–109.
- ¹⁴ Rutter M, Yule W, Berger M, Yule B, Morton J, Bagley C. Children of West Indian immigrants. I. Rates of behavioural deviance and of psychiatric disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 241–62.
- ¹⁵ Goodman R, Richards H. Child and adolescent psychiatric presentations of second-generation Afro-Caribbeans in Britain. *Br J Psychiatry* 1997; 167: 362–9.
- ¹⁶ Tolmac J, Hodes M. Ethnic variation among adolescent psychiatric in-patients with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 428–31.
- ¹⁷ Shweder R A, Goodnow J, Hatano G, LeVine R A, Markus H, Miller P. The cultural psychology of developments: one mind, many mentalities. In: Damon D, Lerner R M, eds. *Handbook of child psychology. Vol 1. Theoretical Models of Human Development*. New York: Wiley, 1998.
- ¹⁸ Rabain-Jamain J. Language and socialization of the child in African families living in France. In: Greenfield P M, Cocking R R, eds. *Cross-cultural roots of minority child development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994.
- ¹⁹ Deater-Deckard K, Dodge K A. Externalising behaviour problems and discipline revisited: nonlinear effects and variation by culture, context and gender. *Psychol Inq* 1997; 8: 161–75. Deater-Deckard K, Dodge K A. Externalising behaviour problems and discipline revisited: nonlinear effects and variation by culture, context and gender. *Psychol Inq* 1997; 8: 161–75.
- ²⁰ Malek M. Meeting the needs of minority ethnic groups in the UK. In *Mental health services for minority ethnic children and adolescents*. Malek M, Joughin C, eds. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.