

PARA UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO -COMPORTAMENTAL CULTURALMENTE ADAPTADA: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Samuel Pombo¹✉, Carolina Almeida², Sofia Paulino³, João Gonçalves⁴, Ana Ferro⁵, Carlos Góis⁶, & Daniel Sampaio⁷

¹Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria; Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 1649-028 Lisboa; Portugal. e-mail: samuelpombo@gmail.com; ²Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. 1649-028 Lisboa; Portugal. e-mail: carolinaalmeida9@hotmail.com; ³Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. 1649-028 Lisboa; Portugal. e-mail: sofbps@gmail.com; ⁴Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. 1649-028 Lisboa; Portugal. e-mail: jf.silva.goncalves@gmail.com; ⁵Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. 1649-028 Lisboa; Portugal. e-mail: anacabralferro@hotmail.com; ⁶Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria; Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 1649-028 Lisboa; Portugal. e-mail: carlosgois13@gmail.com; ⁷Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria; Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 1649-028 Lisboa; Portugal. e-mail: d.sampaio@netcabo.pt

RESUMO: Quanto maior o conhecimento do terapeuta acerca das especificidades culturais dos seus doentes, maior a sua capacidade de conceptualizar e tratar os problemas de saúde mental de uma forma culturalmente sensível. São objectivos desta revisão avaliar a literatura sobre a eficácia e especificidades dos tratamentos cognitivo-comportamentais (TCC) aplicados a populações latinas, culturalmente próximas da população portuguesa e discutir eventuais recomendações para a prática clínica. Foram realizadas pesquisas nas seguintes bases de dados electrónicas, até Junho de 2016: Cochrane library, Pubmed, Psychology & Behavioral Sciences Collection, Sciencedirect, PsycARTICLES, PePSIC (portal de Periódicos Electrónicos de Psicologia), EBSCO PUBLISHING, Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Depois de filtrada a pesquisa, foram analisados um total de 15 estudos empíricos e 12 artigos que discutiam abertamente aspectos relacionados com a prática clínica. Os estudos enfatizam a necessidade de incorporar explicitamente os valores culturais do doente na TCC. São fornecidas recomendações clínicas, mais adaptadas ao contexto cultural, no sentido de otimizar as intervenções em saúde mental baseadas na TCC.

Palavras-chave: Psicoterapia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Especificidades Culturais; População Latina; Eficácia

TOWARD A COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION CULTURALLY ADAPTED: IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

ABSTRACT: The greater the therapist's knowledge about the cultural specificities of their patients, the greater its ability to conceptualize and treat mental health problems in a culturally sensible manner. This review aims to provide a critical overview of the current knowledge on the efficacy

✉ Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria; Piso 2 - Av. Prof. Egas Moniz, 1649-028 Lisboa. E-mail: samuelpombo@gmail.com

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL CULTURALMENTE ADAPTADA

and specificity of Cognitive-Behavioral Therapies (CBT) applied to Latino populations, culturally close to the Portuguese population and to discuss possible recommendations for clinical practice. We searched the following electronic databases until June 2016: Cochrane library, Pubmed, Psychology & Behavioral Sciences Collection, ScienceDirect, PsycARTICLES, PePSIC (portal de Periódicos Electrónicos de Psicología), EBSCO PUBLISHING, SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). After filtering the results, we analyzed a total of 15 empirical studies and 12 articles discussing aspects related to clinical practice. These studies emphasize the need to explicitly incorporate the cultural values of patients into CBT. They provide clinical recommendations, better adapted to the cultural context, in order to optimize mental health interventions based on CBT.

Key-words: Psychotherapy; Cognitive Behavioral Therapy; Cultural Specificities; Latin population; Efficacy

Recebido em 27 de Setembro de 2016/ Aceite em 27 de Outubro de 2016

A intervenção psicológica tem maior probabilidade de ser eficaz quando procura dar resposta a problemas específicos, preferências, personalidade e contexto sócio-cultural dos doentes (Norcross, 2002). Para uma melhor eficácia, vários autores têm defendido que os tratamentos tradicionais na área da saúde mental devem ser modificados no sentido de se adaptarem aos contextos culturais dos doentes (Antoniades, Mazza & Brijnath, 2014). Uma meta-análise verificou que as intervenções que eram direccionadas a um grupo cultural específico foram quatro vezes mais eficazes do que intervenções aplicadas a grupos constituídos por uma variedade de origens culturais (Griner & Smith, 2006). A cultura não só influencia a natureza e expressão psicopatológica do sofrimento mental, como também a compreensão do doente do seu problema psicológico (Organista & Munoz, 1996). Valores e crenças culturais e factores sociais (por exemplo, preconceitos implícitos) influenciam os padrões de procura e utilização de ajuda, apresentação e comunicação de sintomas, medos e expectativas sobre o tratamento e resultados esperados (EBPP, 2006; Iwamasa, 1996).

Uma das abordagens terapêuticas mais utilizadas e investigadas é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A TCC enfatiza que as respostas do indivíduo ao ambiente (stress), específicas e inespecíficas, são o resultado da forma como a pessoa pensa sobre si, o mundo e suas experiências. Estes padrões cognitivos desenvolvem-se nas experiências infantis precoces, a partir do *feedback* e da identificação com outros. Este contexto cognitivo cria um circuito reverberativo ou um fenómeno de *loop* recíproco que se auto-reforça e perpetua os padrões de resposta comportamental (Barlow, 2004; Beck, 1995). Tradicionalmente, a prática da TCC é dominada por valores, pressupostos e perspectivas culturais que correspondem a uma sociedade predominantemente anglo-saxónica (Stacciarini, O'Keeffe & Mathews, 2007). Os valores e crenças significativamente diferentes entre as culturas podem traduzir-se na intervenção psicoterapêutica, principalmente porque os indivíduos que crescem em diferentes meios culturais pensam e, provavelmente, sentem de forma diferente (APA, 2002a; Hofmann, 2006). Nesse sentido, apontam-se algumas limitações à validade dos modelos de intervenção psicoterapêutica quando estes são aplicados em diferentes contextos culturais. Por exemplo, embora por vezes a TCC seja apresentada como um modelo culturalmente neutro, os seus valores assentam numa série de características altamente estereotipadas que derivaram do grupo dominante que a desenvolveu: indivíduos euro-americanos, com uma nível educacional elevado e que apresentam especificidades de personalidade como a assertividade, independência pessoal, capacidade verbal e de mudança, as quais podem não encontrar paralelo noutras culturas (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012; Johnsen & Friborg, 2015). Assim, coloca-se a questão: um modelo cientificamente válido continua a ser baseado na evidência quando aplicado noutra

cultura? A cultura dos países do Sul da Europa, em que se inclui Portugal, de influência católica e mediterrânea, possui uma matriz marcadamente latina que confere uma identidade e uma série de especificidades sócio-culturais a um povo. Contrariamente à cultura anglo-saxónica, que valoriza a independência, autonomia e a assertividade, a cultura latina valoriza particularmente o *respeito* (obediência, deferência aos mais velhos) e os laços familiares de lealdade, solidariedade e reciprocidade. Caracterizam-se também pela tendência para evitar a incerteza (busca de informação antes de tomar decisões), deferência ao poder (condescendente com as autoridades), masculinidade (os homens têm autoridade) e o colectivismo (valorização do grupo em detrimento do seu bem-estar pessoal) (Calzada, 2010). A literatura apresenta alguns dos valores culturais específicos da população latina, os quais se espelham na comunidade e nos estilos de relação interpessoal (Interian et al., 2007). Por exemplo, a formalidade, que se observa na utilização das formas verbais conjugadas na terceira pessoa (“você”) e o respeito, que se manifesta na maioria dos relacionamentos inter-pessoais, factores que congregam alguma diplomacia no trato e desencorajam abertamente a confrontação (Organista & Munoz, 1996, Calzada, 2010).

As famílias tradicionais latinas são hierárquicas, com a autoridade a ser concedida aos idosos, pais, homens ou irmãos mais velhos. O pai é considerado o chefe da família e a mãe é responsável por cuidar da casa e dos filhos. As crianças são educadas a ser obedientes e mostrar respeito para com as “figuras de autoridade”. Por exemplo, estes valores parecem ser fundamentais no sucesso dos programas de treino parental para crianças com comportamentos de oposição (Barker, Cook & Borrego, 2010). Os padrões familiares são emaranhados, caracterizados pelo super-envolvimento e dependência e baseiam-se na premissa de que o comportamento de um membro da família afecta todos os outros (Falicov, 1998). O auto-controlo é um comportamento altamente valorizado por uma questão de “manter as aparências”, de modo a não acarretar vergonha para si mesmo ou para a família. O auto-controlo também se manifesta por pouca assertividade, o qual parece estar relacionado com a proibição cultural de expressar abertamente a raiva e a agressividade (Arce & Torres-Matrullo, 1982; Calzada, 2010). Quando ao estilo cognitivo, os latinos tendem a apresentar um *locus* de controlo externo (contrariamente aos anglo-saxónicos), de maior “dependência do ambiente”. Colocam-se na posição de espectadores das suas próprias aprendizagens, observando mais os outros do que eles mesmos e solicitando orientações na apreensão de comportamentos (Espinel, 1982). Expressam uma visão fatalista do mundo e consideram que os seus comportamentos são controlados por factores naturais externos ou forças sobrenaturais. Atribuem causas à religião ou a crenças populares. Pelo facto de contemplarem os seus problemas a partir de questões sociais ou interpessoais, em detrimento de uma dinâmica intrapsíquica, abordam a terapia numa perspectiva não-psicológica, não-introspectiva, de orientação médica passiva (Arce & Torres-Matrullo, 1982).

A cultura também formata a elaboração do sofrimento emocional e dita a percepção dos problemas psicológicos. Por exemplo, estudos demonstram níveis desproporcionais de psicopatologia entre as populações latinas, nomeadamente, prevalências elevadas de depressão, ansiedade e perturbações somatoformes (Escobar, 1987; Organista & Munoz, 1996). A literatura descreve categorias nosológicas universais mas também expressões idiomáticas específicas de sofrimento psicológico, como *ataque de nervios* (Carter, Mitchell & Sbrocco, 2012; GAP, 2001), as quais têm igualmente paralelo na cultura portuguesa, por exemplo, “crise de nervos” ou “mau olhar”. Por exemplo, o primeiro relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, que apurou uma prevalência elevada de problemas de saúde mental em Portugal, quanto comparado com outros países da Europa, levanta a hipótese dos resultados (sobrestimados) serem explicados pela existência, na nossa cultura, de padrões específicos de percepção e manifestação das queixas do foro emocional que levem a uma maior expressão dos sintomas que estão na base dos diagnósticos de doença mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2014). Várias evidências também mostram que existe um forte estigma sobre a doença mental. Por exemplo, problemas como a depressão ou o alcoolismo não são considerados perturbações mentais (Comgan, 1998).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL CULTURALMENTE ADAPTADA

A população latina tem a expectativa de que o seu tratamento psicológico seja caracterizado por (1) alívio imediato dos sintomas, (2) orientação e aconselhamento, (3) com foco concreto e (4) por uma abordagem centrada no problema (Arce & Torres-Matrullo, 1982). Nesse sentido, o estilo didático da TCC facilita a orientação dos doentes para tratamento, educando-os sobre os seus problemas mentais e a forma de os tratar (Organista & Munoz, 1996). Tendo em conta que a adaptação da intervenção psicológica às especificidades culturais dos doentes é, muitas vezes, efectuada a partir de mecanismos intuitivos ou teórico-especulativos (suposições antropológicas baseadas em estereótipos), do que propriamente empiricamente validados (Benuto & O'Donohue, 2015), o presente artigo tem como objectivo efectuar uma revisão da literatura sobre a eficácia e especificidades dos tratamentos cognitivo-comportamentais aplicados a populações latinas, culturalmente próximas da população portuguesa (Greenberg, 2015) e discutir eventuais recomendações para a prática clínica.

MÉTODO

Foi realizada uma extensa revisão de literatura focalizada na aplicação da TCC à população latina. Foi também um objectivo de pesquisa a selecção de artigos que abordassem adaptações culturalmente orientadas ao protocolo terapêutico e suas eventuais implicações para a prática clínica. Como cultura é um constructo multifacetado, é neste contexto entendido a partir de uma ampla gama de fenómenos, por exemplo, valores partilhados, história, conhecimento, rituais, costumes, que normalmente resultam num sentimento comum de identidade (EBPP, 2006; Hofmann, 2006).

A pesquisa bibliográfica efectuada abrangeu as seguintes bases de dados electrónicas e motores de busca: Cochrane library, Medline (Pubmed), Psychology & Behavioral Sciences Collection, sciencedirect, PsycARTICLES, PePSIC (portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia), EBSCO PUBLISHING, Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A estratégia de pesquisa combinou os seguintes descritores/*headings* pré-definidos (*Medical Subject Headings*, MeSH) e outros termos importantes: “Cognitive-Behavioral Therapy”, “hispanic”, “latino”, “culturally adapted”. Considerou-se a literatura em inglês, espanhol e português. A pesquisa considerou todos os artigos até Junho de 2016. A análise dos artigos e remoção dos duplicados foi efectuada por 4 elementos dos autores.

Artigos que incidissem noutras culturas, etnias, ou modelos psicoterapêuticos foram excluídos. Particularidades referentes aos processos de multiculturalismo, dissonâncias culturais entre cliente e terapeuta (pe., língua) e de adaptação e aculturação das minorias étnicas ao países de acolhimento não serão discutidas pois ultrapassam os objectivos deste artigo.

No que diz respeito às conclusões sobre a eficácia das intervenções psicoterapêuticas a evidência, por ordem crescente, assenta em estudos “opinião clínica”, “observação clínica sistematizada”, métodos empíricos quasi-experimentais” e “ensaios clínicos randomizados”. Os ensaios clínicos randomizados, e controlados, representam o modelo mais rigoroso de avaliação da eficácia de um tratamento psicológico pois são a forma mais válida de controlar as potenciais ameaças à validade interna de um ensaio (APA, 2002b).

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Após a análise cuidada dos artigos que compõem a revisão de literatura, cruzamento de bases de dados e identificação da duplicação de artigos, foram encontrados 3 estudos de caso, 1 estudo qualitativo e 11 empíricos. A tabela I sintetiza todos os estudos empíricos que foram seleccionados. Segue-se uma análise descritiva dos 15 artigos.

Estudos de caso ou qualitativos

Chafey, Bernal & Rosselló (2009), publicaram um estudo de caso de uma adolescente Porto-riquenha de 15 anos com depressão major. Após 16 sessões de terapia, verificou-se uma diminuição da sintomatologia depressiva, ideação suicida, comportamentos desadaptativos e aumento da auto-estima. Estas alterações permaneceram estáveis por um período de pelo menos um ano. Face à preponderância das questões de stress familiar, principalmente na fase da adolescência, os autores recomendam a intervenção familiar como complemento da TCC. Com o objectivo de ilustrar as modificações na TCC baseadas na cultura, González-Prendes, Hindo & Pardo (2011) descrevem um caso de integração dos valores culturais na TCC num Latino com depressão. Os autores propõem uma abordagem de tratamento culturalmente competente, em que os valores culturais ligados à família, masculinidade e ao respeito são detalhadamente discutidos e conceptualizados no plano de tratamento ao longo 11 sessões. Chavira, Bustos, Garcia, Ng & Camacho (2015) levaram a cabo um estudo qualitativo, em que avaliaram a percepção dos pais à TCC aplicada a jovens latinos de uma comunidade rural com perturbações de ansiedade. A TCC era baseada em telefonemas, em biblioterapia com e sem suporte do psicoterapeuta. No geral, a opinião dos pais sobre a TCC foi positiva. Embora os pais refiram que a terapia pelo telefone pode ter vantagens na gestão do tempo (áreas rurais distantes), conveniência, transporte e estigma (maior sensação de privacidade pelo telefone, menor julgamento pela comunidade), valorizam em grande medida uma ajuda face-a-face, principalmente num primeiro contacto. Germán et al., (2015), reconhecendo a necessidade de aperfeiçoar o protocolo de intervenção em adolescentes latinas com tendências suicidárias, enunciam novos padrões comportamentais no âmbito da terapia comportamental dialéctica e sugerem estratégias clínicas focadas no adolescente e na díade pais-adolescente. Para além dos dilemas dialécticos da adolescência, anteriormente propostos por Miller, Rathus, DuBose, Dexter-Mazza & Goldklang (2007), nomeadamente tolerância excessiva vs. controlo autoritário, “normalização” do comportamento patológico vs. “patologização” do comportamento normativo, promoção da dependência vs. imposição da autonomia, Germán et al., (2015), introduzem duas novas dialécticas na relação pais-adolescente. A saber, “velha escola” vs. “nova escola” e “sobrepoteção” vs. “subpoteção”. Os pólos “sobrepoteção” e “subpoteção” parecem estar relacionados com o reflexo nas práticas parentais da exposição dos pais a um conjunto de experiências pessoais significativas (abuso, morte). Por exemplo, a sobrepoteção refere-se a um estilo comportamental em que os pais mantêm uma adesão rígida à noção de que o mundo é inseguro e perigoso. A “velha escola” refere-se a um estilo parental extremado em que os pais têm uma adesão inflexível às normas pelas quais eles foram educados. Estas normas incluem expectativas acerca dos comportamentos apropriados à idade, valores, práticas parentais e interações entre pais-filhos (por exemplo, nas crianças, espera-se um elevado controlo dos comportamentos, particularmente em público). Destaca-se a importância colocada sobre o valor respeito na relação pais-adolescente. Os adolescentes são ensinados a não questionar, discutir ou negociar com os seus pais, na medida em que essa interacção pode ser considerado desrespeitosa. O afastamento deste

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL CULTURALMENTE ADAPTADA

pólo educacional pode produzir nos pais um sentimento auto-crítico de “fracasso”. Os autores propõem que a estrita adesão a este modelo parental pode contribuir para o desenvolvimento do denominado “controlo autoritário”. A “nova escola” refere-se a uma inflexível anuência ao período actual e às normas culturais dominantes e envolve a influência dos colegas, professores e dos media. Em contraste com as normas tradicionais, os comportamentos normativos dos adolescentes incluem um grau moderado de negociações com os pais e uma tolerância face ao aumento da argumentatividade. Sugere-se que a “fricção” entre as crenças e valores dos pais e adolescentes leva a que ambos se sintam desrespeitados e invalidados, criando assim, um “clima” de conflito familiar.

Estudos empíricos

Comas-Diaz (1981) comparou a terapia cognitiva com a terapia comportamental numa pequena amostra de mulheres deprimidas, de origem porto-riquenha. Os resultados revelaram uma redução significativa dos sintomas depressivos, sem diferenças entre tratamentos, quando comparado com o grupo de controlo (lista de espera). Pina, Silverman, Fuentes, Kurtines & Weems (2003) examinaram a resposta ao tratamento de exposição da TCC em jovens (6-16 anos) de origem latina e euro-americana com perturbações de ansiedade. A resposta terapêutica foi muito favorável (mais de 80% melhorou), não existindo diferenças entre os grupos aos 3 e 6 meses de avaliação. Interian, Allen, Gara & Escobar (2008), num estudo longitudinal (6 meses), no contexto dos cuidados de saúde primários, aferiram a eficácia do modelo de TCC para a depressão numa população hispânica (6 sessões focadas nas mudanças comportamentais, 6 sessões focadas nas mudanças cognitivas, com duração de 1 hora), quando o protocolo terapêutico era adaptado considerando as especificidades culturais dos doentes, nomeadamente, os seus valores culturais e os estilos de relação interpessoal. Marchand, Ng, Rohde & Stice (2010) avaliaram a eficácia da TCC para a depressão no âmbito de um programa comunitário para adolescentes americanos com origem latina, europeia e asiática. Os autores apuraram uma diminuição dos sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck) em todos os grupos submetidos a TCC em relação ao grupo controlo, porém sem diferenças segundo os grupos étnicos. Shattell, Quinlan-Colwell & Villalba (2010) conduziram um estudo piloto que examinou a viabilidade da TCC de grupo, durante 8 semanas, em mulheres deprimidas, de origem mexicana. Porém a amostra excessivamente reduzida apenas permitiu explorar algumas questões de implementação, intervenção, retenção e possíveis problemas de validade do modelo. Aguilera, Garza & Munoz (2010), propõem um modelo de TCC de grupo para o tratamento da depressão, culturalmente sensível para populações latinas. De entre várias adaptações ao protocolo, destaca-se a substituição do termo “trabalhos de casa” por “projecto pessoal” dada a conotação negativa associada ao termo, o reforço da utilização de métodos relacionados com a terapia centrada no cliente (paráfrases, sumários, validação de sentimentos) e a consideração do papel central da família nos conteúdos abordados em sessão (conflitos inter-geracionais), da coesão social (podem ocorrer encontros fora do ambiente terapêutico) e do valor do “respeito” pelo terapeuta, que pode actuar como um possível obstáculo ao tratamento, na medida em que estes doentes tendem a não contrariar o terapeuta nem questionar a sua autoridade por considerarem uma falta de respeito. Destaca-se no estudo a taxa elevada de *dropouts* (40%) e a baixa adesão às tarefas semanais (“projecto pessoal”) (Aguilera et al., 2010). A abordagem telefónica pode ser uma estratégia eficaz para reduzir os *dropouts* bem como facilitar ao acesso ao tratamento (Alegría et al., 2014; Chavira et al., 2015). Hinton et al., (2011) verificaram, em mulheres latinas com perturbação de stress pós-traumático resistente, que a TCC adaptada culturalmente é mais eficaz do que uma intervenção standard como o relaxamento muscular. São exemplos de adaptação ao protocolo a explicação acessível do que significa regulação e flexibilidade emocional, utilização de imagens culturalmente consonantes e a abordagem de

síndromes culturais como *nervios* e ataques de *nervios*. Cachelin, Shea, Phimphasone, Wilson, Thompson & Striegel (2014) testaram com sucesso a eficácia de um programa de auto-ajuda cognitivo-comportamental, adaptado culturalmente, para tratar os problemas de compulsão alimentar em mulheres americanas, com ascendência mexicana. Os participantes completaram um programa baseado em 8 sessões de TCC ao longo de um período de 3 meses. A eficácia do tratamento foi avaliada em termos da compulsão alimentar, funcionamento psicológico e perda de peso. Os resultados indicaram uma melhoria significativa ao nível de angústia, índice de massa corporal, psicopatologia associada à perturbação alimentar e auto-estima. A satisfação com o programa foi elevada. Um estudo multi-cêntrico de Chavira et al., (2014), teve como objectivo avaliar a resposta à TCC em doentes latinos e não-latinos com problemas de ansiedade que procuravam ajuda nos cuidados de saúde primários. Os resultados revelaram que a evolução clínica foi similar em ambos os grupos em qualquer momento de avaliação do estudo, designadamente aos 6, 12, e 18 meses. Porém, a população latina revelou uma menor adesão ao tratamento e uma maior dificuldade em compreender os princípios da TCC, quando comparado com os não-latinos. Os autores interpretam os resultados a partir de questões motivacionais ou de logística (transporte), ou de atitude face ao tratamento ou ao problema (estigma). Referem ainda que os latinos podem ter ficado satisfeitos com um número inferior de sessões.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL CULTURALMENTE ADAPTADA

Tabela 1.

Síntese dos estudos empíricos no âmbito da TCC em populações de origem latina

Autores/ Ano	Tipo Estudo	N/População	Perturbação	Setting	Modelo de TCC	Resultados
Comas-Diaz (1981)	RCT	26/ mulheres porto-riquenhas	Depressão	Comunidade	TCC para a depressão	Diminuição significativa dos sintomas depressivos
Marchand et al. (2010)	RCT	167/Estudantes americanos de várias etnias	Depressão	Comunidade	TCC para a depressão	Diminuição dos scores de depressão em todos os grupos submetidos a TCC vs. grupo controlo, mas sem diferença segundo os grupos étnicos
Interian et al., (2008)	F-6M	15/hispânicos	Depressão	cuidados de saúde primários	TCC-C	Diminuição dos scores de depressão após 6 meses
Aguilera et al., (2010)	F-4M	14/ latinos (México, Nicarágua, Peru e Guatemala)	Depressão	cuidados de saúde primários	TCC-C	Taxa de dropouts elevada Adesão às tarefas semanais mínima
Alegría et al., (2014)	RCT	257/ América Central, América do Sul, Porto-Rico e República Dominicana	Depressão	cuidados de saúde primários	TCC para a depressão	Diminuição significativa dos sintomas depressivos em ambos os grupos: “telefone” e “cara-a-cara””. Não foi encontrada diferença significativa entre os dois modelos de intervenção.
Hinton et al., (2011)	RCT	24/ Porto-Rico e República Dominicana	Perturbação Stress Pós-Traumático resistente	cuidados de saúde primários	TCC-C	TCC adaptada culturalmente mais eficaz vs. relaxamento muscular
Chavira et al. (2014)	RCT	85/Latinos	Ansiedade	cuidados de saúde primários	TCC	Sem diferenças significativas entre os dois grupos: latinos vs. não latinos. Menor adesão ao tratamento e uma maior dificuldade em compreender os princípios da TCC.
Cachelin et al., (2014)	F-3M	31/Americanas-mexicanas	Compulsão alimentar	Comunidade	TCC-C	O programa revelou-se exequível, satisfatório e eficaz
Shattell et al., (2010)	F-2M	6/origem mexicana	Depressão	Comunidade	TCC-C	Amostra reduzida para produzir inferências estatísticas
Pina et al., (2003)	F-6M	52/latinos	Ansiedade	Comunidade	TCC	Diminuição significativa dos sintomas em ambos os grupos

Legenda: TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental), RCT (Randomized Controlled Trial), F (Follow-up), M (Meses), TCC-C (Terapia Cognitivo-Comportamental adaptada segundo valores culturais).

Adenda: Não foram incluídos os estudos de Chavira et al. 2015, González-Prendes et al. (2011), Chafey et al., (2009) e Germán et al., (2015), por serem qualitativos ou de caso.

Implicações para a prática clínica

A análise de literatura encontrou 12 artigos de opinião e discussão que sugeriam implicações para a prática clínica evidentes. No sentido de tornar a intervenção psicológica, com base na TCC, culturalmente adaptada, ou seja, mais capaz de dar resposta às singularidades, valores e crenças culturais dos doentes, salientamos as seguintes considerações propostas pela literatura revista.

Relação terapêutica

É aconselhável começar a primeira sessão em modo “conversação” (Organista & Munoz, 1996). O apreço pela dignidade e respeito exigem uma atenção adequada a um conjunto de rituais de socialização (postura, palavras de deferência, apertos de mão, etc.) que devem ser observados em qualquer encontro terapêutico. Estes são essenciais na comunicação de empatia e na construção da relação terapêutica (Arce & Torres-Matrullo, 1982). Só depois de se estabelecer esta “atmosfera” relacional, se deve, por exemplo, introduzir técnicas cognitivas (González-Prendes et al., 2011). Embora a relação terapêutica seja marcada por um forte compromisso emocional, ela é muitas vezes assimétrica (Espinel, 1982). Porque o terapeuta merece “respeito” e age de uma posição de poder, as suas opiniões e julgamentos têm um forte peso e são vistos como prescrições para a acção, em vez de sugestões para consideração (Arce & Torres-Matrullo, 1982). Devido à previsível atitude condescendente entre os latinos, tem sido sugerido que uma abordagem colaborativa pode ser substituída por uma mais directiva, em que terapeuta e cliente ocupam claramente papéis definidos (Interian & Díaz-Martínez, 2007). No entanto, é importante não confundir a preferência por uma abordagem directiva com uma paternalista, em que o doente “espera que lhe seja dito o que fazer” (González-Prendes et al., 2012). Porque o afecto (simpatia) carimba muitas vezes a relação terapêutica, com calor humano, humor, afeição e interacções emocionalmente positivas, é de evitar um estilo interpessoal neutro, impessoal ou passivo, pois tem tendência a ser percebido como frieza na relação (Martinez & Guarnaccia, 2007). Em função da importância da tradição familiar e a preferência na relação com o indivíduo vs. instituição, é preferível adoptar um contacto personalizado, por exemplo, contactar pessoalmente para agendar consultas, referir-se aos filhos/familiares pelos nomes próprios, ou perguntar por eles nas consultas (Interian et al., 2007; Germán et al., 2015). É de encarar a flexibilidade dentro da fidelidade ao tratamento (Aguilera et al., 2010) e administrar o tempo de forma flexível, pois a ausência de pontualidade é uma prática culturalmente aceite. Por exemplo, deve assumir alguma flexibilidade em relação aos atrasos e ao facto de ter de (re)agendar consultas/sessões (Interian & Diaz-Martinez, 2007). O rigor pode favorecer o *dropout* (Aguilera et al., 2010; Chavira et al., 2014). Porém, caso seja necessário estabelecer limites, faça-o de uma forma empática. Por exemplo, se o doente se atrasa, o terapeuta deve expressar preocupação face à demora, porém valoriza positivamente o seu esforço para estar presente (Interian & Diaz-Martine, 2007). São de evitar estilos de comunicação muito directivos quando se abordam questões sensíveis, pois podem ser percebidos como rudes, insensíveis ou ofensivos.

Intervenção cognitivo-comportamental

A intervenção clínica deve estar balanceada entre a expectativa dos doentes “em vir à consulta desabafar” e a estruturação de uma sessão que se pretende orientada e direccionada (Interian et al., 2007; Aguilera et al., 2010). O terapeuta deve ser receptivo e facilitar o alívio, dando algum tempo para a descrição de acontecimentos, muitas vezes altamente pormenorizada, pois essas são características comuns na cultura. Para

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL CULTURALMENTE ADAPTADA

além disso, deve estar ciente de que, por vezes, a exteriorização de sentimentos é feita de forma expressiva, por exemplo, com gesticulação ou em voz alta (Santiago-Rivera, Arredondo & Gallardo-Cooper, 2002). Tendo em conta que os doentes têm geralmente ideias preconcebidas acerca dos problemas de saúde mental e também acerca da terapia (que serve para pessoas “fracas” ou “loucos”) (González-Prendes et al., 2012), recomenda-se alguma psicoeducação anti-estigma. Por exemplo, lidar com a vergonha, preconceito e ignorância pública face à doença mental (Comgan, 1998). O discurso algo pessimista ou fatalista sobre o mundo e o próprio (“tudo manter-se-à na mesma”, “nada vai mudar”), pode ser um obstáculo à TCC (Arce & Torres-Matrullo, 1982). Face a isso, sugere-se um trabalho motivacional com os doentes visando a criação de expectativas positivas face ao tratamento (optimismo), ou seja, assegurar ao doente que ele vai melhorar com o tratamento proposto (Barlow, 2004; Beck, 1995).

Relativamente às prescrições comportamentais, o doente pode não responder positivamente à ideia de lhes ser atribuído uma “tarefa para casa”, sobretudo, o homem, de quem se espera ser “macho”, “forte” e “dominante”, do ponto de vista ideológico ou de papel social de género (Addis & Mahalik, 2003; Barker et al., 2010). Poder-se-ão sentir infantilizados, vivenciar a terapia (ou a consulta) como uma experiência de sala de aula, ou até mesmo desconsiderados no seu sofrimento emocional (Stacciarini et al., 2007). Para outros, adicionar mais um “trabalho” numa semana já de si muito ocupada (emprego, filhos, etc...) pode ser extenuante. Nesse sentido, sugere-se parcimónia nas prescrições comportamentais, apresentando-as ao doente como um exercício entre as sessões, evitando o termo “trabalhos para casa” dada a conotação negativa associada ao termo (Aguilera et al., 2010). Se o terapeuta for muito inflexível relativamente à não adesão ou resolução dos “trabalhos para casa”, a relação terapêutica pode ficar desestabilizada e o doente pode desenvolver sentimentos de inadequação e fracasso (baixa auto-estima). Para além disso, os doentes estão, por regra, muito mais sensibilizados para o trabalho no “aqui-e-agora” do que propriamente para planificações altamente detalhados entre sessões. A intervenção psicoterapêutica obriga a que se respeite a importância da família, que se constitui a partir de vínculos fortes e de lealdade e que, por vezes, tem prioridade sobre o bem estar do próprio (Aguilera et al., 2010; Calzada, 2010; Barker et al., 2010). Por exemplo, no caso da depressão na mulher, os terapeutas precisam de estar conscientes das diferenças de papel social de género e de valores específicos como a *submissão* e o *auto-sacrifício*. O pensamento depressivo na mulher aparece, com frequência, marcado por expectativas irrealistas relacionadas com a proibição da expressão de raiva, permanência no casamento apesar da má qualidade da relação e a predisposição para dar ajuda, mas não para solicitá-la (Comas-Díaz, 1981; Arce & Torres-Matrullo, 1982).

Prescrições cognitivo-comportamentais complexas ou com elementos avaliativos numerosos podem tornar-se impraticáveis e, nesse sentido, os métodos de reestruturação cognitiva devem ser racionalizados. Embora a noção de pensamentos “positivos” e “negativos” possa ser rapidamente apreendida, dificilmente é aplicado um método tão aprimorado como o A-B-C-D do Ellis (Ellis & Grieger, 1977), em que o indivíduo é ensinado a identificar as situações de activação, as crenças associadas, as consequências emocionais implicadas e por fim, a disputa racional das crenças relacionados com as consequências emocionais negativas. Em complemento, pode ser treinado, por exemplo, o método de hipótese racional alternativa (Organista & Munoz, 1996).

É de ponderar treino de assertividade. A população latina comunica, habitualmente, de forma educada, sem confrontos, deferente e, muitas vezes, até por interposta pessoa (indirecta). Para além disso, é comum a população latina manifestar a propensão para “guardar as coisas para si” ou “retê-las” (pe., ressentimento) em vez de as expressar. Esta tendência para “guardar” pode ser visto como parte de um estilo cultural mais generalizado, definido como auto-controlo, que se consubstancia no controlo disciplinado dos pensamentos e sentimentos negativos. A sua exacerbação pode implicar a responsabilização pessoal (culpabilização) por problemas que são de natureza exterior, por exemplo, resultado das condições sociais injustas (Organista & Munoz, 1996).

Porque a população latina tende a abordar as questões de saúde mental a partir de uma perspectiva passiva, não-introspectiva e “superficial” (Arce & Torres-Matrullo, 1982), a tarefa de educar os doentes a associar sua resposta emocional (pe., angústia) às cognições desadaptativas (pe., pensamentos automáticos) pode ser um forte desafio psicoterapêutico, devido à sua prontidão para atribuir o seu mal-estar emocional a situações problemáticas da vida, em vez de seus pensamentos (*locus* de controlo externo). Sugere-se que uma das formas de mobilizar os doentes para o seu mundo interior é perguntar o que acontece ao corpo (sintomas e doenças físicas) quando têm pensamentos ou sentimentos negativos. Em complemento, podem ser utilizadas expressões culturalmente próprias como os provérbios ou as metáforas (Interian et al., 2007). Alguns autores sugerem que a melhor forma de atender ao mundo interno das populações latinas é através da incorporação de técnicas de regulação emocional (Hinton, Hofmann, Rivera, Otto & Pollack, 2011; Greenberg, 2015) e de estratégias focadas nos esquemas de personalidade (Organista & Munoz, 1996).

Fim da terapia

Espinel (1982) afirma que, quando os norte-americanos procuram ajuda psicológica, esperam receber informações para tomar as suas próprias decisões e entender os seus comportamentos. Por outro lado, os latinos procuram apoio emocional sobre decisões já tomadas ou por comportamentos que não desejam mudar. Desta forma, o terapeuta é uma fonte de informação para os norte-americanos, mas um novo amigo e fonte de apoio emocional para os latinos. Este facto coloca um desafio ao trabalho de finalização da terapia, já que a ideia de perder o contacto com o terapeuta pode ser difícil de aceitar. Depois de ter passado várias semanas a confiar ao terapeuta questões pessoais, o paciente desenvolve naturalmente um sentimento de afecto e gratidão que poderá ser difícil de confinar dentro dos limites convencionais de uma relação terapêutica. Nesse sentido, o desejo de manter contacto deve ser entendido no seu contexto cultural, enquanto expressão comportamental desses sentimentos. A propósito da conclusão da terapia, Organista (2006), recomenda que o terapeuta, por rotina, diga aos seus doentes que eles são livres de aparecer em caso de alguma eventualidade (“deixar a porta aberta”). Para uma correcta interpretação dos resultados, algumas limitações devem ser tidas em consideração. Primeiro, vários estudos não providenciam uma informação detalhada no que se refere às adaptações culturais aplicadas à TCC. Segundo, os estudos, quando comparados com outras etnias, são escassos, principalmente no que se refere à inclusão de mulheres nas amostras (Windsor, Jemal & Alessi, 2015). Terceiro, reconhecemos plenamente que, em alguns aspectos, a população latina (hispanica) não só se diferencia entre si (subgrupos) como se diferencia da população portuguesa. No entanto, há elementos de história, costumes, religião, valores morais e de identidade que são notoriamente compartilhados. Quarto, para além das questões de natureza cultural, o efeito psicoterapêutico pode também ser influenciado por outros factores, como o grau de experiência ou competência do terapeuta, que pode afectar os resultados do tratamento, dependendo, por exemplo, se o manual de TCC é seguido ou não (Crits-Christoph et al., 1991). Por último, sendo que incluímos todos os estudos disponíveis na literatura, independentemente da qualidade, os resultados desta revisão reflectem mais o estado actual da investigação no campo das especificidades da cultura latina na TCC, do que propriamente a dimensão da eficácia clínica.

CONCLUSÃO

Os aspectos culturais influenciam os valores, cognições, significados e normas de comportamento, bem como o processo de diagnóstico e as decisões relacionados com o tratamento. De um modo geral, os estudos examinados nesta revisão de literatura mostram que a TCC é eficaz quando aplicada a populações de origem latina, por via da integração de aspectos muito concretos de sensibilidade cultural. Todavia, ainda não existe um consenso no que se refere aos ajustamentos necessários para que o modelo seja “culturalmente adaptado”. É importante notar que, mesmo que não se façam adaptações culturais aos componentes nucleares ou ao conteúdo da TCC, todos os terapeutas devem atender às necessidades culturais dos doentes.

REFERÊNCIAS

Addis ME & Mahalik JR (2003) Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.5

Aguilera A, Garza MJ & Munoz RF (2010). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Spanish: Culture-Sensitive Manualized Treatment in Practice. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, Vol. 66(8), 857-867. doi: 10.1002/jclp.20706.

Alegría M, Ludman E, Kafali EN, Lapatin S, Vila D, Shrout PE ... & Canino G (2014). Effectiveness of the Engagement and Counseling for Latinos (ECLA) intervention in low-income Latinos. *Med Care*. 52(11), 989-97. doi: 10.1097/MLR.0000000000000232.

APA American Psychological Association. (2002a). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.5.377>

APA American Psychological Association. (2002b). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052–1059. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1052>

Antoniades J, Mazza D & Brijnath B (2014). Efficacy of depression treatments for immigrant patients: results from a systematic review. *BMC Psychiatry*, 14, 176. doi: 10.1186/1471-244X-14-176.

Arce AA & Torres-Matruillo C (1982). Application of cognitive behavioral techniques in the treatment of Hispanic patients. *Psychiatr Q*, 54(4), 230-6.

Barker CH, Cook KL & Borrego J Jr. (2010). Addressing Cultural Variables in Parent Training Programs With Latino Families. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 157–166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.01.002>

Barlow DH (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869>

Beck JS (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Benuto LT & O'Donohue W (2015). Is Culturally Sensitive Cognitive Behavioral Therapy an Empirically Supported Treatment? The Case for Hispanics. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15, 405-421. <http://www.ijpsy.com/volumen15/num3/425.html>

Calzada EJ (2010). Bringing Culture Into Parent Training With Latinos. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 167–175. doi:10.1016/j.cbpra.2010.01.003

Carter MM, Mitchell FE & Sbrocco T (2012). Treating ethnic minority adults with anxiety disorders: Current status and future recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 488– 501. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.02.002.

Cachelin FM, Shea M, Phimphasone P, Wilson GT, Thompson DR & Striegel RH (2014). Culturally adapted cognitive behavioral guided self-help for binge eating: a feasibility study with Mexican Americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.*, 20(3), 449-57. doi: 10.1037/a0035345.

Chafey J, Bernal G & Rosselló J (2009). Clinical case study: CBT for depression in a Puerto Rican adolescent: challenges and variability in treatment response. *Depress Anxiety*, 26(1), 98-103. doi: 10.1002/da.20457.

Chavira DA, Golinelli D, Sherbourne C, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A ... & Craske M (2014). Treatment engagement and response to CBT among Latinos with anxiety disorders in primary care. *J Consult Clin Psychol.* 82(3), 392-403. doi: 10.1037/a0036365.

Chavira DA, Bustos CE, Garcia MS, Ng B & Camacho A (2015). Delivering CBT to Rural Latino Children with Anxiety Disorders: A Qualitative Study. *Community Ment Health J*, 29. DOI:10.1007/s10597-015-9903-3

Crits-Christoph P & Mintz J (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.20>

Comas-Diaz, L. (1981). Effects of cognitive and behavioral group treatment on the depressive symptomatology of Puerto Rican women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 627-632. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.49.5.627>

Comgan PW (1998). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 5, 201-222. doi:10.1016/S1077-7229(98)80006-0

EBPP Evidence-Based Practice in Psychology (2006). *American Psychologist.* 61, 271–285. DOI:10.1037/0003-066X.61.4.271

Ellis A & Grieger RM (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer Publishing Co.

Escobar JI (1987). Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hosp Community Psychiatry*; 38(2), 174-80.

Espinel NA (1982). Criterios y valores de la cultura anglo-saxo-americana y de la cultura latina: sus implicaciones para la psicología transcultural. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 14 (1), 63-79. <http://www.redalyc.org/pdf/805/80514106.pdf>

Caldas de Almeida JM & Xavier M (2014). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º relatório*. Ed. FCM-UNL. Lisboa,.

Falicov CF (1998). *Latino families in therapy: A guide to multicultural practice*. New York: Guilford.

GAP Group for the Advancement of Psychiatry (2001). Committee on Cultural Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing; Cultural assessment in clinical psychiatry.

Germán M, Smith HL, Rivera-Morales C, González G, Haliczzer LA, Haaz C & Miller AL. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Latina Adolescents: Supplemental Dialectical Corollaries and Treatment Targets. *Am J Psychother*,69(2):179-97.

Greenberg L (2015). *Terapia Focada nas Emoções*. Editora Coisas de Ler.

Griner D & Smith TB (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training*, 43, 531-548. doi: 10.1037/0033-3204.43.4.531.

González-Prendes AA, Hindo C, Pardo Y (2011). Cultural Values Integration in Cognitive-Behavioral Therapy for a Latino With Depression. *Clinical Case Studies* 10(5), 376– 394. doi:10.1177/1534650111427075

Johnsen TJ & Friberg O (2015). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 747-68. doi: 10.1037/bul0000015

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL CULTURALMENTE ADAPTADA

Marchand E, Ng J, Rohde P, Stice E (2010). Effects of an indicated cognitive-behavioral depression prevention program are similar for Asian American, Latino, and European American adolescents. *Behav Res Ther.* Aug;48(8), 821-5. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.005.

Martinez IE & Guarnaccia PJ (2007). "It is like going through an earthquake": Anthropological perspectives on depression among Latino immigrants. *Journal of Immigrant Minority Health*, 9, 17-28. DOI:10.1007/s10903-006-9011-0

Miller AL, Rathus JH, DuBose AP, Dexter-Mazza ET & Goldklang AR (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. In Dimoff LA, Koerner K & Linehan M (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 245-263). New York: Guilford.

Norcross JC (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.

Organista KC & Muñoz RF (1996). Cognitive behavioral therapy with Latinos. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 255-270. doi:10.1016/S1077-7229(96)80017-4

Organista KC (2006). Cognitive-behavioral therapy with latinos and Latinas. In *Culturally Responsive Cognitive-Behavioral Therapy. Assessment, Practice, and Supervision*. Edited by Pamela A. Hays and Gayle Y. Iwamasa. American Psychological Association, Washington, DC 2006.

Hofmann SG (2006). The Importance of Culture in Cognitive and Behavioral Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 243–245. doi:10.1016/j.cbpra.2006.07.001

Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT & Fang A (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res.*;36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1

Hinton DE, Hofmann SG, Rivera E, Otto MW & Pollack MH (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: a pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behav Res Ther.* .49(4), 275-80. DOI:10.1016/j.brat.2011.01.005

Iwamasa GY (1997). Behavior Therapy and a Culturally Diverse Society: Forging an Alliance. *Behavior Therapy*, 28, 347-358. doi:10.1016/S0005-7894(97)80080-9

Interian A & Diaz-Martinez AM (2007). Considerations for culturally competent cognitive-behavioral therapy for depression with Hispanic patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 84-97. doi:10.1016/j.cbpra.2006.01.006

Interian A, Allen LA, Gara MA & Escobar JL (2008). A Pilot Study of Culturally Adapted Cognitive Behavior Therapy for Hispanics with Major Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 67–75. doi:10.1016/j.cbpra.2006.12.002

Pina AA, Silverman WK, Fuentes RM, Kurtines WM & Weems CF (2003). Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 42(10), 1179-87. DOI:10.1097/00004583-200310000-00008

Santiago-Rivera AL., Arredondo P & Gallardo-Cooper M (2002). *Counseling Latinos and la familia: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Shattell M, Quinlan-Colwell A & Villalba J (2010). A cognitive behavioral group therapy intervention with depressed Spanish-speaking Mexican women living in an emerging immigrant community in the United States. *Advances in Nursing Science.* 33(2), 158-169. doi: 10.1097/ANS.0b013e3181dbc63d.

Stacciarini JM, O'Keeffe M & Mathews M (2007). Group therapy as treatment for depressed Latino women: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs.* 28(5), 473-88. DOI:10.1080/01612840701344431

Windsor LC, Jemal A & Alessi EJ (2015). Cognitive behavioral therapy: a meta-analysis of race and substance use outcomes. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 21(2), 300-13. doi: 10.1037/a0037929.