

Artículo

## Las Adaptaciones Culturales de la Psicoterapia. Una Visión Crítica del Estado de la Cuestión

Jesús García-Martínez 

Universidad de Sevilla (España)

### INFORMACIÓN

Recibido: 03/04/2025  
Aceptado: 09/05/2025

#### Palabras clave:

Adaptaciones culturales  
Colectivismo-individualismo  
Etnopsicopatología  
Humildad cultural

### RESUMEN

Este artículo trata de resumir el conocimiento actual sobre adaptaciones culturales de la psicoterapia desde una perspectiva conceptual. No se entra en el tipo de adaptaciones pertinentes para colectivo, ni en el diseño de estrategias de adaptación. Se comienza presentando las principales dimensiones de conceptualización de la cosmovisión, el colectivismo y las estrategias de integración y se insiste en la necesidad de verlas como variables dinámicas destinadas a entender el caso en cuestión. Se parte de una postura crítica de la concepción cultural occidental de la terapia y se apuesta por estrategias de adaptación que tengan en cuenta fundamentalmente los aspectos comunes y la creación de marcos explicativos de cambio culturalmente relevantes. Se abordan, por último, las adaptaciones basadas en la diversidad religiosa y de clase, aspectos cuyo nivel de invisibilización es mayor que el de las diferencias de base étnica o nacional.

### Cultural Adaptations in Psychotherapy. A Critical Overview of the State of the Art

#### ABSTRACT

This article attempts to summarize current knowledge on cultural adaptations of psychotherapy from a conceptual perspective. It does not address the types of adaptations relevant to collectives or the design of adaptation strategies. It begins by presenting the main conceptualization dimensions of worldview, collectivism, and integration strategies, emphasizing the need to view them as dynamic variables designed to understand the case at hand. It begins with a critical stance toward the Western cultural conception of therapy and advocates for adaptation strategies that primarily consider common aspects and the creation of culturally relevant explanatory frameworks for change. Finally, it addresses adaptations based on religious and class diversity, aspects that are more invisible than ethnic or national differences.

#### Keywords:

Cultural adaptations  
Collectivism-individualism  
Ethnopsychopathology  
Cultural humility

## Introducción. Delimitando los Conceptos de Cultura y Migración

Aunque el ser humano es una especie esencialmente migratoria (Hoerder, 2022), el proceso actual de globalización, con sus luces y sombras, puede considerarse el ciclo de movimientos más intenso de la historia (Flores, 2016; Ulgen, 2022) ya que se han acelerado los procesos migratorios de todo tipo (International Organization for Migration, 2024). Una de sus consecuencias es el incremento de la diversidad cultural en prácticamente todos los rincones del mundo y, especialmente, en aquellos estados que son receptores netos de inmigración. En el caso de España, se ha pasado de ser un estado en el que predominaba la emigración, especialmente hacia países de la Europa central durante el periodo de los años 40-70 del siglo XX (Vilar y Vilar, 1999), a ser uno de los países europeos con mayores tasas de inmigración y de habitantes nacidos fuera del país (18,1%) según los datos de Focus on Spanish Society (2024). Al margen de consideraciones sociopolíticas, este aumento de la diversidad cultural supone un desafío para los sistemas de salud (Partyka et al., 2024) y especialmente para la psicoterapia, en tanto que práctica sanitaria típica de la cultura occidental (Koç y Kafa, 2019).

Entre las sociedades expansivas, entendiéndose por tales aquellas que al ampliar su territorio incorporan a grupos culturales minoritarios ya presentes en este, el interés por las adaptaciones culturales fue más temprano (Mabunda et al., 2022; Sue et al., 2009), lo que llevó al desarrollo de guías de capacitación cultural para los terapeutas en dichos países (APA, 2017). Pero lo cierto es que iniciativas semejantes se están dando ya en prácticamente todas partes (por ejemplo, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2016).

Para abordar el problema de la adaptación cultural es necesario acotar que se entiende por el término *cultura*. Según la UNESCO (2012), *cultura* es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o *grupo social*. El problema es que dicho grupo puede ser tan concreto como un grupo profesional dentro de un área geográfica específica (la cultura de los trabajadores del calzado en las comarcas del Vinalopó en el Sur del País Valenciano), referirse al conjunto de un estado soberano o una parte de este (la cultura propia de España, o de Andalucía), a un grupo étnico en particular (la cultura de los bakongo) o a un espectro amplio de estados, países o poblaciones que se asume que comparten los principales rasgos de una cosmovisión concreta (la cultura occidental), lo que lleva a grados muy dispares de generalización-concreción que no siempre son coincidentes. Los indicadores de cultura, por su parte, son extremadamente variados, van desde algo tan extenso como la cosmovisión (conjunto de opiniones y creencias que tiene una persona sobre la naturaleza general del mundo); la lengua (si bien los habitantes de dos naciones con la misma lengua como México y España pueden tener cosmovisiones diferentes; por el contrario, una misma cosmovisión general se puede expresar a través de varias lenguas); la etnia, o conjunto de características culturales compartidas y cuya diferenciación respecto a la idea de nación o nacionalidad es confusa, salvo que esta última se entienda como la relación entre la persona y el estado al que pertenece y, especialmente, si esta relación se establece en los términos propios de un *estado moderno* (Mira, 1984); la raza, entendida esta como el conjunto de atributos fisiobiológicos

que una comunidad considera significativos para sí o para otro grupo; la religión, conjunto de creencias trascendentes acerca de lo espiritual y que aportan regulaciones de carácter ético-moral. Pero, además, se pueden incorporar a la idea de cultura las preferencias o identidades de género u opción sexual; incluso puede hablarse de culturas referidas a grupos laborales (Kottak, 2011).

Además del ámbito geográfico y humano que se quiera atribuir a la cultura, hay que considerar sus aspectos auto y heteroatribuidos. Por un lado, las presiones culturales influyen en los individuos y conforman parte de su identidad pública (exoidentidad), al margen de la autoidentificación (autoidentidad) con dichos rasgos culturales (Cabieses et al., 2024; Hecht et al., 1993). Ambos tipos de identificación constituyen una parte del bagaje que corresponde al factor extraterapéutico o individual que explica la mayor parte de la varianza del cambio en psicoterapia (Barkham y Lambert, 2021; Lambert, 1992). Así, la identidad se constituye psicológicamente, pero no se puede considerar solamente como un agregado puramente psicológico (motivacional y cognitivo-afectivo), sino que se refiere también a aspectos de tipo socioantropológico (Finke y Sökefeld, 2018; Giddens, 1997).

La identidad, entendida como sentido del sí mismo (o del yo), es uno de los objetos de trabajo en psicoterapia y, en el ámbito de las terapias de tipo constructivista, el objeto principal (Neimeyer, 2013). Aún cuando esta se entienda fluida y fragmentada (Bauman, 2003; Gergen, 1996), no es suficiente con atender a sus aspectos psicológicos, las dimensiones culturales y materiales de la misma incorporarse en el análisis de la identidad de la persona, ya que de otro modo el trabajo se trataría de un trabajo parcial. Finalmente, eso sí, se entenderá que algunos componentes tienen más peso que otros y, en la práctica, se trabajará con los que sean relevantes para el caso.

En términos de la psicoterapia actual, en el proceso terapéutico se trata de crear un modelo de tratamiento que sea creíble y asumible por parte del cliente y esto supone incluir los elementos de cosmovisión cultural y las prácticas sanitarias que sean relevantes para este (Wampold e Imel, 2021).

Por último, es necesario tener en cuenta que la globalización está creando una cultura única, especialmente en lo que se refiere a aspectos de consumo y estilo de vida, proceso que es más intenso en las áreas urbanas (Kara, 2019). Los motivos de esta homogeneización distan de estar claros y pueden atribuirse tanto a que el crecimiento económico promociona de por sí una cultura orientada a la autonomía y al logro (Inglehart y Welzel, 2006), como al hecho de que un mercado unificado solo puede funcionar con una cultura de consumo y producción previamente unificada, lo que convertiría la identidad homogénea es un objetivo intencional a conseguir (Chayka, 2024; Fisher, 2017). Esto no significa que los aspectos culturales locales hayan desaparecido, por lo que siguen teniendo un papel en la constitución global de la identidad (Giménez, 2002); además, la globalización no está afectando de modo similar a todos los estados debido, entre otras cosas, a las políticas que cada uno de ellos adopta respecto a la diversidad cultural (De María et al., 2024). Por tanto, esta tensión homogeneidad-continuidad hace el análisis cultural global todavía más complejo.

La interacción entre aspectos psicológicos y sociales es lo que determina el sentido global de la identidad (Bizumic et al., 2012; Taylor, 1996). Uno de los grandes errores tanto sociológicos como

psicológicos del trabajo cultural con la identidad es la exacerbación (*politización* en términos de Bradley, 1997) de algún componente de esta, es decir, centrar el trabajo identitario es un componente único considerado como el *verdaderamente* relevante. Un ejemplo, sería un error entender a un cliente africano exclusivamente en términos étnicos (bambara), ignorando el componente ciudadano (Mali, el país del que procede, cuyas condiciones sociopolíticas pueden influirle igualmente) o el aspecto religioso, ya que puede tener un origen no étnico (es cristiano o musulmán, en lugar de animista). Todos esos componentes podrían ser relevantes para la intervención terapéutica en ese caso (Saha et al., 2008). En este trabajo me voy a limitar a tratar la identidad cultural desde los aspectos más relacionados con la cosmovisión: la nacionalidad/etnia, la religión y la clase social y dejaré al margen otros como la orientación sexual, el género o la identidad gremial.

En cuanto a la migración, esta no es un sinónimo de diferencia cultural, especialmente si se acepta el sentido más amplio de cultura (cosmovisión general), aunque buena parte de los migrantes proceden de ámbitos culturales distintos a los de la sociedad de recepción. Aún así, el componente migratorio es uno de los aspectos a considerar en el trabajo con la adaptación cultural. Los migrantes pueden ser vistos como miembros de una cultura diferente, pero no necesariamente (un español trabajando en Italia, por ejemplo, es un miembro de la misma subcultura occidental, la mediterránea; pero a la vez, procede de un país distinto y habla otra lengua, por lo que puede considerarse que procede de una cultura diferente). A su vez, alguien no migrante puede ser miembro de una cultura claramente diferente (un nativo navajo en EE.UU.; un miembro del pueblo gitano en España).

Las características del proceso migratorio son fundamentales para entender el tipo de intervención necesaria cuando trabajamos con este colectivo; hay que atender a si la migración es de tipo económico, personal o político, si es forzada o voluntaria o si, además, hay un componente de persecución, lo que convierte al migrante en refugiado. No todos los migrantes se ven sometidos a las mismas condiciones.

En general, la población migrante vive en peores condiciones socioeconómicas que la población general en los países de acogida. El mejor manejo de la lengua del país acogida, la adecuación de la inserción laboral, un alto nivel económico, una situación migratoria legal y una mayor similitud cultural son indicadores de un menor estrés (Consejo Económico y Social, 2019; Fuller et al., 2023; Iniciativa de Salud de las Américas, 2011; Lai et al., 2024), sin embargo, elementos como el duelo migratorio pueden seguir estando presentes debido a causas simbólicas o relacionales como la pérdida de amistades o familia, las discrepancias culturales, la lejanía física o las diferencias climáticas y de hábitos (Achoategui, 2019). En general, las migraciones no elegidas tienen un mayor impacto en la salud mental (Carroll et al., 2023; Cuadrado et al., 2023; OMS, 2023). Para la intervención es necesario diferenciar el duelo del estrés migratorio, que pueden darse juntos (Mark et al., 2021; Renner et al., 2024; Sangalang et al., 2019), así como elementos de estigma asociados a la migración y las variables socioeconómicas que generen depauperación social (Aichberger et al., 2012; Heredia-Montesinos et al., 2018).

En definitiva, el trabajo con la adaptación cultural de la psicoterapia solo puede hacerse desde un enfoque interdisciplinar y multivariable (Hwang, 2011) y centrado en el cliente (Rosal, 2007).

### **Variables de Diferenciación Cultural: Colectivismo y Aculturación**

Las dos principales dimensiones que se barajan para trabajar con la adaptación cultural son el colectivismo-individualismo y el tipo de aculturación. La primera es una variable continua bipolar que hace referencia a aspectos generales de la cosmovisión de la identidad personal. Lo que se valora es *la posición de un individuo*, pero si está es similar entre miembros de un mismo colectivo, entonces puede inferirse la posición global de dicha comunidad. Responde a la idea de la posición cultural de partida, a la concepción del mundo del individuo. El grado de individualismo-colectivismo es una de las siete dimensiones que Hofstede (1983, 2008) utiliza para establecer una clasificación de cultural y ha sido, de entre ellas, la más estudiada, ya que permite encontrar diferencias en un amplio abanico de conductas, como el comportamiento administrativo (Gaganis et al., 2019), el estilo de comunicación (Huber et al., 2019) o la regulación emocional (Klein et al., 2024).

El polo individualista está definido por una baja integración interpersonal entre los miembros de la cultura, la orientación a las tareas consideradas egosintónicamente relevantes, el uso altamente frecuente del pronombre *yo*, la atención a los contenidos explícitos, la causalidad de tipo disposicional y la expresión de la emoción negativa en contextos relaciones proximales; además, las emociones se autorregulan y se confrontan desde una posición autónoma e individual. En el polo colectivista el grado de integración cultural es mayor, los lazos de lealtad comunitaria más fuertes, se atiende más a criterios formales de comunicación (el estilo comunicativo predomina sobre su contenido), la causalidad se concibe como una cuestión contextual, la emoción negativa se expresa más libremente ante desconocidos y la positivas ante el endogrupo. Las emociones se automodifican hacia el grupo, haciendo que su expresión no sea directa y abierta y se da gran importancia a sus reguladores sociales, como el respeto y la empatía (Hofstede, 1983; Páez y Zubieta, 2005; Triandis, 1995).

Algunos estudios han identificado tendencias marcadas entre las poblaciones de determinados países hacia un lado u otro del espectro; así, la población de países anglosajones y escandinavos puntúan muy alto en individualismo, la de los países del centro y sur de Europa presentan valores medio-altos en individualismo, mientras que en los países de Asia oriental o Latinoamérica se puntuaría más alto en colectivismo; en los países árabes se obtendrían valores de tipo intermedio y las colectividades indígenas o nativas alcanzarían los valores de colectivismo más altos (Hofstede, 2008; Páez y Zubieta, 2005).

El problema es que este dibujo no se cumple siempre, el tipo de profesión o lugar de residencia pueden hacer variar los valores, de modo que los profesionales orientados al consejo o las personas que proceden de entornos rurales tienden a ser más colectivistas (Rubin y Morrison, 2014; Sekhar y Govinda, 2012). Por ejemplo, en Bangladesh, las mujeres que trabajan en el textil tienden a elegir sus parejas, mientras que las que no trabajan establecen los matrimonios a través de acuerdos familiares (Sachs, 2005). También se da un efecto generacional que hace que los más jóvenes tiendan a presentar, de forma generalizada, mayores niveles de individualismo (Aguilar-Rodríguez et al., 2022; Hamamura, 2012; Santos et al 2017). Igualmente, las mujeres tienden a puntuar más alto en colectivismo que los varones (Tehrani y Yamini, 2022).

Por otro lado, se encuentran resultados contradictorios, algunos estudios refieren altos valores de individualismo entre sujetos de culturas supuestamente colectivistas, como México o Japón (Cienfuegos-Martínez et al., 2016; Hamamura, 2012). Además, son posibles expresiones mixtas, con comportamientos disímiles en ámbitos privados, hacia el colectivismo, o públicos, hacia el individualismo (Kyung-Sup y Min-Young, 2010). En definitiva, esta dimensión debe trabajarse de una manera muy particularizada en el contexto psicoterapéutico, no asumiendo que la cultura de origen explica por sí sola la identidad del cliente, sino que otras variables como su empleo, su generación o el ámbito en el que vive pueden ser reguladores muy importantes.

La aculturación, por su parte, es el proceso por el que se adopta una nueva cultura y se incorporan elementos de esta a la cosmovisión propia. Aunque, *a priori*, está pensada para entender el proceso de integración cultural de los inmigrantes, puede referirse también al contacto de una minoría lingüística o étnica nativa con la cultura principal del territorio (López Ruiz, 2015).

No es independiente del tipo de políticas que los diversos estados adoptan respecto a la integración de los inmigrantes o las minorías culturales, ya que un tipo concreto de regulación favorece ciertas formas de aculturación y dificulta otras (Saha et al, 2008). Las formas en que los estados han abordado los procesos de integración de las minorías van desde el multiculturalismo (respeto a la diferencia y consideración de los derechos y peculiaridades de las comunidades como entidades e identidades distintas) al asimilacionismo (promoción de la dilución de las minorías en las prácticas de la sociedad mayoritaria), pasando por estrategias interculturalistas que, respetando las diferencias, buscan la construcción de un modelo de igualdad basado en reglas comunes intercomunitarias. Los vaivenes políticos hacen que un mismo estado pueda inclinarse en mayor o menor medida por una u otra línea en distintos momentos (Megias, 2008). De hecho, la definición política coyuntural de lo que se considera como integración es una de las causas que hacen que este concepto diste de estar claro (Hernández-García, 2020). La integración como proceso sociopolítico está muy cerca de la idea de aculturación como proceso psicosocial, si se entiende que esta es el proceso de adopción de una nueva cultura.

La aculturación dista también de tener una definición operativa concreta, los procedimientos e instrumentos de medida son múltiples y sus resultados no son siempre concordantes (Doucerain et al., 2017). En general, las escalas de aculturación se desarrollan para colectivos concretos en términos de cultura de origen (Centre for Substance Abuse Treatment, 2014). Tradicionalmente se ha venido adoptando un enfoque unidireccional, midiendo variables concretas de integración cultural como si se ha nacido o no en el país, el tiempo de estancia en este o el grado de manejo de la lengua mayoritaria. Pero estas medidas directas no captan los procesos de adopción o mantenimiento de valores culturales (López-Class et al, 2011). De hecho, los resultados de los estudios de aculturación pueden llegar a ser paradójicos, ya que algunos muestran un peor ajuste psicológico entre las personas con mayor grado de aculturación si se utilizan estas medidas directas. Por ejemplo, los miembros de la primera generación de inmigrantes suelen presentar más síntomas externalizantes (abuso de sustancias, agresividad), lo que indica una distancia psicológica importante respecto a los recursos de afrontamiento que funcionan para la cultura de origen (Koneru et al., 2007; Saadi et al., 2020).

En la actualidad se mantiene una concepción bidireccional de la aculturación (Berry, 1990) que tiene en cuenta tanto los intentos de mantener la cultura de origen como los de adoptar la de la sociedad de acogida, si bien este autor reconoce la posición dominante de esta última. En el modelo bidimensional se tienen en cuenta tres elementos fundamentales; por un lado, las actitudes que comprenden la tensión entre el mantenimiento de las preferencias culturales de origen y el deseo de conectar con la sociedad de acogida; por otro lado, las conductas concretas que se desarrollan para adaptarse a la situación; el tercer componente son las estrategias de aculturación que integra a los dos previos. Las estrategias de aculturación se concretan en cuatro posibilidades, que deben considerarse como procesos, si bien en la práctica se han usado como tipologías para diferenciar a las minorías en términos de la estrategia que terminan adoptando. La estrategia de integración sería el mantenimiento de los propios valores al tiempo que se reconocen y asumen las prácticas del país de acogida y se mantienen relaciones favorables con los dos grupos; en el caso de la separación, solo se asumen los valores, prácticas y relaciones de origen como adecuadas; la asimilación sería el abandono de los propios valores y su sustitución por los del grupo de acogida, manteniendo relaciones favorables solo con los miembros de este último grupo; por último, la marginación supone el abandono de los propios valores al tiempo que tampoco se establecen relaciones favorables con la sociedad de acogida. La marginación puede ser anómica (rechazo global de ambos patrones, lo que supone una alineación cultural) o individualista (se rechazan los valores del propio grupo, la vinculación con personas de ambos grupos, pero el individuo se distancia de las prácticas colectivas, adoptando un modelo de relación básicamente individual (Berry, 2003).

Otros modelos explicativos tienen en cuenta además los factores de tipo psicosocial que modulan la puesta en marcha de estrategias de aculturación tanto por parte del grupo minoritario como de la sociedad de acogida, entre las que se encuentran los sesgos endogrupales, la permeabilidad social y las actitudes favorables al enriquecimiento cultural (Piontkowski et al., 2002). Desde esta perspectiva, las estrategias de aculturación no son independientes del contexto en que se aplican, sino que atendiendo al tipo de sociedad y de políticas sociales varía la probabilidad de adoptar una u otra estrategia de aculturación. Este enfoque, por tanto, advierte de la importancia del tipo de políticas públicas que se adopten para regular los procesos migratorios, ya que pueden generar diferentes grados de permeabilidad o disposición al enriquecimiento cultural, aspecto que también ha sido constatado por De María et al (2024) en su revisión.

Desde la Universidad de Almería se ha propuesto el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa, que aporta la idea de que para distintos ámbitos conductuales se pueden dar distintos procesos de aculturación. Este modelo diferencia entre ámbitos periféricos (de tipo sociopolítico y laboral, como el comportamiento en el trabajo o las relaciones en entornos públicos) y nucleares (valores, costumbres, familia, religión); tiene en cuenta también la influencia del sistema de bienestar social, aspecto que recoge influencias del modelo de Piontkowski. Los ámbitos periféricos tienden más a la asimilación, mientras que en los ámbitos nucleares predominan la integración o la separación (Navas et al., 2005; Velandia-Coustol et al., 2018).

Por supuesto, la evaluación de la aculturación desde una perspectiva bi o multidimensional es más compleja, pero capta mejor los procesos subyacentes de cambio y mantenimiento de valores culturales (Doucearin et al., 2017), la elección del procedimiento de medida dependerá de los propósitos del estudio. Los procedimientos multidimensionales, que miden diversas variables por separado, captan mejor las variaciones de la cultura y permiten describir diferencias entre miembros de un mismo grupo cultural en función de si residen en el país de origen o en el de acogida; estas escalas suelen diseñarse para colectivos específicos (Gim-Chung et al., 2004). En cualquier caso, las escalas de orientación psicométrica, sean lo complejas que sean, tienen dos problemas, el primero es que no siempre está bien definido el modo en qué se conceptualiza la aculturación, y el segundo, que no es lo mismo evaluar la aculturación como objeto de estudio que como variable mediadora en un tratamiento, por ejemplo. Este segundo caso puede requerir un enfoque menos *denso* o *complejo* (Hunt et al., 2004), ya que el objetivo es la recuperación del malestar y no entender la integración.

Si la cuestión es medir la aculturación como proceso es necesaria una evaluación que atienda a lo que realmente cambia durante el proceso aculturativo. Se han detectado tres variables de cambio principales, la competencia (capacidad de entender y usar los marcadores culturales como la lengua o los estilos relacionales), el esquema (cómo se entiende la cultura y las reglas que conectan diversos aspectos de la misma) y la posición cultural (la actitud o preferencia hacia los distintos aspectos de la cultura), pero no siempre se dispone de medidas adecuadas y claras de estas variables (Doucearin et al., 2017).

Una evaluación adecuada de la aculturación debe contemplar el uso procedimientos objetivos y cualitativos, ya que permitirán entender qué se hace en realidad y el sentido que se da a lo que se hace dentro del sistema general de significados de la persona. Algunos ejemplos de medidas objetivas son los diarios de actividades cotidianas (Doucearin et al., 2013; Yip, 2005) o el estudio de las redes sociales de los migrantes como indicador de su integración en la sociedad de acogida (Mok et al., 2007). Entre los procedimientos cualitativos se pueden citar las historias de vida que permiten entender el sentido global del proceso migratorio para la persona (Yampolsky et al., 2013).

También hay que atender a las variables socioeconómicas que median en este proceso y que favorecen los procesos de aculturación, como son la convivencia tradicional de dos culturas o dos lenguas en un mismo territorio, el tiempo de residencia, el número de generaciones de la familia que vivido en el país, o las adecuadas condiciones de trabajo, vivienda y protección social (Wilczewska, 2023).

Desde una perspectiva terapéutica, el interés es básicamente entender al cliente y su estado de salud mental para poner en marcha un proceso de recuperación, por lo que las estrategias cualitativas pueden ser las más adecuadas, ya que permiten captar las capacidades resilientes del cliente (Jackline, 2025). Algunas medidas simples de la aculturación a partir de escalas Likert (se suele utilizar un rango de cinco puntos) son también muy adecuadas en el ámbito clínico ya que dan una valoración rápida y global de las estrategias del cliente. Rojas-Tejada et al (2010) proponen las siguientes:

- a) Las preguntas sobre el grado en que *la persona se identifica con el endogrupo* o *se siente orgullosa de ser miembro del endogrupo*, que valoran la identificación endogrupal.

Puntuaciones altas en ambas preguntas reflejan una identificación ideal con el endogrupo, si el valor es alto solo en la pregunta de orgullo, pero no en la de identificación se refleja un componente de culpabilidad por la separación, si solo hay valores alto en la identificación se refleja un deseo de virar hacia actitudes asimilacionistas. Bajas en ambas implican distancia respecto al propio endogrupo.

- b) Las preguntas sobre aculturación general que valoran el grado en el que *desearían que el grupo étnico mantuviese las costumbres de su país de origen* y el grado en que *desearían que el grupo étnico adopte las costumbres de la sociedad de acogida*. Ambos constructos se valoran mediante escalas de cinco puntos y permiten ubicar a los clientes en las tipologías de Berry. Valores de 3 o superiores en ambas preguntas indican un estilo de integración; si son bajas en ambas, de marginación; si solo altas en mantenimiento, de separación; y si solo son altas en adopción, la asimilación.
- c) Por último, la medida de la distancia social hacia el exogrupo, que se valora con un ítem ordinal de cinco opciones excluyentes. Van desde formar una familia con alguien del exogrupo, permitir que los hijos elijan como pareja a alguien del exogrupo, tener amigos del exogrupo, tener vecinos o compañeros del exogrupo o no tener relaciones con personas del exogrupo.

Otra alternativa de evaluación del grado de aculturación de orientación claramente constructivista es usar la rejilla utilizando elementos que reflejen distintos prototipos culturales y estudiar las distancias o similitudes entre ellos (McCoy, 1987).

Igualmente, la literatura muestra mucha variabilidad en la respuesta aculturativa, siendo más fácil entre culturas que previamente han tenido contacto y comparten historia o lengua. La probabilidad de adoptar una u otra estrategia varía también en función de los países de origen, lo que indica que las diferencias de partida entre culturas son muy importantes a la hora de favorecer o dificultar una posible integración (Navas-Luque et al., 2010; Varela, 2005; Yáñez y Cárdenas, 2010).

No obstante, los resultados generales apuntan que las estrategias de integración son las que se asocian a un mayor bienestar psicológico y las de separación a una peor salud mental (Choy et al., 2020; Yáñez y Cardenas, 2010). A su vez, la combinación de estrategias de asimilación-integración en aspectos periféricos junto con el mantenimiento del funcionamiento de origen en los aspectos centrales es el agregado que se asocia a una mejor salud mental (Yoon et al., 2013).

Resumiendo, para entender el proceso de aculturación hay que atender a la configuración concreta de la aculturación, las características de la sociedad de origen, el tipo de estrategia aculturativa que esté usando, el grado de presencia de los factores socioeconómicos que la modulan y el modo en que el cliente use los componentes periféricos y centrales del proceso aculturativo.

### La Psicoterapia Como Práctica Cultural Occidental y las Terapias de Otras Culturas

Si bien la constitución de la cosmovisión occidental es el producto de la interacción con y de las influencias de otras culturas (Quinn, 2025), lo cierto es que sí puede hablarse de un conjunto de características que la define: una concepción del yo como ente

individual, independiente y deliberativo, focalizado en la practicidad y en relaciones que se definen siempre en términos económicos como un balance entre ganancias y pérdidas; una preferencia por la motivación intrínseca; un sentido disposicional de la causalidad; por último, una orientación de la emocionalidad hacia la autorregulación y la autogestión (Giddens, 1997). Algunos autores incluyen en este dibujo una perspectiva machista o masculina privilegiada (Marsella, 2009), aunque otros modelos consideran esto último como una característica de la mayoría de las sociedades posagrícolas (Lerner, 2017). No en vano, la psicoterapia actual está llena de prefijos auto y de referencias a la eficacia y la regulación.

Dicha concepción es producto de la historia de nuestra civilización (para un repaso de esta trayectoria puede consultarse a Dazinger, 1995, o García-Martínez, 2001) y terminó provocando la aparición de un tipo de intervención terapéutica de base empírico-científica y canalizada a través de la palabra cuyo objetivo es la autorregulación y la mentalización de la persona, algo hecho a medida de la concepción occidental del ser humano (al margen de las, en este sentido, pequeñas diferencias entre escuelas) como indica Sampson (2001).

Desde una perspectiva sociopolítica, la mayor capacidad económica de los países occidentales hace que hasta el 95% de la producción científica (al menos entre revistas de la APA) sea publicada por investigadores con dicho origen (Arnett, 2008), lo que minimiza el impacto de la investigación procedente en otros ámbitos culturales. Contribuye a esto también el hecho de que la lengua que se utiliza como patrón internacional de difusión de la ciencia no es una lengua neutral, sino el inglés, la lengua del estado políticamente dominante (Phillipson, 2008), lo que genera una suerte de imperialismo lingüístico y refuerza la tendencia a la homogenización cultural. Es decir, la dominancia científica de los EE.UU., en particular, y de los países occidentales, en general, es un ejemplo claro de lo que Gramsci (2023) denomina *hegemonía cultural*, la cultura dominante es la cultura de las clases dominantes.

Lo cierto es que las terapias occidentales se han convertido en el patrón de tratamiento, universal, pero no siempre resultan ser el procedimiento más eficaz. Algunos ejemplos al respecto, entre poblaciones de India la búsqueda de ayuda terapéutica correlaciona de modo negativo con el mantenimiento de valores culturales indostánicos y con la desconfianza intercultural y positivamente con la aculturación y los valores occidentales (Ahn et al., 2023). También se aprecia un rechazo hacia la psicoterapia entre poblaciones islámicas (Rogers-Sirin et al., 2017), africanas (Uzoka, 1983) o indonésicas (Kumarraswamy, 2007), ya que consideran que su procedimiento de intervención es excesivamente individualista y verbal y desatiende la importancia de los vínculos familiares. En muchos de estos casos, los clientes prefieren acudir a sistemas tradicionales de salud (como los curanderos) que están más de acuerdo con sus valores culturales. En términos de Wampold e Imel (2021), recurrir a las prácticas tradicionales genera un marco explicativo más viable para sus problemas. En general, las poblaciones más colectivistas (como las poblaciones nativas o aborígenes) son las que menos beneficio obtienen de la práctica terapéutica occidental (Thomasson, 2011; Vicary y Bishop, 2005).

Por tanto, se han desarrollado modelos terapéuticos propios de ciertas culturas, como la terapia *Morita en Japón*, que plantea una aceptación de las emociones negativas dentro de un contexto terapéutico muy estructurado (Takeda, 1964; Wu et al., 2015), o

la también japonesa terapia *Naikan*, que se basa también en la aceptación del conflicto relacional a partir de una base budista (Maeshiro, 2009). En África se han desarrollado modelos como la terapia *Meseron* (Nigeria) que busca disociar al cliente de las situaciones negativas, aceptar lo positivo y utilizar sus propios recursos dentro de una concepción holística de la vida como resistencia (Afolabi y Joy, 2014), o la terapia *Ubuntu* (República de Sudáfrica), claramente colectivista, que usa la interdependencia con los otros y la conexión con el mundo natural y espiritual como estrategia de afrontamiento y que utiliza recursos técnicos de base cultural como la danza y la narración de historias (Van Dyck y Nefale, 2005). Otras terapias de este tipo son la *terapia metafórica* propia del mundo islámico, que utiliza recursos de afrontamiento indirecto típicos de la tradición árabe y del islamismo (Dwairy, 2009); o las terapias latinoamericanas que parten de recursos de la cultura popular como los dichos o refranes (Aviera, 1996), el uso de *testimonios o historias de vida personales* como herramientas de ayuda mutua (Cervantes, 2020) o la terapia basada en la narración de *cuentos* como recurso grupal de apoderamiento (Malgady et al., 1990; Villalba et al., 2010).

Por otro lado, desde la Declaración de Almaty (OMS, 1978) la salud se concibe como un proceso biopsicosocial y la enfermedad no es solo un problema o una anomalía biológica sino una experiencia mediada por significados, valores y papeles sociales. La experiencia de enfermedad o trastorno (en inglés, *illness*) está culturalmente mediada ya que el modo en que se percibe y afronta la enfermedad en sí (*disease*, en inglés) depende de las explicaciones disponibles sobre el malestar y de los sistemas de significados y especificaciones sociales que se emplean para dar sentido a la experiencia (Kleinman et al., 1978). Esto es especialmente relevante en el caso de la salud mental (Kleinman, 1987), ámbito en el que no se puede obviar el componente antropológico-cultural, lo que coincide con el modelo de marco explicativo que Wampold e Imel (2021) plantean para la psicoterapia.

Por tanto, aunque tanto en la formación como en la publicación, los modelos de psicoterapia occidentales son los más frecuentes, se mantienen o aparecen otros modelos de intervención que parte de las concepciones de las cosmovisiones locales. No es posible obviar el componente antropológico para llevar a cabo una práctica psicoterapéutica adecuada.

### La Adaptación Cultural de los Tratamientos y las Psicoterapias Adaptables

Gran parte de la investigación clínica en el ámbito de la terapia cultural se ha centrado en los intentos de acompañar las terapias occidentales con aspectos de la tradición cultural de otros ámbitos. Se parte de una terapia que ya ha sido validada con criterios basados en la evidencia (Echeburúa et al., 2010) a la que se agregan o se modifican componentes a partir de los supuestos de la cultura a la que se pretende adaptar. El enfoque basado en la evidencia parte de la asunción de que es el componente técnico -el tipo de tratamiento- y su asociación de eficacia con una patología concreta es lo que debe validarse, ignorando aspectos relacionales y de dación de sentido (Rodríguez-Morejón, 2004). En las adaptaciones culturales el único componente extraterapéutico que se considera, en general, es el referido a los aspectos relacionados con el grupo étnico o nacional concreto.

Se pueden encontrar, entre otras, adaptaciones de terapias familiar para pacientes afrocaribeños con esquizofrenia (Edge, 2018), de terapia interpersonal para la depresión en adolescentes nepalíes (Rose-Clarke et al., 2020), de terapia dialéctico-conductual para la depresión y trastornos de la alimentación en estudiantes chinos (Cheng y Merrick, 2016), de terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en adolescente japoneses (Ishikawa et al., 2023) o de terapia de exposición narrativa para refugiados iraquíes (Hijazi et al., 2014). Ojo, todos los usos de la atención plena en psicoterapia debe ser considerados como una adaptación en sentido inverso, desde una cosmovisión oriental de base budista a las necesidades de la cultura occidental (Karl et al., 2021).

Distintos metaanálisis y revisiones sistemáticas (Hall et al., 2016; Silveus et al., 2023; Wright et al., 2020) han mostrado que las terapias adaptadas muestran un tamaño del efecto medio o alto (superior al de las no adaptadas), en cuanto al cambio en medidas primarias de malestar (el diagnóstico principal considerado en cada trabajo). El tamaño del efecto del cambio se incrementa a medida que el número de componentes de la terapia adaptados es mayor (Harper Shehaden et al., 2016).

Las adaptaciones cubren un amplio espectro de elementos culturales, el uso de la lengua nativa, variaciones en los componentes de la terapia para incluir prácticas terapéuticas locales o procedimientos asimilables a estas, inclusión de aspectos de la cosmovisión cultural tanto en los objetivos a alcanzar como en el estilo terapéutico (Sue et al., 2009). Algunos de estos aspectos son más fáciles de aplicar en la práctica que otros; por ejemplo, una vez detectados cuáles son los componentes técnicos culturales del tratamiento o el estilo terapéutico adecuado para un grupo cultural dado, dicha modificación puede aplicarse siempre, es decir, por cualquier terapeuta. Pero cuestiones como el emparejamiento cultural o la lengua de uso no son tan fáciles. No siempre se dispone de terapeutas de la extracción cultural necesaria y la adaptación lingüística puede ser más difícil de lo que parece. Es relativamente fácil cuando se trata del castellano en EE.UU. (el castellano es una lengua con más de cien millones de hablantes nativos que el inglés a nivel mundial) o con hablantes de mandarín (la lengua con más hablantes nativos en el mundo), pero es algo poco factible si se trata de lenguas americanas o africanas con muy pocos hablantes y cuya enseñanza no está garantizada siquiera en las zonas de origen.

En cuanto a la cuestión del emparejamiento cultural terapeuta-cliente, los datos indican que no afecta a los resultados, a pesar de la preferencia de los clientes por terapeutas de su propio grupo. La única excepción a esto parece darse en el caso de los afroamericanos, en los que el emparejamiento resulta en un ligero aumento de la eficacia de la intervención (Cabral y Smith, 2011). Por supuesto, hay múltiples tipos de emparejamientos que nunca han sido ensayados y, por tanto, no hay datos disponibles.

Dado que las adaptaciones se hacen para grupos culturales concretos, se debe esperar que sean más eficaces para personas con baja aculturación (estrategia de separación) o de la primera generación de inmigrantes, ya que son los que mantienen de una manera más pura su la cultura de partida (Maehler y Daikeler, 2024; Sue et al., 2009). Las generaciones posteriores van difiriendo de la primera tanto en las estrategias de aculturación, como en el grado de autoidentificación con los colectivos de origen y acogida (Klok et al., 2020). De hecho, finalmente pueden llegar a constituir un

nuevo colectivo cultural, que necesitaría, si fuera el caso, su propio protocolo de adaptación.

Bernal y Sáiz-Santiago (2006) propusieron un modelo de adaptación de ocho componentes (lenguaje, relación terapéutica, metáforas culturales, contenido de la intervención, concepto de enfermedad, objetivos del tratamiento, métodos de aplicación y contexto) que sigue siendo la guía de las adaptaciones en muchos casos. En cualquier caso, no es fácil diferenciar entre los ocho componentes propuestos por Bernal y sus colegas (por ejemplo, lenguaje y metáforas culturales tienden a solaparse, al igual que los objetivos del tratamiento y los métodos de aplicación), además el procedimiento está pensado para terapias individuales y no para otro tipo de intervenciones (Harper Shehaden et al., 2016)

Las adaptaciones se han vuelto mucho más minuciosas en cuanto al proceso de detección y control de las variables culturales, la medida de los síntomas y los procesos de adaptación, utilizando desde grupos focales para detectar las adaptaciones técnicas necesarias a confirmaciones de eficacia a partir de procedimientos de ensayos clínicos aleatorizados (Naeem et al., 2019; Sit et al., 2020). El proceso de adaptación sigue cuatro grandes pasos (Naeem et al., 2019):

- Revisión de la literatura previa y la consulta a expertos, terapeutas y clientes mediante procedimientos cualitativos.
- Creación posterior de una guía de adaptación cultural del tratamiento original para la población específica.
- Traducción o adaptación de los materiales, instrumentos y del propio manual.
- Aplicación experimental del manual adaptados siguiendo los criterios más próximos posibles a los de un ensayo clínico aleatorizado, lo que lleva a revisiones posteriores del protocolo inicial.

Por su parte, las áreas de competencia cultural a las que se atiende son:

- El tipo de evaluación (el modelo cultural de enfermedad mental, la consideración del estigma asociado a esta, las creencias culturales acerca de la terapia, el cuidado y los sanadores de todo tipo).
- Las cuestiones relacionadas con la alianza y la colaboración terapéutica. Aquí se incluye el tipo de señales no verbales que deben considerarse, el uso de ejemplos o exposición de casos similares y el empleo de herramientas culturales de conexión (como hacer referencias a lo espiritual o religioso, aceptar regalos u ofrecer comida o bebida como elementos de conexión relacional, incorporar a la familia en la terapia, hacer cambios en el modelo terapéutico hacia una mayor directividad, cambiar el formato de las tarea para casa, cambiar la pauta de sesiones, llevar la terapia a contextos externos a la consulta, adaptar las técnicas).
- Considerar de modo general los aspectos culturales (adaptar la lengua de la terapia a la del cliente siempre que sea posible, repensar qué tipo de creencias son disfuncionales o no dentro de cada cultura, ajustarse a los principios básicos de la cosmovisión de cada grupo cultural).

Dado que el modo en que se desarrolla la adaptación cultural o que los contenidos de dicha adaptación no siempre son explícitos y detallados (excepciones a esto son los trabajos de Abi Ramia et al., 2018, o Naeem et al., 2019), en ocasiones se hace muy difícil la replicación o la aplicación del protocolo en condiciones similares.

A partir de una revisión sistemática, [Chu y Leino \(2017\)](#) propusieron una distinción entre aspectos periféricos y nucleares de las adaptaciones. Los periféricos son los relacionados con la aceptabilidad y la viabilidad de las adaptaciones (uso de lenguas nativas, proporcionar ejemplos o atender a señales no verbales, etc.), es decir, los relacionados más con la alianza y la relación. Los centrales son los que se proponen como componentes centrales del cambio en función del modelo terapéutico propuesto (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, etc.), es decir, fundamentalmente el aspecto técnico y en los que, a entender de estos autores, debería focalizarse la investigación. El problema de esta sugerencia es que no aporta un modelo teórico de las razones por las que se deben realizar las adaptaciones, sino que simplemente es una exposición descriptiva y explicativa de los trabajos ya realizados.

Por otra parte, la investigación actual en psicoterapia sugiere que no es posible demostrar cuáles son los factores responsables del cambio y que los componentes comunes relacionados con la alianza, el acuerdo de metas y la credibilidad pueden tener tanto o más peso que los puramente técnicos en la explicación de la eficacia ([Cuijpers et al., 2019](#)). Es decir, justo los factores etiquetados como periféricos por [Chu y Leino \(2017\)](#), lo que pone en cuestión el modelo de análisis de estos autores.

A su vez, un estudio centrado en los contenidos de las adaptaciones sugiere que el factor mediador que explica la eficacia de los tratamientos adaptados es justamente la creación de modelos explicativos del problema y del cambio aceptable para la persona, lo que lleva de nuevo a considerar la relevancia del factor extraterapéutico ([Benish et al., 2011](#)). Siguiendo esta estela, [Norcross y Wampold \(2018\)](#) en su metaanálisis de factores de cambio indican que el único tipo de adaptación cuya eficacia ha quedado demostrada es la cultural para el factor común de alianza.

La base de la adaptación debe estar un componente etnopsicológico que se compagine los procesos psicológicos y no centrarse tanto en la cuestión de la *técnica psicológica* que deba modificarse. A partir de aquí ([Heim y Kohrt, 2019](#)) desarrollaron un nuevo modelo de adaptación cultural que comprende tres grandes componentes:

- a) Partir de una *concepción cultural de malestar*, es decir, del modo en que en cada cultura se explican los fenómenos relacionados con la salud mental y el malestar psicológico ([Kohrt et al., 2014](#)). Esto incluye tanto los modelos explicativos en sí mismos (por ejemplo, los inmigrantes albaneses en Suiza asumen que el sufrimiento no puede ser eliminado de la vida, sino que debe resistirse ante él —[Shala et al., 2020](#)—, algo que aparece también en poblaciones africanas —[Afolabi y Joy, 2014](#)—), como las expresiones culturales de los síntomas (los síndromes vinculados a la cultura y la sintomatología diferencial de cada trastorno para cada población).
- b) Los componentes del tratamiento, tanto los específicos (técnicas que modifican o corrigen procesos psicológicos considerados como patológicos) como los comunes, que deben ser elegidos por su valor cultural y no tanto por su eficacia demostrada en muestras occidentales. Por ejemplo, realizar actividades placenteras como herramienta para reducir los síntomas depresivos no tiene sentido en sociedades donde la búsqueda del bienestar personal no es un objetivo básico (como las colectivistas) o utilizar una

terapia de corte puramente racionalista cuando el peso de las consideraciones religiosas o de vínculos familiares y comunitarios es el componente fundamental de la identidad. Las adaptaciones de los factores específicos o comunes son de corte formal (estilo directivo de la terapia para los pacientes árabes u orientales, por ejemplo). Los aspectos del formato terapéutico (duración de las sesiones, uso de las pruebas, tareas para casa) también deben ser adaptados a partir de la evidencia cultural disponible.

- c) La aplicación del tratamiento, que incluye elementos como el formato terapéutico (grupal, individual, en línea) y la apariencia (el tipo de ejemplos o metáforas que se usen; formato de las tareas para casa). Cada grupo cultural funciona mejor con un formato terapéutico específico ajustado a su cosmovisión ([Harper Shehadeh et al., 2016](#)).

Aunque la rigurosidad técnica en el modo de hacer las adaptaciones no es discutible en términos de probar la validez del resultado ([Naeem et al., 2019](#)), la propuesta de [Heim y Kohrt \(2019\)](#) se basa más en los nuevos modelos de la eficacia de la psicoterapia y da más importancia a la base cultural del problema.

En este sentido, algunas terapias occidentales son más adecuadas que otras para determinadas poblaciones procedentes de otros ámbitos culturales. La terapia interpersonal que privilegia las relaciones es útil en culturas con fuertes lazos familiares, como la latinoamericana ([Pérez, 1999](#)), al igual que las terapias cognitivo-conductuales que son muy pautadas y están orientadas hacia el problema y se basan en pautas claras y simples de intervención, ambos aspectos muy valorados en la cosmovisión de este colectivo ([Organista y Muñoz, 1996](#)); las terapias de base metafórica son útiles con los musulmanes ([Dwairy, 2009](#)) ya que promueven un afrontamiento de tipo indirecto, que es uno de los criterios básicos del modo cultural de afrontar la problemática interpersonal; las terapias narrativas que potencian los elementos de resistencia y valores personales son adecuadas para el trabajo con refugiados y personas vulnerables ([Stiles et al., 2019](#)) y el psicodrama lo es con poblaciones de Asia oriental ya que su modelo terapéutico fácilmente adaptable a la concepción de conformidad grupal, supresión verbal de la emocionalidad y humildad de esta cultura ([Lai y Tsai, 2014](#)). Por su parte, [Rosal \(2007\)](#) expone una serie de recomendaciones para adaptar las terapias humanistas e integradoras al trabajo con poblaciones no occidentales, atendiendo al modo en que se expresa la emoción, la jerarquía social o las necesidades de estructura.

### Guías de Intervención: Terapeutas Culturalmente Competentes y Terapeutas Eficaces

Desde un punto de vista pragmático, el énfasis en la adaptación cultural se ha manifestado en la forma de guías o protocolos. La idea es que los terapeutas (o cualquier otro agente que intervenga en tareas de salud mental) debe tener *competencia cultural*. Lo cual introduce una nueva idea, la de *competencia*, entendida como la capacidad de hacer algo de una manera contextualmente adecuada ([Villa y Poblete, 2007](#)). No hay una definición consensuada de competencia cultural ([Sue et al., 2009](#)), pero iría en la dirección de trabajar de forma adecuada con un amplio rango de clientes culturalmente diversos. Esta competencia puede ser una habilidad (algo que se aprende y tiene un contenido), una actitud (un estilo de trabajo) o ambas cosas.

Los modelos de competencia han sido múltiples y siguen, al menos, tres tradiciones. La primera de ellas es descriptiva y enumera las características que constituyen la competencia. Por ejemplo, en la relación de Whaley y Davis (2007) se contemplan como indicadores los siguientes: a) la atención sanitaria se da dentro de un sistema que reconoce la importancia de la cultura; b) la evaluación de las relaciones interculturales c) la exploración de las dinámicas que se generan a partir de las diferencias culturales; d) el conocimiento cultural; y e) la adaptación cultural de las intervenciones. Un segundo modelo es de tipo finalista y se centra en el resultado final que debe conseguirse, por ejemplo, lograr conocimientos y habilidades referidas a un cultura específica para desarrollar intervenciones eficaces con los miembros de dicha cultura (Sue, 1998), lo que implica que no hay una competencia cultural general. El tercer modelo sería procesual y se centra en la interacción terapeuta-cliente, un terapeuta competente culturalmente sería aquel que se mueve entre dos cosmovisiones culturales y es capaz de dar sentido al mundo de significados de clientes de diversos orígenes, lo que implica que la competencia es general (López, 1997). En realidad, los tres tradiciones son compatibles, la finalista y la procesual contemplan los descriptores de la primera de las tres y el hecho de que pueda ser necesaria una formación específica como resultado no niega la importancia de una formación competencial generalizada de tipo procesual que, por otra parte, acerca la terapia de base cultural al formato general de las psicoterapias basado en factores comunes (Botella y Maestra, 2016; Karson y Fox, 2010).

De forma comprehensiva, la competencia cultural tendría un carácter sistémico y supondría tres aspectos: a) disponer de conciencia cultural, conocer y dominar los sesgos y creencias culturales que pueden influir en la relación terapéutica; es decir, algo parecido al manejo de la transferencia, pero en clave culturales, controlar el efecto que mis supuestos sobre la cultura del otro tienen en mí (aspecto actitudinal); b) conocimiento cultural, es decir, tener conocimientos de la cosmovisión del cliente y de sus efectos en las prácticas de salud (aspecto conceptual); y c) un aspecto de habilidad cultural o formación técnica para poder trabajar de forma adecuada con una orientación cultural (Sue et al., 2009). Esta triple concepción es la que ha impulsado las guías de adaptación de la APA (2017). En Europa, no se ha adoptado de manera amplia ninguna forma específica de guía cultural a pesar del gran número de trabajos realizados (De María et al., 2024).

Los trabajos centrados en explicar las causas que promueven la eficacia de las adaptaciones apuntan a que generan tres procesos: a) una conexión con la realidad externa del cliente, b) una conexión experiencial con el cliente en el ámbito de la relación; y c) una sensación de ser entendido y apreciado en el cliente (Chu et al., 2016). Nótese que estos tres procesos no difieren de lo indicado por Rogers (2011) como empatía, aceptación positiva incondicional y condición de cambio en el cliente, solo que con la etiqueta de cultura añadida. Saha et al (2008) apuntan también la necesidad de compatibilizar el enfoque cultural con un trabajo individualizado con los clientes miembros de las minorías. Es decir, estos resultados concuerdan de manera general con los trabajos sobre factores comunes.

La producción de guías ha tenido fuertes críticas que se centran en cuatro aspectos (Saha et al., 2008; Weinrach y Thomas, 2004): a) Generan una estereotipificación de los miembros de cada minoría cultural, a los que deja de verse como individuos y se entienden

solo como ejemplares de una clase, lo que lleva a intervenciones inadecuadas unilineales; b) Llevan a ignorar otras diferencias identitarias relevantes (género, orientación sexual, clase) si la idea de cultura se reduce únicamente a las consideraciones de etnia-raza; c) Se minimiza el peso que factores intrapsíquicos, biológicos o socioeconómicos puede tener en la salud mental; y d) el uso o no de las guías se puede transformar en una línea roja del debate político, lo que llevaría a considerar racistas a quienes decidan no usarlas. Este último punto está cobrando especial relevancia en estos momentos en que los movimientos de cancelación y anticancelación han polarizado el debate público (Cabrera y Jiménez, 2021).

En definitiva, la creación de guías puede llegar a invisibilizar otros aspectos que influyen en la identidad, especialmente de tipo socioeconómico, y lleva también a que el énfasis en la influencia de la cultura del cliente haga que el clínico a ignorar sus propios sesgos culturales, al centrarse en el sesgo del cliente, lo que impediría al final una relación de colaboración (Saha et al., 2008).

En cualquier caso, el uso de guías para entrenar a terapeutas en competencias culturales ha llegado para quedarse y estas incluyen en la formación tanto los tres aspectos de la competencia cultural indicados por Sue et al (2009), como entrenamientos específicos en evaluación y planificación del tratamiento, en procedimientos y estrategias de la redefinición cultural de la organización sanitaria y contemplan una preparación mínima en los tratamientos válidos para las principales minorías (véase, por ejemplo, Center for Substance and Abuse Treatment, 2014). Según Sue et al (2009) las guías deben afectar tanto al nivel de actividad profesional (formación adecuada del terapeuta y el tipo adecuado de tratamiento que este aplica), como a los aspectos institucional (intervenciones y relaciones internas de los sistemas de salud en relación con las minorías) y sistémico de los servicios sanitarios (cómo integran a las minorías en los protocolos de consulta y gestión, información y funcionamiento socioadministrativo general).

Otro aspecto que se ha abordado en la investigación es la relación entre preparación cultural del terapeuta y preparación general del terapeuta. Fuertes et al (2006) encontraron que los clientes de grupos minoritarios evalúan a sus terapeutas como culturalmente competentes si estos habían sido valorados positivamente en alianza y empatía; es decir, el buen terapeuta es un terapeuta es visto como alguien con sensibilidad cultural. Por otro lado, usando una forma breve de evaluación de la competencia terapéutica general y un inventario específico de competencia cultural con distintas poblaciones, Constantine (2002) halló una correlación significativa y fuerte entre ambas, aunque la competencia cultural se asociaba más con la satisfacción general del cliente. Por otro lado, los terapeutas que son miembros de minorías o que tienen una mayor sensibilidad cultural por razones personales establecen una mejor relación terapéutica con sus clientes miembros de grupos minoritarios (Berger et al., 2014).

Para resumir, los terapeutas culturalmente competentes están entrenados en aspectos culturales, pero básicamente son buenos terapeutas y un buen terapeuta es aquel que atiende con aceptación incondicional y empatía (Rogers, 2011) a los aspectos psicológicos y extraterapéuticos del cliente, lo que permite que este genere un modelo explicativo alternativo del malestar y se produzca el cambio (Wampold e Imel, 2021). Las aportaciones de las guías de adaptación cultural, siendo necesarias, no van, por tanto, tan lejos, salvo por el hecho de que mejoran los aspectos técnicos y conceptuales de tipo cultural y le ayudan a aumentar su conciencia

de sesgo cultural, pero no generan de por sí un terapeuta eficaz. Para una intervención eficaz tanto la competencia terapéutica como la cultural deben estar garantizadas (Goh, 2005).

El entrenamiento en autoconciencia cultural es clave en este proceso y pasa por mantener una actitud de vigilancia, que ayude a rastrear los propios supuestos culturales y que permita ver la concepción occidental del yo y del malestar como un artefacto cultural. Esto es fácil de detectar en algunas patologías, como la anorexia, que parten de una concepción perfeccionista y basada en la regulación del autocontrol (Jauregui, 2006), pero no es tan evidente en otros trastornos. Por tanto, mantener un enfoque etnográfico para entender *también* los procesos terapéuticos típicos de Occidente es algo que resulta necesario (Eckersley, 2006; Snodgrass et al., 2022).

### Un Aspecto Fundamental de las Adaptaciones: El Componente Religioso

La religión es uno de los aspectos fundamentales de la cultura en tanto que genera una visión trascendente del mundo y dicta regulaciones morales que influyen tanto en el autoconcepto y las actitudes, como en las pautas de socialización (Cohen, 2015). Aunque hay una fuerte tendencia, explicada por motivos históricos, a generar conglomerados étnicoreligiosos (Rusia es un país ortodoxo, Italia lo es católico, Argelia es un país musulmán sunnita, etc.), es posible desligar la religión de la etnia o la nacionalidad, por lo que el análisis cultural debe considerar tanto estos dos elementos por separado como su interacción; no es lo mismo un musulmán sunnita argelino, que además sea bereber, que un musulmán sunnita pastún del oeste de Pakistán.

Mientras que en EE.UU. la diversidad religiosa (especialmente entre ramas del cristianismo) es la regla, otros países tienden a una mayor homogeneidad religiosa; de ahí, la mayor preocupación histórica norteamericana por el tratamiento de la religiosidad en psicoterapia (Richards y Bergin, 2014). En España, la encuesta del CIS (abril 2024) indica que el 58,4% de los españoles se considera católico, aunque solo el 19,3% es practicante; el total de irreligiosos (ateos, agnósticos e indiferentes) alcanza el 36,1% y solo un 3,5% dice profesar otra religión. Por su parte, el *Observatorio del Pluralismo Religioso* (2018) indicaba que en ese año el 64,8% de los españoles se consideraba católico, el 2% protestante, el 1,5% musulmán, el 1,1% ortodoxo, el 1% de otras confesiones y de ninguna el 28,6%. En cualquier caso, la principal minoría religiosa en España son los católicos practicantes, ya que hay que asumir que para un no practicante el aspecto religioso no es identitario.

Un primer problema es definir qué es la religiosidad. De hecho, el ateísmo militante es una posición definida por la gran intensidad de creencias comparable con una fe practicante. Por otro lado, no siempre se diferencia entre religiosidad (el seguimiento de un credo concreto, cuya medida puede ser objetiva e incluso directamente conductual, asistencia al culto, frecuencia de la oración...) y espiritualidad (entendida por interés por lo trascendente) cuya medida es más subjetiva (Dein et al., 2012). Igual que en el caso de la aculturación o la competencia cultural el punto de partida es que las definiciones no están bien operativizadas.

En cualquier caso, religiosidad y espiritualidad no se solapan completamente; por ejemplo, el *Observatorio de Pluralismo Religioso* (2018) indica que el 30,1% de la población no sigue

ninguna religión, ni se considera una persona espiritual, cifra próxima al 28,6% que dice no seguir ninguna religión, pero hay un 15,8% que afirma no seguir ninguna religión, *pero* se considera una persona espiritual y un 33,8% son seguidores de una religión, *pero* no se consideran personas espirituales.

De hecho, las relaciones entre estos dos conceptos y salud mental o bienestar psicológico son variopintas. Algunos estudios apuntan a que una identidad religiosa favorece el afrontamiento del duelo (Chapple et al., 2011; Walsh et al., 2002), si bien las revisiones sistemáticas de este ámbito no arrojan resultados concluyentes en ninguna dirección (Becker et al., 2007). Parece que una de las principales variables reguladoras de los resultados es el país de origen, la asociación positiva entre salud mental y religiosidad se encuentra en muestras de Georgia, República de Sudáfrica y EE.UU. y negativas en Eslovenia y Túnez y son bajas en todos los países del antiguo bloque soviético, si bien no están del todo claras las razones de estos resultados, que pueden ser diferentes en cada caso, aunque puede considerarse que tienen que ver (para las puntuaciones más bajas) con las crisis de los modelos sociales que anteriormente estaban implantados en cada país. Por otro lado, los indicadores de espiritualidad (cómo el grado de reflexión sobre el sentido de la vida) solo se asocian con buena salud mental en países con bajo desarrollo humano (Zimmer et al., 2018). En definitiva, las relaciones entre religiosidad/espiritualidad no son independientes del significado local atribuido a la religión. Otros estudios reflejan que los indicadores de ajuste psicológico son adecuados tanto para las personas que se definen como religiosas y espirituales como para las que no se definen de ninguno de estos modos, pero que son peores para las personas espirituales, pero no religiosas (King et al., 2013), por lo que parece que el factor protector de la espiritualidad se da solo dentro de un marco formal al menos en las naciones con alto nivel de desarrollo.

Los resultados de los estudios sobre la eficacia de las adaptaciones muestran que estas son eficaces en lo que respecta al ajuste psicológico general, a pesar de los problemas de calidad de muchos estudios (Aggarwal et al., 2023; Bouwhuis-Van Keulen et al., 2024; Coelho-Júnior et al., 2022). Los tamaños del efecto alcanzado son de grado medio en general (Smith et al., 2007; Anderson et al., 2015), pero cuando se trata de adaptaciones de la terapia cognitiva-conductual con la incorporación de componentes religiosos, los resultados no son superiores al uso del mismo tipo de terapia sin adaptar (de Abreu Costa y Moreira-Almeida, 2022; Anderson et al., 2015). La inmensa mayoría de los trabajos publicados se refieren a adaptaciones para diversas confesiones cristianas o musulmanas (en este caso sobre todo con sunnitas), el número de trabajos con otro tipo de confesiones es muy reducido o inexistente (Smith et al., 2007; Anderson et al., 2015).

Las adaptaciones suelen consistir en utilizar textos religiosos o imágenes religiosas como recurso de afrontamiento, en el empleo explícito de valores religiosos (Armento et al., 2012; Bowland et al., 2012; Ebrahimi et al., 2013) o en algún grado de colaboración con sacerdotes, ulemas, pastores u otros profesionales de la religión. El problema de este último enfoque es contar con terapeutas y sacerdotes lo suficientemente flexibles como para cooperar de manera eficaz (Breuninger et al., 2014).

A pesar de que las intervenciones adaptadas parecen eficaces, hay que tener en cuenta que no todas las confesiones tienen la misma predisposición para aceptar un tratamiento psicológico, lo

que hace variar tanto los resultados como el número de estudios. La predisposición es alta para católicos, ortodoxos y protestantes no fundamentalistas (luteranos, reformados, anglicanos y metodistas) y judíos conservadores o reformistas, pero es baja entre protestantes fundamentalistas (baptistas, evangelicanos o pentecostales), hinduistas, judíos ortodoxos o musulmanes y es muy baja o nula entre los practicantes de religiones chamánicas o indígenas (Richard y Bergin, 2014). La adaptación debe ser tanto más intensa a medida que la reactancia a la terapia sea mayor.

Existen psicoterapias de base religiosa, tanto para musulmanes como para cristianos. La *Psicoterapia Basada en el Corán* (Abu-Raiya, 2015) parte de la concepción islámica de la personalidad, que asume que hay aspectos buenos y malos de la persona y busca potenciar los positivos y minimizar o afrontar los negativos. La *Terapia Pastoral* y la *Terapia Cristiana* que se basan en la reflexión sobre escritos bíblicos y aseveraciones teológicas se utilizan con frecuencia en EE.UU. para los problemas de pareja (Mutter, 2013).

La preferencia de los creyentes, especialmente si se consideran a sí mismos como muy religiosos, por un terapeuta de su misma confesión es tremendamente frecuente (Dimmick et al., 2020), pero no hay apenas estudios acerca del efecto en los resultados de este emparejamiento.

El trabajo con creyentes requiere un especial entrenamiento actitudinal por parte de los terapeutas (Bartoli, 2007), especialmente en el caso de Europa, donde el declive de la adscripción religiosa es muy intenso (Pew Research Center, 2015) y se continua con la línea histórica de promoción de la secularidad posterior a las Guerras de Religión, lo que ha hecho que la religión en general tienda a tratarse como un aspecto privado de la vida y escasamente relevante (Dacey, 2008). Por otra parte, los terapeutas tienden a ser ateos o agnósticos en mayor medida que la población general (Bergin y Jensen, 1990), lo que, *a priori*, les puede colocar en una posición crítica frente al pensamiento religioso. Bartoli (2007) propone realizar genogramas religiosos donde se vean los antecedentes de la familia del terapeuta (o del cliente) y comprobar las similitudes y contrastes entre familiares de diferente religión. Esta práctica, que tiene sentido en sociedades con una gran diversidad religiosa, puede no ser útil en entornos como el español donde la homogeneidad religiosa (católica-agnóstica) es lo más frecuente. Otro procedimiento, que esta autora propone para grupos de trabajo, pero que puede ser también adaptada al propio entrenamiento del terapeuta, pasa por establecer similitudes y diferencias entre personas religiosas, personas espirituales y personas con una adecuada salud mental. Se empieza asignando adjetivos a cada concepto, después se buscan relaciones entre cada lista y se resuelven las discrepancias, comprobando que hay aspectos de lo religioso y espiritual que concuerdan con criterios de ajuste psicológico.

### Un Paso Adelante, dos Pasos Atrás: La Clase Social Como Variable Olvidada en la Intervención Cultural Adaptada

El título de esta sección está tomado de un opúsculo de Lenin (1975) en el que indica la necesidad de revisar las estrategias utilizadas y, si el caso, retomar las antiguas. En este sentido, un análisis que se puede considerar *antiguo* es el de la clase social. Esta es uno de los determinantes más importantes de la conducta, ya que se trata de una categoría estructural de difícil variación. Esta concepción estructural sobre las clases sociales se mantiene

con independencia del modelo teórico que se utilice para estudiarlas (Rojas, 2020), aunque lo cierto es que su importancia ha sido descuidada en la investigación psicológica.

No se puede obviar, por tanto, que además de por su cosmovisión, las personas con las que trabajamos también están influidas por su condición de clase y es un hecho probado que las desigualdades socioeconómicas afectan negativamente a la salud mental (Barnett et al., 2023; Henking et al., 2023). Manstead (2018) indica que las condiciones materiales de vida no pueden ser obviadas en un estudio de la identidad, ya que la construyen en gran parte.

Sin embargo, la investigación suele utilizar para suplir el concepto de clase variables no necesariamente estructurales, como el estatus socioeconómico, cuya naturaleza es más variable. Es decir, implícitamente se considera que las personas pueden cambiar de situación (Liu et al., 2004). Estas variables se miden tanto de forma objetiva (nivel de ingresos o formación, tipo de empleo o vivienda), como subjetivas (autoubicación en una escala Likert u ordinal que va desde la clase más baja a la más alta).

La concepción de la clase social como aspecto esencialmente *móvil* es un elemento básico del modelo cultural de EE.UU. (Bellah et al., 1996) y ha tenido una gran influencia en la investigación, cuya preocupación por el análisis de clase ha sido extremadamente baja. Liu et al (2004) encontraron en una revisión de las tres principales revistas de la APA sobre consejo psicológico que, en el período 1981-2000, de 3915 artículos solo 710 consideraban la clase social. En una búsqueda rápida en la base de datos PsycInfo incluyendo como materias *clase social* y *psicoterapia* y *sin usar límites temporales*, solo se localizan 33 referencias (marzo de 2025). De hecho, se ha podido constatar que en EE.UU. se sobreestiman las posibilidades de movilidad social, sobre todo por parte de los jóvenes y las personas de clase alta (Kraus y Tan, 2015). En general la concepción dominante en Occidente ha sido la de la posibilidad de la movilidad social, pero los datos indican que a lo largo del siglo XXI han disminuido las posibilidades de mejora en la escala social y son ya solo las personas de rentas más altas las que consiguen mantener su estatus, mientras que se ha hecho muy difícil subir de clase social para las personas procedentes de las clases obrera y media, a pesar incluso de que mejoren su formación académica, la condición que durante todo el siglo XX fue la clave de la movilidad social ascendente (Gil-Hernández, 2020; Hout, 2019). La formación académica tampoco es útil para recuperar la brecha social entre los inmigrantes (Passaretta y Skopek, 2024). A consecuencia de esto, la desigualdad se ha incrementado en los últimos decenios.

Desde la perspectiva de los procesos migratorios, si bien la migración se suele dar entre personas que tienen cierta capacidad económica en su país de origen o desde marcos sociales no pobres en exceso (Engler et al., 2020), lo cierto es que los migrantes en su mayoría ocupan puestos de trabajo de baja calidad y están sometidos a condiciones de vulnerabilidad social en los países de acogida (Bruquetas y Moreno, 2015; Consejo Económico y Social, 2019), lo que indica que pertenecen, en general, a la clase baja.

No obstante, en las evaluaciones subjetivas hay una tendencia marcada a posicionarse en los valores medios de las escalas, que corresponden a la clase media (Evans y Kelley, 2004), lo que indica que hay mediadores psicosociales importantes en la autopercepción de la clase social. En un metaanálisis de las relaciones entre

bienestar subjetivo y evaluaciones subjetivas y objetivas del estatus socioeconómico, [Tan et al \(2020\)](#) concluyeron que la asociación es más fuerte para las medidas subjetivas que para las objetivas y que la primera relación es un moderador de la segunda, lo que indica que la percepción subjetiva de la clase social es también relevante en términos psicológicos. Por otra parte, [Navarro-Carrillo et al \(2018\)](#) solo encontraron relaciones positivas entre indicadores subjetivos de clase social y bienestar psicológico, aunque dicha relación está mediada por el grado de incertidumbre emocional. [Tan y Kraus \(2015\)](#) encontraron que las peores puntuaciones en salud y estados emocionales negativos en los miembros de la clase obrera solo se daban cuando estos entendían que las diferencias de clase se debían a condiciones esencialistas (biología, características personales), algo que no aparecía si consideraban que las diferencias tenían una causa social, lo que apunta a un elemento de apoderamiento social en el segundo caso. En definitiva, el instrumento y el modo de medida afectan a los resultados.

Se han encontrado diferencias de clase relevantes en el autoconcepto y la conducta social. Los miembros de la clase trabajadora se definen, en comparación con los de clase media y alta, en términos más interdependientes, hacen más referencias a su estatus socioeconómico y menos a sus rasgos psicológicos, refieren un menor lugar de control personal y usan explicaciones contextuales para explicar la causalidad, además son más empáticos y más proclives a ayudar a terceros que se encuentren en situaciones de dificultad ([Manstead, 2018](#)). En las interacciones cercanas utilizan más marcadores no verbales, risas y miradas que los de clases sociales más altas ([Kraus y Keltner, 2009](#)). Este perfil psicológico los aproxima a una posición colectivista, más que individualista, en términos de las dimensiones culturales de Hofstede.

Las diferencias en el componente empático son muy relevantes, los miembros de la clase trabajadora son más precisos en determinar las emociones de los demás, si bien explican dichas respuestas emocionales en términos contextuales ([Kraus et al., 2010](#)) y aunque son más prosociales, ya que ayudan más a otros, incluso económicamente, suelen desarrollar este tipo de conductas en contextos privados y no en los públicos ([Kraus y Callaghan, 2016](#); [Piff et al., 2010](#)). Las condiciones socialmente adversas en las que vive la clase trabajadora son, en opinión de [Kraus et al \(2012\)](#), la causa de su autoconcepto interdependiente, pero solidario. En contextos adversos, la conducta prosocial se transforma en un mecanismo de afrontamiento. Sin embargo, son precisamente sus condiciones sociales negativas (bajos ingresos, peor vivienda) las que generan una mayor incertidumbre emocional y una mayor sensación de amenaza generalizada ([Manstead, 2018](#); [Navarro-Carrillo et al., 2018](#)), lo que termina consolidando un autoconcepto más pobre y una menor percepción de control personal ([Kraus y Park, 2014](#)).

Por tanto, las condiciones objetivas de clase van a producir un autoconcepto más colectivista y prosocial, pero dicho autoconcepto estará mediado por la percepción subjetiva del estatus socioeconómico. De forma que, si esta es más alta, producirá un mayor estado de bienestar emocional. Por otro lado, la conciencia de que las condiciones adversas son de naturaleza social se transforma en un factor protector y de bienestar. El análisis de clase lleva tanto a localizar componentes de resistencia como de adversidad en la definición de la identidad y el terapeuta tendrá que establecer una composición de equilibrio entre ambos.

Hay muy pocos trabajos sobre las relaciones entre psicoterapia y clase social ([Ballinger y Wright, 2007](#)). No obstante, se dispone de algunos manuales al respecto ([Liu, 2013](#)). La mayoría de la investigación empírica versa sobre el papel que juega en la relación terapéutica la sensibilidad del terapeuta en este aspecto o sobre las actitudes ante clientes o de clientes de diferentes extracciones de clase. Casi todos estos trabajos han utilizado una metodología cualitativa.

[Trott y Reeves \(2018\)](#) utilizaron un análisis temático para analizar los significados que 45 terapeutas expertos atribuían a las relaciones entre psicoterapia y clase social. Los participantes se autodefinían en términos de clase social utilizando una escala ordinal de seis pasos que iban desde clase obrera-baja hasta clase alta-alta y contestaban desde un rol de cliente (todos habían pasado por procesos de supervisión). Los principales hallazgos fueron la toma de conciencia durante el proceso de respuesta de la relevancia de la clase social en el proceso terapéutico, la importancia de compartir valores y adscripción de clase entre terapeutas y clientes, así como la consideración de que la alianza terapéutica se fortalecía cuando los problemas relacionados con la clase social se abordaban de manera explícita en la terapia. Por otra parte, la exhibición de símbolos de poder de clase (certificados, lenguaje correcto, vestimenta elegante, indicadores de capacidad adquisitiva...) podía promover sentimientos de inadecuación en los clientes al autoperibirse como personas menos capaces, hallazgo que también aparece en el trabajo de [Balmforth \(2009\)](#). En general, para los clientes hablar de sus experiencias de opresión de clase resulta liberador y apoderante, aunque si se sienten juzgados o minusvalorados por parte del terapeuta dejan de hablar de sus condiciones sociales, lo que redunda en un descenso de la alianza ([Balmforth, 2009](#); [Jones y Lecchi, 2024](#)).

Tanto [Cook y Lawson \(2016\)](#) como [McCoy et al \(2021\)](#) han encontrado que la mayoría de los terapeutas no perciben la clase social como un elemento relevante en el trabajo con los clientes, por lo que apuntan la necesidad de mejorar la formación profesional hacia una mayor sensibilidad a los factores de clase ([Liu, 2012](#)). En la línea de aspectos a trabajar en la formación [Gotkan et al \(2025\)](#) apuntan dos aspectos facilitadores, por un lado, focalizarse en los recursos y valores de las personas, por otro, incrementar la conciencia de la importancia de las barreras sociales. Todos estos resultados acercan tremendamente el campo del trabajo con la clase social a los postulados de la terapia narrativa ([White, 2007](#)).

Respecto al impacto de la sensibilidad a los aspectos de clase en la eficacia terapéutica los hallazgos son controvertidos. [Thompson et al \(2014\)](#) encontraron que la identificación de la clase social del cliente (trabajando con viñetas de caso que solo variaban en marcadores de clase del cliente) no tenía ningún impacto significativo en el juicio clínico de los terapeutas, pero [Thompson et al \(2019\)](#), utilizando un diseño similar, encontraron justo lo contrario, un sesgo hacia un peor diagnóstico y a estimar una menor satisfacción vital en el caso de los clientes de clase obrera.

La relevancia de considerar de modo explícito los fenómenos relacionados con la clase social y la desigualdad también es un tema que aparece en los estudios cualitativos realizados con muestras de clientes de clase obrera. Por otra parte, los clientes de clase obrera consideran que extender la terapia fuera del ámbito de la consulta, de modo que los momentos significativos de la relación no

se limiten a las sesiones en sí (usar llamadas telefónicas, contactos con las familias, correos interesándose por la situación) es algo positivo y que redundará en una mayor alianza y una mejor eficacia del tratamiento (Thompson et al., 2012).

Casi todos estos estudios no controlan las diferencias entre medidas objetivas y subjetiva de clase para los participantes, tanto de terapeutas como clientes, ni del grado de formación cultural en términos de clase del terapeuta, aunque sí de su grado de experiencia. Es verdad que aportan una información muy valiosa procedente de la posición subjetiva de los participantes, dato que no puede ser ignorado en la investigación posterior.

Las adaptaciones propuestas para trabajar con clientes de clase obrera son semejantes a las de otras adaptaciones culturales. Por un lado, la terapia debe abordar de modo explícito el papel que la clase social ha tenido en la vida de la persona y las dificultades y oportunidades que ha generado. Por otro, se debe reorganizar la identidad de la persona frente a los cambios en la identidad de clase, ya que estos se producen también a lo largo de la vida, y buscar el modo de reconciliar las nuevas situaciones económicas con las identidades preferidas. Por supuesto, explorar y explotar terapéuticamente los recursos de la persona. Para poner en marcha estos ajustes hay que adaptar también el formato terapéutico. Dado que la identidad de clase obrera es más comunitaria y colectivista, una terapia de grupo, basada en la ayuda mutua sería más conveniente que la individual, siempre que aquel formato sea factible. Se pueden incorporar familiares o amigos como testigos de los recursos o potencias del cliente. Por supuesto, el terapeuta debe también explorar su propias creencias estereotípicas acerca de la clase social y aprender a respetar la diversidad (Devine et al., 2017; Kim y Cardemil, 2012; White, 2007).

### Consideraciones Finales

El trabajo con las adaptaciones culturales es un reto que los profesionales de la terapia (y en general, de la salud mental) vamos a tener que afrontar cada vez con mayor frecuencia. Como resumen final se sintetizan un decálogo de observaciones.

1. El análisis de la identidad cultural debe hacerse de forma concreta para la persona, grupo o familia con que se este trabajando.
2. Las dimensiones de individualismo-colectivismo y aculturación deben entenderse como procesos dinámicos y no como fotos fijas. Corresponden al momento en que se analiza la identidad y no representan una forma de ser invariable de un colectivo.
3. Se debe atender a las condiciones materiales socioeconómicas concretas y al tipo de proceso administrativos y legislativos que regulan la integración de minorías, así como a las condiciones concretas del proceso migratorio, cuando sea el caso. Esto supone que el trabajo muchas veces va a ser interdisciplinar y colectivo (Vannini et al., 2018).
4. *A priori*, ninguna dimensión de la cosmovisión (étnica, religiosa, de clase, otras) debe considerarse como fundamental, será la formulación concreta del caso la que determine las condiciones que son más relevantes.
5. Hay que mantener una posición crítica que asuma que la concepción occidental del ser humano y del malestar es *una* concepción y no *la* concepción. Para ello, el uso de criterios

etnológicos y antropológicos en los juicios sobre uno mismo y las personas de otras culturas serán de gran ayuda. Esto es tanto o más importante para los aspectos de adaptaciones religiosas y de clase, ya que son aspectos todavía más invisibilizados en la concepción cultural occidental.

6. En términos de la intervención terapéutica se deberá escoger aquella que tenga el tipo de componentes culturales, religiosos o de clase que se consideren más adecuados para el caso. Una técnica más validada no garantiza, de por sí, un mayor éxito, ya que este va a depender en gran medida de la posibilidad de activar el factor común de marco explicativo.
7. El trabajo terapéutico debe sondear de manera explícita los significados relacionados con la dimensiones culturales, religiosas y de clase (y otras) e identificar las dificultades y ventajas que han supuesto para la persona (o grupo de terapia).
8. El trabajo terapéutico debe promover los recursos propios y crear formatos de coherencia (integración) entre los aspectos culturales que resulten en principio antagónicos o conflictivos.
9. Las guías de intervención cultural deben tomarse como un recurso y una orientación, no como un modo fijo y totalmente reglado de llevar a cabo la terapia.
10. Es necesario contar tanto con una buena formación en competencia cultural como en competencia terapéutica general para trabajar con estos colectivos.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y desarrollo del presente artículo.

### Referencias

- Abi Ramia, J., Harper Shehadeh, M., Kheir, W., Zoghbi, E., Watts, S., Heim, E., y El Chammay, R. (2018). Community cognitive interviewing to inform local adaptations of an e-mental health intervention in Lebanon. *Global Mental Health*, 5, e39. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.29>
- Abu-Raiya, H. (2015). Working with religious muslim clients: A dynamic, qura'nic-based model of psychotherapy. *Spirituality in Clinical Practice*, 2, 120-133. <https://doi.org/10.1037/scp0000068>
- Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome). *Psychoanalytic Dialogues*, 29(3), 252-268. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826>
- Afolabi, A. B., y Joy, A. O. (2014). Confronting negative thoughts using Meseron therapy: A clinician approach. *Ife Psychologia*, 22, 125-128.
- Aggarwal, S., Wright, J., Morgan, A., Patton, G., y Reavley, N. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *BMC-Psychiatry*, 23, 729. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>
- Aguiar-Rodríguez, I., Artieda-Cajilema, C., y Acosta-Aguinaga, A. (2022). Millennials ¿similares o diferentes? Inclínación al individualismo en una

- sociedad colectivista. *Estudios de la Gestión: Revista Internacional de Administración*, 12, 148-170.
- Ahn, J. Y., Bedi, R. P., Choubisa, R., y Ruparel, N. (2023). Assessing psychotherapy as a western healing practice through prediction of help-seeking attitudes. *Counselling Psychology Quarterly*, 37, 47-68. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2173147>
- Aichberger, M. C., Bromand, Z., Heredia Montesinos, A., Temur-Erman, S., Mundt, A., Heinz, A., Rapp, M. A., y Schouler-Ocak, M. (2012). Socio-economic status and emotional distress of female turkish immigrants and native German women living in Berlin. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(Suppl 2), S10-S16. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75702-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75702-4)
- American Psychological Association (2017). *Multicultural guidelines: An ecological approach to context, identity, and intersectionality*. <https://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., y McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, 183-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.019>
- Armento, M. E. A., McNulty, J. K., y Hopko, D. R. (2012). Behavioral activation of religious behaviors (BARB): Randomized trial with depressed college students. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4, 206-222. <https://doi.org/10.1037/a0026405>
- Arnett, J. J. (2008). The neglected 95%: Why american psychology needs to become less american. *American Psychologist*, 63(7), 602-614. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.7.602>
- Aviera, A. (1996). "Dichos" Therapy group: A therapeutic use of spanish language proverbs with hospitalized hispanic-speaking psychiatric patients. *Cultural Diversity and Mental Health*, 2, 73-87.
- Ballinger, L., y Wright, J. (2007). 'Does class count?' Social class and counselling. *Counselling y Psychotherapy Research*, 7, 157-163. <https://doi.org/10.1080/14733140701571316>
- Balmforth, J. (2009). 'The weight of class': clients' experiences of how perceived differences in social class between counsellor and client affect the therapeutic relationship. *British Journal of Guidance y Counselling*, 37, 375-386. <https://doi.org/10.1080/03069880902956942>
- Barkham, M., y Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, y L. G. Castonguay (Eds.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 135-189). John Wiley y Sons, Inc.
- Barnett, P., Oshinowo, I., Cooper, C., Taylor, C., Smith, S., y Pilling, S. (2023). The association between social class and the impact of treatment for mental health problems: A systematic review and narrative synthesis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 581-603. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02378-9>
- Bartoli, E. (2007). Religious and spiritual issues in psychotherapy practice: Training the trainer. *Psychotherapy*, 44, 54-65. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.1.54>
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica (Traductores, M. Rosenberg, y J. Squirru; original inglés, 2000).
- Becker, G., Xander, C. J., Blum, H. E., Lutterbach, J., Momm, F., Gyslels, M., y Higginson, I. J. (2007). Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 207-217. <https://doi.org/10.1177/0269216307077327>
- Bellah, R., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., y Tipton, S. M. (1996). *Habits of the hearth. Individualism and commitment in american Life*. University of California Press.
- Benish, S. G., Quintana, S., y Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Berger, L. K., Zane, N., y Hwang, W.-C. (2014). Therapist ethnicity and treatment orientation differences in multicultural counseling competencies. *Asian-American Journal of Psychology*, 5, 53-65. <https://doi.org/10.1037/a0036178>
- Bergin, A. E., y Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27, 3-7. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.3>
- Bernal, G., y Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34, 121-132. <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>
- Berry, J. (1990). Psychology of acculturation. En J. Berman (Ed.): *Cross-cultural perspectives: Nebraska Symposium on Motivation*, pp. 457-488. University of Nebraska Press.
- Berry, J. (2003). Conceptual approaches to acculturation. En K. M. Chun, P. B. Organista, y G. Marín (Eds.). *Acculturation. Advances in theory, measurement, and applied research*. APA
- Bizumic, B., Reynolds, J. K., y Meyers, B. (2012) Predicting social identification over time: The role of group and personality factors. *Personality and Individual Differences*, 53, 453-458. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.009>
- Bouwuis-Van Keulen, A. J., Koelen, J., Eurelings-Bontekoe, L., Hoekstra-Oomen, C., y Glas, G. (2024). The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 34, 339-352. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2241626>
- Bowland, S., Edmond, T., y Fallot, R. D. (2012). Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social Work*, 57, 73-82. <https://doi.org/10.1093/sw/swr001>
- Botella, L., y Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 39-48.
- Bradley, H. (1997). *Fractured identities: Changing patterns of inequality*. Polity Press.
- Breuninger, M., Dolan, S. L., Padilla, J. I., y Stanford, M. S. (2014). Psychologists and clergy working together: A collaborative treatment approach for religious clients. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16, 149-170. <https://doi.org/10.1080/19349637.2014.925359>
- Bruquetas, M., y Moreno, F. J. (2015). Precarización y vulnerabilidad de la población migrante en la España de la crisis. El papel del estado del bienestar. *Panorama Social*, 22, 139-151.
- Cabieses, B., Belo, K., Carreño Calderón, A., Rada, I., Rojas, K., Araoz, C., y Knipper, M. (2024). The impact of stigma and discrimination-based narratives in the health of migrants in latin america and the caribbean: A scoping review. *The Lancet. Regional Health Americas*, 40, 100660. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100660>
- Cabral, R. R., y Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537-554. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Cabrera, K. I., y Jiménez, C. A. (2021). La cultura de la cancelación en redes sociales: Un reproche peligroso e injusto a la luz de los principios del derecho penal. *Revista Chilena de Derecho y Tecnología*, 21, 277-300. <https://doi.org/10.5354/0719-2584.2021.60421>

- Carroll, H. A., Kvietok, A., Pauschardt, J., Freier, L. F., y Bird, M. (2023). Prevalence of common mental health disorders in forcibly displaced populations versus labor migrants by migration phase: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *321*, 279–289. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.010>
- Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). Improving cultural competence. Substance abuse and mental health services administration (US). (Treatment Improvement Protocol—TIP. Series, No. 59). Appendix B. Instruments to measure identity and acculturation. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248425/>
- Centro de Investigación Sociológica (2024). *Estudio n° 3450*. Abril 2024. p. 99. CIS.
- Cervantes, A. (2020). Testimonios. En L. Comas-Díaz, y E. Torres Rivera (Dirs.). *Liberation psychology. Theory, methods, practice, and social justice*, pp. 133-147. APA
- Chapple, A., Swift, C., y Ziebland, S. (2011). The role of spirituality and religion for those bereaved due to a traumatic death. *Mortality*, *16*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/13576275.2011.535998>
- Chayka, K. (2024). *Mundofiltro. Como los algoritmos han aplanado la cultura*. Gatopardo (Traductora, M. A. de Miquel; original inglés, 2024).
- Cheng, P.-H., y Merrick, E. (2016). Cultural adaptation of dialectical behavior therapy for a chinese international student with eating disorder and depression. *Clinical Case Studies*, *16*, 42-57. <https://doi.org/10.1177/1534650116668269>
- Choy, B., Arunachalam, K., S, G., Taylor, M., y Lee, A. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, *2*, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Chu, J., y Leino, A. (2017). Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*, 45–57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>
- Chu, J., Leino, A., Pflum, S., y Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *47*, 18–29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
- Cienfuegos-Martínez, Y. I., Saldívar-Garduño, A., Díaz-Loving, R., y Avalos-Montoya, A. D. (2016). Individualismo y colectivismo: caracterización y diferencias entre dos localidades mexicanas. *Acta de Investigación Psicológica*, *6*, 2534-2543.
- Coelho-Júnior, H. J., Calvani, R., Panza, F., Allegri, R. F., Picca, A., Marzetti, E., y Alves, V. P. (2022). Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*, *9*, 877213. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>
- Cohen, A. B. (2015). Religion's profound influences on psychology: Morality, intergroup relations, self-construal, and enculturation. *Current Directions in Psychological Science*, *24*(1), 77–82. <https://doi.org/10.1177/0963721414553265>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016). *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados*. Disponible en <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-psicologica-con-inmigrantes-y-refugiados>
- Consejo Económico y Social (2019). *La inmigración en España: Efectos y oportunidades*. Informe 2/2019. CES.
- Constantine, M. G. (2002). Predictors of satisfaction with counseling: Racial and ethnic minority clients' attitudes toward counseling and ratings of their counselors' general and multicultural counseling competence. *Journal of Counseling Psychology*, *49*, 255–263. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.255>
- Cook, J. M., y Lawson, G. (2016). Counselors' social class and socioeconomic status understanding and awareness. *Journal of Counseling and Development*, *94*, 442–453. <https://doi.org/10.1002/jcad.12103>
- Cuadrado, C., Libuy, M., y Moreno-Serra, R. (2023). What is the impact of forced displacement on health? A scoping review. *Health Policy and Planning*, *38*, 394–408. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad002>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., y Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Dacey, A. (2008). *The secular conscience. Why belief belongs in public life*. Prometheus Books.
- Dazinger, K. (1995). The historical production of the selves. En R. D. Ashmore, y L. Jussim (Eds.). *Self and identity: Fundamental issues*, pp. 137-159. Oxford Academic Press.
- de Abreu Costa, M., y Moreira-Almeida, A. (2022). Religion-adapted cognitive behavioral therapy: A review and description of techniques. *Journal of Religion and Health*, *61*, 443–466. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z>
- Dein, S., Cook, C. C., y Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*, 852–855. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6dle>
- De-María, B., Topa, G., y López-González, M. A. (2024). Cultural competence interventions in healthcare: A scoping review. *Healthcare*, *12*, 1040. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>
- Devine, P. G., Forscher, P. S., Cox, W. T. L., Kaatz, A., Sheridan, J., y Carnes, M. (2017). A gender bias habit-breaking intervention led to increased hiring of female faculty in STEM departments. *Journal of Experimental Social Psychology*, *73*, 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.07.002>
- Dimmick, A., Swift, J. K., y Trusty, W. T. (2020). Latter-Day Saint clients' preferences for a religious match with a psychotherapist. *Spirituality in Clinical Practice*, *7*, 134–143. <https://doi.org/10.1037/scp0000211>
- Douceraín, M. M., Segalowitz, N., y Ryder, A. G. (2017). Acculturation measurement: From simple proxies to sophisticated toolkit. In S. J. Schwartz, y J. B. Unger (Eds.). *The Oxford handbook of acculturation and health* (pp. 97–117). Oxford University Press.
- Dwairy, M. (2009). Culture-analysis and metaphor psychotherapy with arabs-muslims clients. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 199-209. <https://doi.org/10.1002/jclp.20568>
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H. T., Mousavi, S. G., Asadollahi, G. A., y Nasiri, H. (2013). Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced in Biomedical Research*, *2*, 53. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.114201>
- Echeburúa, E., Salaberria, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *19*, 247-256.
- Edge, D., Degnan, A., Cotterill, S., Berry, K., Baker, J., Drake, R., y Abel, K. (2018). Culturally adapted Family Intervention (CaFI) for african-caribbean people diagnosed with schizophrenia and their families: A mixed-methods feasibility study of development, implementation and acceptability. *NIHR Journals Library*. Septiembre.
- Engler, P., MacDonald, M, Piazza, R., y Sher, G. (2020). La migración hacia economías avanzadas puede estimular el crecimiento. Fondo

- Monetario Internacional. *IMF Blog*. <https://www.imf.org/es/Blogs/Articles/2020/06/19/blog-weo-chapter4-migration-to-advanced-economies-can-raise-growth>
- Eckersley, R. (2006). Is modern Western culture a health hazard? *International Journal of Epidemiology*, 35, 252-258. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi235>
- Evans, M. D. R., y Kelley, J. (2004). Subjective social location: Data from 21 nations. *International Journal of Public Opinion Research*, 16, 3-38. <https://doi.org/10.1093/ijpor/16.1.3>
- Finke, P., y Sökefeld, M. (2018). Identity in anthropology. En H. Callan, y S. Coleman (Eds.). *The International Encyclopedia of Anthropology*. Wiley. (25 julio 2018). <https://doi.org/10.1002/9781118924396>
- Fisher, M. (2017). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?* Cajanegra. (Traductor, C. Iglesias; original inglés, 2009).
- Flores, M. V. (2016). La globalización como fenómeno político, económico y social. *Orbis. Revista Científica de Ciencias Humanas*, 34, 26-41.
- Focus on Spanish Society (18 de marzo, 2024). Nota de prensa. <https://www.funcas.es/prensa/espana-entre-los-paises-de-la-union-europea-con-mayor-proporcion-de-residentes-nacidos-en-el-extranjero/>
- Fuertes, J. N., Stracuzzi, T. I., Bennett, J., Scheinholtz, J., Mislowack, A., Hersh, M., y Cheng, D. (2006). Therapist multicultural competency: A study of therapy dyads. *Psychotherapy*, 43, 480-490. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.480>
- Füller, D., Vieth, S. J, y Otto, B (2023). Migrant and socioeconomic status might intersect in adverse health outcomes. *Frontiers on Public Health*, 11:1244612. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1244612>
- Gaganis, C., Hasan, I., Papadimitri, P., y Tasiou, M. (2019). National culture and risk-taking: Evidence from the insurance industry. *Journal of Business Research*, 97, 104-116.
- García-Martínez, J. (2001). *Proyecto docente de psicología de la personalidad*. Universidad de Sevilla.
- Gergen, K J (1996). *Realidades y relaciones. Aproximación a la construcción social*. Paidós. (Traductor, F. Meler; original inglés, 1994).
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península. (Traductor, J. L. Gil; original inglés, 1991).
- Gil-Hernández, C. J. (2020). *Cracking meritocracy from the starting gate. Social inequality in skill formation and school choice*. [Tesis Doctoral]. Universidad Pablo de Olavide.
- Gim-Chung, R. H., Kim, B. S., y Abreu, J. M. (2004). Asian American multidimensional acculturation scale: development, factor analysis, reliability, and validity. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 10(1), 66-80. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.10.1.66>
- Giménez, G. (2002). Globalización y cultura. *Estudios Sociológicos*, 20, 23-46.
- Goh, M. (2005). Cultural competence and master therapist: An inextricable relationship. *Journal of Mental Health Counseling*, 27, 71-81. <https://doi.org/10.17744/mehc.27.1.wjgja36crjhnl2n>
- Gramsci, A. (2023). *Cuadernos de la Cárcel, V3* (cuadernos 12-29). Akal (Traductor A. J. Antón; original italiano, 1920-1932).
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., y Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47, 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Hamamura, T. (2012). Are cultures becoming individualistic? A cross-temporal comparison of individualism-collectivism in the United States and Japan. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 3-24. <https://doi.org/10.1177/1088868311411587>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., y Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 3, e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Hecht, M. L., Collier, M. J., y Ribeau, S. A. (1993). *African american communication: Ethnic identity and cultural interpretation*. Sage.
- Heim, E., y Kohrt, B. A. (2019). Cultural adaptation of scalable psychological interventions: A new conceptual framework. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), 1-22. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.37679>
- Henking, C., Reeves, A., y Chrisinger, B. (2023). Global inequalities in mental health problems: Understanding the predictors of lifetime prevalence, treatment utilisation and perceived helpfulness across 111 countries. *Preventive Medicine*, 177, 107769. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107769>
- Heredia Montesinos, A., Aichberger, M. C., Temur-Erman, S., Bromand, Z., Heinz, A., y Schouler-Ocak, M. (2018). Explanatory models of suicidality among women of turkish descent in Germany: A focus group study. *Transcultural Psychiatry*, 56(1):48-75. <https://doi.org/10.1177/1363461518792432>
- Hernández-García, N. (2020). La politización de la integración en Europa: Una aproximación a través del análisis de la literatura. *FORUM. Revista del Departamento Ciencia Política*, 18, 9-34. <https://doi.org/10.15446/frdcp.n18.79955>
- Hijazi, A. M., Lumley, M. A., Ziadni, M. S., Haddad, L., Rapport, L. J., y Arnetz, B. B. (2014). Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: A preliminary randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 314-322.
- Hoerder, D. (2022). Migration Across History. En M. El Alaoui-Faris, A. Federico, y W. Grisold (Eds). *Neurology in migrants and refugees. Sustainable development goals series*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-81058-0>
- Hofstede, G. (1983). National cultures in four dimensions. A research-based theory of cultural differences among nations. *International Studies of Management y Organization*, 13, 46-74.
- Hofstede, G. (2008). *Values Survey Module*. Hofstede Center.
- Hout, M. (2019). Social mobility. *Pathways. The poverty and inequality report 2019*. Stanford Centre on Poverty and Inequality.
- Huber, B., Barnidge, M., Gil de Zúñiga, H., y Liu, J. (2019). Fostering public trust in science: The role of social media. *Public Understanding of Science*, 28, 759-77
- Hunt, L. M., Schneider, S., y Comer, B. (2004). Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine*, 59(5), 973-986. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.009>
- Hwang W. C. (2011). Cultural adaptations: A complex interplay between clinical and cultural issues. *Clinical Psychology*, 18, 238-241. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01255.x>
- Inglehart, R., y Welzel, C. (2006). *Modernización, cambio cultural y democracia: La secuencia del desarrollo humano*. Monografía 231 CSIC-Siglo XXI (Traductora, M. T. Casado; original inglés, 2005).
- Iniciativa de Salud de las Américas (2011). *Historias del ir y venir y la salud mental: Manual para promotores de salud*. Escuela de Salud Pública, Universidad de California.
- International Organization for Migration (2024). *World Migration Report 2024*. IOM.
- Ishikawa, S. I., Kishida, K., Takahashi, T., Fujisato, H., Urao, Y., Matsubara, K., y Sasagawa, S. (2023). Cultural adaptation and implementation of cognitive-behavioral psychosocial interventions for

- anxiety and depression in Japanese youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26, 727–750. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00446-3>
- Jackline, A. (2025). Narratives of migration: Stories of displacement and resilience. *Eurasian Experiment Journal of Arts and Management*, 7, 44-47.
- Jauregui, I. (2006). La anorexia. Una patología cultural e irracional de la modernidad. *Gazeta de Antropología*, 22, 15. <http://hdl.handle.net/10481/7092>
- Jones, A. K., y Lecchi, T. (2024). ‘It overshadowed everything’: Understanding working-class clients’ experiences of social class differences within the therapeutic relationship. *Counselling and Psychotherapy Research*. 28-12-24. <https://doi.org/10.1002/capr.12867>
- Kara, B. (2019). The impact of globalization on cities. *Journal of Contemporary Urban Affairs*, 3, 108-113. <https://doi.org/10.25034/ijcua.2018.4707>
- Karl, J. A., Johnson, F. N., Bucci, L., y Fischer, R. (2021). In search of mindfulness: A review and reconsideration of cultural dynamics from a cognitive perspective. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 52(2), 168–191. <https://doi.org/10.1080/03036758.2021.1915804>
- Karson, M., y Fox, J. (2010). Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), 269–281. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.3.269>
- Kim, S., y Cardemil, E. (2012). Effective psychotherapy with low-income clients: The importance of attending to social class. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 27–35. <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9194-0>
- King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., y Bebbington, P. (2013). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *British Journal of Psychiatry*, 202, 68–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>
- Klein, N. D., Bravo, A. J., Conway, C. C., Keough, M. T., Pilatti, A., Mezquita, L y Cross-Cultural Addictions Study Team (2024). Individualism, collectivism, and emotion regulation: A cross-cultural examination among young adults from seven countries. *Current Psychology*, 43, 26007–26018. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06226-8>
- Kleinman A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151, 447–454. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Klok, J., van Tilburg, T., Fokkema, T., et al. (2020). Comparing generations of migrants’ transnational behaviour: the role of the transnational convoy and integration. *Comparative Migration Studies*, 8, 46. <https://doi.org/10.1186/s40878-020-00206-0>
- Koç, V., y Kafa, G. (2019). Cross-cultural research on psychotherapy: The need for a change. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50, 100-115. <https://doi.org/10.1177/0022022118806577>
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., de Jong, J. TVM., y Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 365-406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>
- Kottak, C. P. (2011). *Antropología cultural*. McGraw Hill (traductor, V. Campos; original inglés, 2011)
- Koneru, V. K., Weisman de Mamani, A. G., Flynn, P. M., y Betancourt, H. (2007). Acculturation and mental health: Current findings and recommendations for future research. *Applied Preventive Psychology*, 12, 76-96. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2007.07.016>
- Kraus, M. W., y Callaghan, B. (2016). Social class and prosocial behavior: The moderating role of public versus private contexts. *Social Psychological and Personality Science*, 7, 769-777. <https://doi.org/10.1177/1948550616659120>
- Kraus, M. W., Côté, S., y Keltner, D. (2010). Social class, contextualism, and empathic accuracy. *Psychological Science*, 21, 1716–1723. <https://doi.org/10.1177/0956797610387613>
- Kraus, M. W., y Keltner, D. (2009). Signs of socioeconomic status: A thin-slicing approach. *Psychological Science*, 20, 99–106. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02251.x>
- Kraus, M. W., y Park, J. W. (2014). The undervalued self: Social class and self-evaluation. *Frontiers in Psychology*, 5, 1404. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01404>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M. L., y Keltner, D. (2012). Social class, solipsism, and contextualism: how the rich are different from the poor. *Psychological Review*, 119(3), 546–572. <https://doi.org/10.1037/a0028756>
- Kraus M. W., Tan J. J. X. (2015). Americans overestimate social class mobility. *Journal of Experimental Social Psychology*, 58, 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.01.005>
- Kumaraswamy, N. (2007). Psychotherapy in Brunei Darussalam. *Journal of Clinical Psychology*, 63(8), 735–745. <https://doi.org/10.1002/jclp.20388>
- Kyung-Sup, C., y Min-Young, S. (2010). The stranded individualizer under compressed modernity: South Korean women in individualization without individualism. *British Journal of Sociology*, 61(3), 539–564. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2010.01325.x>
- Lai, N.-W., y Tsai, H. H. (2014). Practicing psychodrama in Chinese culture. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 386-390. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.06.005>
- Lai, T., McAvay, H., y Safi, M. (2024). Diverging pathways: the effects of initial legal status on immigrant socioeconomic and residential outcomes in France. *European Sociological Review*, 40, 598–614. <https://doi.org/10.1093/esr/jcad047>
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. C. Norcross, y M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*, pp. 94–129. Basic Books.
- Lenin Ilich, V. (1975). Un paso adelante, dos pasos atrás. En V. Lenin Ilich, V. (Autor). *Obras escogidas, V2 (1901-1905)*, pp. 121-160. Progreso (Traducción, equipo de la editorial Progreso; original ruso, 1904).
- Lerner, G. (2017). *La creación del patriarcado*. Katakak (Traductora, M. Tusell; original inglés, 1987).
- Liu, W. M. (2012). Developing a social class and classism consciousness. In E. M. Altmaier, y J. I. C. Hansen (Eds.). *The Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 326–345). Oxford University Press.
- Liu, W. M. (Ed.) (2013). *The Oxford handbook of social class in counseling*. Oxford University Press.
- Liu, W. M., Ali, S. R., Soleck, G., Hopps, J., Dunston, K., y Pickett, T., Jr. (2004). Using social class in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 3–18. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.3>
- López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570–588). John Wiley.



- Rodríguez-Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoerapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1139>.
- Rogers, C. R. (2011). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Paidós. (Traductora, L. R. Weinberg; original inglés, 1961).
- Rogers-Sirin, L., Yanar, C., Yüksekbaş, D., Senturk, M. I., y Sirin, S. (2017). Religiosity, cultural values, and attitudes toward seeking psychological services in Turkey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(10), 1587–1604. <https://doi.org/10.1177/0022022117732532>
- Rojas, D. E. (2020). Relaciones de clase y estratificación social desde la perspectiva de la sociología analítica. *Sociológica*, 35, 9-41.
- Rojas-Tejada, A. J., Navas-Luque, M., Lozano Rojas, O. M., y Gómez Berrocal, C. (2010). Test de favoritismo endogrupal interétnico adaptado al modelo ampliado de aculturación relativa: fiabilidad y evidencias de validez. *Psicothema*, 22, 1039-1047.
- Rosal, R. (2007). El psicoterapeuta ante el reto de una sociedad con creciente pluralismo e identidad cultural. *Revista de Psicoterapia*, 18(70-71), 85-114.
- Rose-Clarke, K., Pradhan, I., Shrestha, P. et al. (2020). Culturally and developmentally adapting group interpersonal therapy for adolescents with depression in rural Nepal. *BMC Psychology*, 8, 83. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00452-y>
- Rubin, M., y Morrison, T. (2014). Individual differences in individualism and collectivism predict ratings of virtual cities' liveability and environmental quality. *Journal of General Psychology*, 141, 348e372. <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.2014.938721>.
- Saadi, A., Ponce, N. A. (2020). Worse mental health among more-aculturated and younger immigrants experiencing discrimination: California health interview survey, 2015–2016. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 1419–1426. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05412-w>
- Sachs, J. (2005). *El fin de la pobreza. Cómo conseguirlo en nuestro tiempo*. Debate (Traductor, R. Martínez; original inglés, 2005).
- Saha, S., Beach, M. C., y Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Sampson, A. (2001). La psicoterapia como artefacto cultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 359-368.
- Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K., y Kim, I. (2019). Trauma, post-migration stress, and mental health: A comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 909–919. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0826-2>
- Santos, H. C., Varnum, M. E. W., y Grossmann, I. (2017). Global increases in individualism. *Psychological Science*, 28(9), 1228-1239. <https://doi.org/10.1177/0956797617700622>
- Sekhar, A. C., y Govinda, B. (2012). Individualistic and collectivistic orientations of rural and urban professional students and their attitudes towards fairness in appraisals and procedures in HRM practices. *Paripex Indian Journal of Research*, 3, 209-210.
- Shala, M., Morina, N., Salis Gross, C., Maercker, A., y Heim, E. (2020). A Point in the Heart: Concepts of Emotional Distress Among Albanian-Speaking Immigrants in Switzerland. *Culture, medicine and psychiatry*, 44(1), 1–34. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09638-5>
- Silveus, S. A., Schmit, M. K., Oliveira, J. T., y Hughes, L. E. (2023). Meta-analysis of culturally adapted cognitive behavioral therapy for anxiety and depression. *Journal of Counseling & Development*, 101(2), 129–142. <https://doi.org/10.1002/jcad.12463>
- Sit, H. F., Ling, R., Lam, A. I. F., Chen, W., Latkin, C. A., y Hall, B. J. (2020). The cultural adaptation of step-by-step: An intervention to address depression among chinese young adults. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 650. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00650>
- Smith, T. B., Bartz, J. D., y Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17, 643-655. <https://doi.org/10.1080/10503300701250347>
- Snodgrass, J. G., Brewis, A., Dengah, H. J. F., Dressler, W. W., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Mendenhall, E., Sagstetter, S., Weaver, L. J., y Zhao, K. X. (2022). Ethnographic methods for identifying cultural concepts of distress: Developing reliable and valid measures. *Field Methods*, 35(3), 175-197. <https://doi.org/10.1177/1525822X221113178>
- Stiles, D. A., Alaraudanjoki, E., Wilkinson, L. R., Ritchie, K. L., y Brown, K. A. (2019). Researching the effectiveness of tree of life: An imbeleko approach to counseling refugee youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(1), 123–139. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00286-w>
- Sue S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440–448. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.4.440>
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., y Berger, L. K. (2009). The case for cultural competence in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-5348. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651>
- Takeda, K. (1964). Morita therapy. *Journal of Religion and Health*, 3, 335-344.
- Tan, J. J., y Kraus, M. W. (2015). Lay theories about social class buffer lower-class individuals against poor self-rated health and negative affect. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 41(3), 446–461. <https://doi.org/10.1177/0146167215569705>
- Tan, J. J. X., Kraus, M. W., Carpenter, N. C., y Adler, N. E. (2020). The association between objective and subjective socioeconomic status and subjective well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 146(11), 970-1020. <https://doi.org/10.1037/bul0000258>
- Taylor, C. (1996). *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Paidós (Traductora, A. Lizó; original inglés, 1989).
- Tehrani, H. D., y Yamini, S. (2022). Gender differences concerning the horizontal and vertical individualism and collectivism: A meta-analysis. *Psychological Studies*, 67(1), 11–27. <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00638-x>
- Thomason, T. (2011). Best practices in counseling native americans. *Journal of Indigenous Research*, 1(1). Article 3. <https://doi.org/10.26077/ypcz-9x86>
- Thompson, M., Diestelmann, J, Cole, O., Keller, A, y Minami, T. (2014). Influence of social class perceptions on attributions among mental health practitioners. *Psychotherapy Research*, 24, 640-650. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.873556>
- Thompson, M. N., Chin, M. Y., y Kring, M. (2019). Examining mental health practitioners' perceptions of clients based on social class and sexual orientation. *Psychotherapy*, 56(2), 217–228. <https://doi.org/10.1037/ps0000222>
- Thompson, M. N., Cole, O. D., y Nitzarim, R. S. (2012). Recognizing social class in the psychotherapy relationship: A grounded theory exploration of low-income clients. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 208–221. <https://doi.org/10.1037/a0027534>
- Triandis, H. C. (1995). Individualism and collectivism. *Westview Press*.

- Trott, A., y Reeves, A. (2018). Social class and the therapeutic relationship: The perspective of therapists as clients. A qualitative study using a questionnaire survey. *Counselling & Psychotherapy Research*, 18(2), 166–177. <https://doi.org/10.1002/capr.12163>
- Ulgen, S. (2022). Una perspectiva crítica sobre la globalización. *Anuario Internacional CIDOB*, 31, 99-111.
- UNESCO (2012). *Fácil guía 1. Cultura y nuestros derechos culturales*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000228345>
- Uzoka, A. F. (1983). Active versus passive therapist role in didactic psychotherapy with nigerian clients. *Social Psychiatry*, 18, 1-6.
- Van Dyck, G. A. J., y Nefale, M. (2005). The split-ego experience of africans: Ubuntu therapy as a healing alternative. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 48-66. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.1.48>
- Vannini, S., Gomez, R., Carney, M., y Mitchell, K. (2018). Interdisciplinary approaches to refugee and migration studies: Lessons from collaborative research on sanctuary in the changing times of Trump. *Migration and Society*, 1(1), 164-174. <https://doi.org/10.3167/arms.2018.010115>
- Varela, V. M. (2005). Análisis de la relación existente entre aculturación y nacionalidad. *Psicología para América Latina*, 3. <https://psicolatina.org/Tres/analisis.html>
- Velandia-Coustol, C. A., Navas-Luque, M., y Rojas-Tejada, A. J. (2018). El Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR). Balance y perspectivas de investigación. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 34, 11480. <https://doi.org/10.4000/remi.11480>
- Vicary, D. A., y Bishop, B. J. (2005). Western psychotherapeutic practice: Engaging aboriginal people in culturally appropriate and respectful ways. *Australian Psychologist*, 40, 8-19. <https://doi.org/10.1080/00050060512331317210>
- Vilar, J. B., y Vilar, M. J. (1999). *La emigración española a Europa en el Siglo XX*. La Muralla.
- Villa, A., y Poblete, M. (2007). *Aprendizaje basado en competencias*. Universidad de Deusto
- Villalba, J. A., Ivers, N. N., y Ohlms, A. B. (2010). Cuento group work in emerging rural latino communities: Promoting personal-social development of latina/o middle school students of mexican heritage. *Journal for Specialists in Group Work*, 35, 23-43 <https://doi.org/10.1080/01933920903463502>
- Walsh, K., King, M., Jones, L., Tookman, A., y Blizard, R. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ-Clinical Research*, 324(7353), 1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7353.1551>
- Wampold, B. E., e Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia. La evidencia que hace que la psicoterapia funcione*. Eleftheria. (Traductor, L. Botella; original inglés, 2015).
- Weinrach, S.G., y Thomas, K. R. (2004). The AMCD multicultural counseling competencies: a critically flawed initiative. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 81–93. <https://doi.org/10.17744/mehc.26.1.p20t16tdhpgcxm3q>
- Whaley, A. L., y Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62(6), 563–574. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.6.563>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- Wilczewska, I. T. (2023). Examining the relationship between acculturation and socioeconomic status and their role for the first generation polish immigrants' well-being. *Journal of International Migration y Integration*, 24, 1337–1355. <https://doi.org/10.1007/s12134-023-01006-y>
- Wright, A., Reisig, A., y Cullen, B. (2020). Efficacy and cultural adaptations of narrative exposure therapy for trauma-related outcomes in refugees/asylum-seekers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(4), pp. 301-314. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.003>
- Wu, H., Yu, D., He, Y., Wang, J., Xiao, Z., y Li, C. (2015). Morita therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Article CD008619. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008619.pub2>
- Yampolsky, M. A., Amiot, C. E., y de la Sablonnière, R. (2013). Multicultural identity integration and well-being: A qualitative exploration of variations in narrative coherence and multicultural identification. *Cultural Psychology*, 4, 126. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00126>
- Yáñez, S., y Cardenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista Salud y Sociedad*, 1, 51-70. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0001.00006>
- Yip, T. (2005). Sources of situational variation in ethnic identity and psychological wellbeing: A Palm study of chinese american students. *Personality Social Psychology Bulletin*, 31, 1603–1616. <https://doi.org/10.1177/0146167205277094>
- Yoon, E., Chang, C. T., Kim, S., Clawson, A., Cleary, S. E., Hansen, M., Bruner, J. P., Chan, T. K., y Gomes, A. M. (2013). A meta-analysis of acculturation/enculturation and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 15–30. <https://doi.org/10.1037/a0030652>
- Zimmer, Z., Rojo, F., Ofstedal, M. B., Chiu, C. T., Saito, Y., y Jagger, C. (2018). Religiosity and health: A global comparative study. *SSM-Population Health*, 7, 006–6. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.11.006>