

Adaptación cultural de una terapia de estimulación cognitiva

Cultural adaptation of cognitive stimulation therapy

Nancy Medel¹, Patricia Solís², Inés Mintz³, Ivana Villella⁴, Emily Fisher⁵, Silvia Kochen⁶, Aimee Spector⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i166.724>

Resumen

Introducción: La Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) se originó en el Reino Unido. Se trata de un programa de estimulación que ha demostrado en un estudio multicéntrico, aleatorizado y de diseño controlado beneficios en la cognición y la calidad de vida de los pacientes con demencia. La TEC fue adaptada e implementada en más de 30 países. Consiste en 14 sesiones grupales, semanales para 6 a 8 participantes. **Material y Método:** En este trabajo presentamos la adaptación cultural de la Terapia de Estimulación Cognitiva siguiendo las directrices para la adaptación de la terapia de estimulación cognitiva a otras culturas traducidas al español para ser utilizadas en nuestro país. Utilizamos el método de adaptación, denominado “Modelo Formativo para adaptar Psicoterapia” (MFP), “de abajo hacia arriba”, que está fundado en la consulta a la comunidad. Iniciamos el proceso con la traducción del manual, posteriormente lo adaptamos con la información obtenida en consultas a pacientes, familiares, cuidadores y profesionales de la salud. Finalmente probamos la viabilidad y la adecuación cultural de la Terapia al español. **Resultados:** Se necesitaron algunas modificaciones, especialmente relacionadas con cuestiones lingüísticas, en 10 de las 14 sesiones. Pudimos realizar una adaptación culturalmente apropiada de esta Terapia para Argentina. El manual de sistematización y adaptación cultural está listo para ser utilizado para su implementación y validación en un mayor número de grupos y en diferentes lugares del país.

Palabras clave: adaptación cultural, terapia estimulación cognitiva, demencia

Abstract

Introduction: *Cognitive Stimulation Therapy (CST) originated in the UK and has demonstrated benefits in cognition and quality of life in patients with dementia, through a multicenter, randomized, controlled design study. It was adapted and implemented in more than 30 countries, consisting of 14 group sessions, weekly for 6 to 8 participants. Method: In this paper we present the cultural adaptation of Cognitive Stimulation Therapy following the guidelines for the adaptation of Cognitive Stimulation Therapy to other cultures translated into Spanish to be used in our country. The adaptation method, called “Formative Model for Adapting Psychotherapy” (FMAP), from the “bottom up” is community-based. We started the process with the translation of the manual, then adapted it with feedback from consultations with patients, family members, caregivers and health professionals. Finally, we tested the feasibility and cultural adequacy of the*

RECIBIDO 10/3/2024 - ACEPTADO 29/7/2024

¹Licenciada en Psicología (UBA). Especializada en Neuropsicología. <https://orcid.org/0000-0003-3574-8214>

²Licenciada en Fonoaudiología (UNLP). Especializada en Neuropsicología. <https://orcid.org/0000-0002-1058-5677>

³Licenciada en Psicología (UBA). <https://orcid.org/0009-0007-8735-036X>

⁴Licenciada en Psicología (UF). <https://orcid.org/0009-0009-3212-9654>

⁵Mgster. en Demencias (UCL). Coordinadora del Centro Internacional CST. <https://orcid.org/0000-0002-8110-8405>

⁶Médica neuróloga (UBA). Doctora (UBA). Vicedirectora de la unidad asociada del CONICET, Estudios en Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS). <https://orcid.org/0000-0003-0513-3534>

⁷Doctora en Psicología Clínica (DClinPsy). Catedrática de Psicología Clínica de la Vejez, Colegio Universitario de Londres. Directora del Centro Internacional de Terapia de Estimulación Cognitiva. <https://orcid.org/0000-0003-4448-8143>

Autora correspondiente

Silvia Kochen

skochen@gmail.com

Institución donde se realizó la investigación: Estudios en Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Hospital “El Cruce-Dr. Néstor Kirchner”, Universidad Nacional Arturo Jauretche y Clínica de la Memoria, Consultorios AMI, dependientes del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce-Dr. Néstor Kirchner”, F.Varela.



therapy in Spanish. Results: Some modifications, especially related to linguistic issues, were required in 10 of the 14 sessions. We were able to make a culturally appropriate adaptation of this Therapy for Argentina. The systematization and cultural adaptation manual is ready to be used for large-scale implementation and validation in this country.

Keywords: cultural adaptation, cognitive stimulation therapy, dementia

Introducción

La prevalencia de la demencia en América Latina es similar a la reportada en países desarrollados, siendo más elevada en sujetos relativamente jóvenes en comparación con los países desarrollados (Nitrini et al., 2009). Por otro lado, variables socioculturales, como el bajo nivel educativo y el analfabetismo, influyen en el diagnóstico de demencia en la región (Sociedad Española de Neurología., 2018; Prince et al., 2003)

Según la guía diagnóstica y terapéutica de la Sociedad Española de Neurología (2018) (Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencias, 2018) los fármacos disponibles actualmente para la EA sólo consiguen enlentecer la progresión de los síntomas, no disponiéndose en el momento actual de fármacos modificadores de la enfermedad eficaces para reducir su gravedad y restaurar la función cognitiva. Esta situación ha llevado a la necesidad de buscar nuevas estrategias terapéuticas.

Hasta el presente, el abordaje terapéutico de la demencia se centra en el tratamiento farmacológico, utilizando básicamente sustancias pro-colinérgicas, como donepezilo y galantamina. Sin embargo, se considera que a largo plazo esos fármacos presentan limitaciones en su eficacia terapéutica a nivel cognoscitivo, emocional y conductual (Miranda-Castillo et al., 2013).

Actualmente existe una evidencia creciente de que las intervenciones cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia (D) producen cambios en el patrón de activación cerebral, lo que sugiere que pueden aumentar la reserva cognitiva y producir cambios neurobiológicos.

La ausencia de efectos secundarios hace que sean una opción apropiada también como tratamiento preventivo (Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencias, 2018)

De acuerdo con una definición ampliamente aceptada de intervenciones psicosociales, la terapia de estimulación cognitiva (TEC), ha demostrado mayor evidencia de eficacia, que otras terapias (Spector et al., 2001). Se diferencia del entrenamiento cognitivo, es decir, práctica guiada en un conjunto de tareas estándar para mejorar una función cognitiva específica,

y por otro lado, de la rehabilitación cognitiva, un enfoque más bien individualizado destinado a mejorar el desempeño en la vida cotidiana para lograr metas personales preseleccionadas (Spector et al., 2010).

La TEC consiste en la participación en una gama de actividades y debates en grupo, dirigidos a mejorar la función cognitiva y social. Los principios fundamentales de la TEC aplicados en cada sesión se centran en opiniones en lugar de hechos, mediante el uso de nuevas ideas, pensamientos, y asociaciones, brindando orientación para que los participantes se sientan seguros de sí mismos, estimulando la cognición a través de activación sensorial múltiple y el uso de la reminiscencia como ayuda para el aquí y ahora (Spector et al., 2017). Las sesiones del TEC involucran temas que podrían incluirse en otras intervenciones psicosociales también, el punto crucial reside en la forma estimulante en que estos temas surgen de la interacción entre los participantes y se presentan adaptados a sus posibilidades (Clare, L., & Woods, 2004).

Esta intervención grupal, se desarrolló en el Reino Unido y está basada originalmente en una revisión bibliográfica y sistemática sobre intervenciones psicosociales disponibles. La TEC fue recomendada por la *Guidelines of National Institute for Health and Clinical Excellence and the Social Care Institute for Excellence* en 2007 y avalada por *Alzheimer's Disease International*, usada en treinta países y traducida a ocho lenguas. Un estudio mostró que los costos y beneficios de la TEC son más rentables que las intervenciones farmacológicas). El método de la TEC ha sido traducido y adaptado a diferentes culturas, y numerosos estudios multicéntricos ampliaron la evidencia que confirma su eficacia para retrasar el deterioro cognitivo (Lobbia et al., 2018). También se han observado efectos positivos sobre la calidad de vida, la percepción de soledad social y emocional, y las habilidades en la comunicación (McDermott et al., 2019).

La adaptación cultural implica una modificación sistemática de la terapia considerando el lenguaje, la cultura y el contexto de una manera que sea compatible con los significados, valores y estilos culturales de los participantes (Hwang, 2009).

El presente estudio tiene como objetivo presentar el proceso de adaptación cultural del manual TEC, "Making a Difference", segunda edición revisada (Spector, & Thorgrimsen, 2006) para la población argentina. Se realizó la adaptación y traducción del manual de TEC escrito en inglés al español. Se utilizó el método formativo de adaptación a la psicoterapia (FMAP) propuesto por Hwang, que Aguirre et al. (Aguirre & Werheid, 2017) adoptaron en el desarrollo de una guía para la Adaptación de la TEC. En el proceso de adaptación se incluyeron grupos focales de familiares, pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. Finalmente se realizaron dos ciclos de adaptación y un estudio piloto que involucró a dos grupos en diferentes escenarios de atención.

Materiales y métodos

El presente trabajo se realizó en la Unidad de Estudios en Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS) perteneciente al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) el Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce, Dr. Néstor Kirchner" (HEC), Universidad Nacional "Arturo Jauretche" (UNAJ), Departamento de la Clínica de la Memoria (CM).

El proceso de adaptación cultural de TEC, se realizó siguiendo el método formativo para adaptar psicoterapias (FMAP) (Aguirre & Werheid, 2017). El modelo FMAP, es un enfoque "de abajo hacia arriba", basado en la consulta a la comunidad. Este método consiste en cinco fases:

- I. Generar información y colaborar con las partes interesadas.
- II. Integrar la información generada con conocimiento clínico y teórico.
- III. Volver a ver y revisar.
- IV. Probar la intervención culturalmente adaptada.
- V. Sintetizar la devolución de las partes interesadas y finalizar.

El proceso de adaptación comenzó con la traducción al español del manual en inglés "Making a Difference: An Evidence-Based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy to People With Dementia" (CST) (Spector & Thorgrimsen, 2006) que contiene descripciones de cada sesión y una introducción a los principios generales de la TEC.

La traducción e interpretación fue realizada por una neuropsicóloga del equipo de la CM con formación formal (C2) en el idioma, posteriormente fue enviado para su corrección al equipo de Terapia de Estimulación Cognitiva internacional (CST Interna-

tional). Se llevaron a cabo todas las fases que establece el método, donde se incluyeron varios grupos de participantes: profesionales de la salud de las especialidades de cardiología, traumatología, diabetología, neumonología y enfermería. Doce familiares cuidadores de pacientes, diez pacientes con demencia tipo Alzheimer (PcD), personal de CM, equipo integrado por neurología y neuropsicología, a quienes se les realizaron entrevistas para la adaptación.

Para la implementación del estudio piloto de la TEC, se seleccionaron los pacientes que concurren a la CM, todos afiliados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), con diagnóstico de demencia leve y deterioro cognitivo leve.

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Carlos Kirchner (HEC), en sesión extraordinaria en formato virtual (según POE's vigentes), del día 06 de junio de 2023

Procedimiento de adaptación por fases

Fase I: Generar conocimiento y colaborar

Dentro de esta etapa, se consultó mediante formulario Google, a seis profesionales del Centro de Salud, en el que funciona la CM, que atienden a la misma población en otras especialidades como Traumatología, Fonoaudiología, Cardiología, Neumonología, Enfermería y Clínica Médica. Se dieron parámetros de orientación, tales como interés, innovación, principios clave, simplicidad e idoneidad de la TEC. Se les pidió que analizaran críticamente el programa y su relevancia cultural. Sus aportes permitieron conocer sus perspectivas profesionales teniendo en cuenta sus conocimientos de la población destinataria de TEC. Un integrante del equipo de investigación, registro las contribuciones.

Se seleccionaron aleatoriamente a seis familiares directos, acompañantes de los pacientes para consultarlos en entrevistas individuales. Se los informó sobre la TEC y sus principios claves y, posteriormente, se los consultó sobre la factibilidad de asistir y sostener la presencia durante 14 sesiones. Se consultó sobre la frecuencia posible y cuáles serían los obstáculos para asistir. Se indagó sobre sus creencias sobre la demencia, la disposición al acompañamiento de pacientes, cuáles serían los recursos humanos y materiales necesarios para que su familiar pudiera asistir a un espacio de TEC. También se indagó respecto de sus impresiones sobre la realización de la TEC, en qué momento del día preferían la convocatoria a los grupos y de qué manera utilizarían su tiempo en el caso de tener que esperar a su familiar.

En la *Tabla 1* se presentan las preguntas que se realizaron para esta fase.

Fase II: Integrar la información generada con conocimiento clínico y teórico

Fueron consultados a 8 PcD de la CM para reflexionar sobre las actividades, sugerir materiales y contenidos culturales a fin de simplificar y mejorar la adaptación de la TEC. Se consultó sobre preferencias de géneros musicales, figuras famosas conocidas, comidas y golosinas de la infancia, lugares y actividades recreativas frecuentes. También se testeó sobre preferencias de actividades creativas para la sesión 8. Las sugerencias fueron recopiladas por escrito por una investigadora del equipo.

Fase III: Volver a ver y revisar

Se integró la información obtenida en la Fase I y II generada con conocimiento empírico y clínico. Hubo consenso en la necesidad de cambiar culturalmente estímulos relevantes utilizados en varias actividades. Los cambios sugeridos fueron incorporados en una primera versión del manual traducido por nuestro grupo y permitió una definición y descripción detalladas de las actividades de las 14 sesiones utilizando estímulos adaptados a nuestra cultura. Se delineó el encuadre de la terapia y se integró la nueva información a la modalidad de trabajo durante las sesiones. Para ello se realizó un ensayo con el equipo de investigación, integrado por tres neuropsicólogas para familiarizarse con el material y modelar las intervenciones a llevar a cabo en el marco de la TEC.

Tabla 1

¿Qué opina acerca de implementar una terapia de estimulación cognitiva con la persona que está a su cuidado?

¿Cree que es factible acompañar al paciente en una terapia como la descripta?

Considerando que la totalidad de las sesiones son 14, ¿qué cosas tendría en cuenta para poder cumplir el compromiso de acompañar durante la totalidad de las sesiones?

Le solicitamos que sugiera la frecuencia de las sesiones, teniendo en cuenta la disponibilidad que tendría en caso de acompañar al paciente.

Le solicitamos que sugiera la frecuencia de las sesiones considerando la disponibilidad de tiempo y motivación del paciente.

¿Como cuidador y acompañante del paciente, que le interesaría realizar durante la sesión de la terapia?

¿Cuenta con los recursos y tiempo para acompañar al paciente a realizar la terapia de estimulación cognitiva?

Fase IV: Probar la intervención culturalmente adaptada. Estudio piloto

Como parte del proceso, se llevó a cabo el estudio piloto para evaluar la aceptabilidad y factibilidad del programa adaptado culturalmente, en nuestra población de pacientes. Para esto se organizaron dos grupos piloto, con el objetivo de asegurar una cantidad de pacientes significativa ante el posible abandono de alguno, y ofrecer accesibilidad horaria.

También se evaluó la capacidad de traslado en la vía pública de forma autónoma o con acompañamiento.

Para participar en la implementación del estudio piloto TEC fueron seleccionados pacientes con demencia leve (Allegri et al., 2012) (DL) y deterioro cognitivo leve (DCL) de la CM. Para ser incluidos, los participantes debían tener un diagnóstico clínico de DL, un ACE-R (*Addenbrooke's Cognitive Examination Revised*) con puntuación igual o menor a 75, la habilidad para participar en actividades de grupo; ausencia de impedimento visual o auditivo significativo o que pudiera ser corregido con anteojos o audífonos y no presentar enfermedad física importante, discapacidad de aprendizaje u otra discapacidad que pudiera afectar la participación.

Se convocó a 16 pacientes (10 mujeres y 6 hombres). La edad de la población fue de 61 a 83 años con escolaridad de 2 a 9 años.

Todos fueron evaluados con el Protocolo de *screening* de la CM para deterioro cognitivo y funcionalidad (Kochen et al., 2018).

Fase V: Sintetizar los comentarios de las partes interesadas y finalizar

En esta etapa se concentró toda la información recopilada y trabajada durante el estudio piloto para finalizar la intervención culturalmente adaptada.

Al finalizar el estudio piloto (Fase IV) dos miembros del equipo realizaron una entrevista en forma grupal a los integrantes del grupo para relevar sus opiniones sobre la experiencia. También al finalizar cada sesión, los pacientes respondieron un cuestionario breve sobre las percepciones y opiniones acerca de las sesiones. En la sesión 14 se les preguntó sobre la experiencia general de la terapia.

Cuestionario breve

Consta de tres preguntas:

- ¿Cuánto disfrutaste la sesión? (Por ejemplo “mucho”; “poco”; “nada”)
- ¿Hay algo que hicimos que hayas disfrutado particularmente, o te haya parecido interesante?
- ¿Hay algo que hicimos que no te haya gustado o que podríamos haber hecho mejor?

Se consultó a cuidadores y pacientes para identificar facilitadores y barreras para la implementación futura de la TEC.

Se analizaron los contenidos de las actividades de cada sesión. Los temas identificados fueron compilados y sistematizados. El proceso fue discutido entre integrantes del equipo de la CM. Finalmente, se realizó un análisis e interpretación integral para identificar los factores que pudieran afectar la implementación del programa TEC en población del conurbano bonaerense, como la estructura de la sesión, las actividades, materiales concretos y las variables demográficas de la población, como el nivel de alfabetización.

Resultados

En cada una de las fases se registraron contribuciones que aportaron a la fase siguiente como lo establece el método.

Fase I, el programa fue considerado adecuado por profesionales de la salud y cuidadores para la población del conurbano bonaerense (aglomeración urbana que abarca la ciudad de Buenos Aires y sus suburbios) en Argentina. No se sugirieron cambios en la estructura del TEC. En la *Fase II*, los cambios consultados a pacientes y familiares en el contenido de cada sesión, fueron sintetizados y se presentan en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Adaptación cultural por sesiones

Sesión	Actividad	Motivos de la adaptación cultural
Juegos físicos	Se optó por el juego de la pelota.	Espacio disponible reducido. Primer encuentro del grupo.
Sonidos	Apareamiento de imágenes con sonidos exteriores e interiores. Ejemplos: puerta, viento, llaves, lluvia, teléfono, secador de pelo, pato, etc.	Heterogeneidad en los gustos musicales.
Infancia	Uso de juguetes y golosinas.	Se presentaron imágenes de golosinas del pasado como "gallinitas" "galletitas Manon®", caramelos "Media hora" "corazoncitos". Se incluyeron postres como "arroz con leche" y azúcar en forma de "terrones" que se consumían.
Comida	Imágenes individuales, intercambiables y plastificadas de alimentos dulces y salados.	Se eligieron distintos cortes de carne, frutas, verduras y variedad de tubérculos. Se incluyeron harinas de trigo y mandioca. Condimentos, lácteos y bebidas.
Actualidad	La pregunta, "¿Qué piensas de la familia real?" fue reemplazado por, "¿Qué piensas sobre el ejercicio ciudadano del voto?"	Argentina no tiene familia real.
Caras/escenas	Se eligieron rostros de artistas populares, políticos y lugares antiguos	Personas y lugares fácilmente reconocibles.
Asociación de palabras	Se sugieren parejas como: "Olmedo y Porcel", "El gordo y el flaco", Cantidades: "barril de petróleo", Similitudes: "fresco como una lechuga", "seco como lengua de loro", Lugares: "Cataratas del Iguazú"	Algunas asociaciones sugeridas del manual son desconocidas para nuestra población.
Ser creativo	Se optó por dibujo y collage. Se propuso destinar la tarea para alguien querido. Integrar una imagen que traen ellos	La ausencia de cocina y espacio adecuado para maniobrar con tierra determinó la elección de las opciones. Para estimular la iniciativa proponemos destinatario y una imagen propia.
Categorización de objetos	Sin modificación	Las sugerencias del manual se adaptan culturalmente a nuestra población.
Orientación	Utilizar mapa impreso de Argentina con las provincias delimitadas y plano local con delimitación de barrios (Partido de Florencio Varela).	La impresión gráfica de varios mapas permite brindar tiempo de ubicación espacial a cada integrante.
Uso de dinero	Sin modificación	Las sugerencias del manual se adaptan culturalmente a nuestra población.
Juego de Números	De las actividades sugeridas para esta sesión, el sudoku es la menos conocida. Se sugiere cambiar por juego de cartas "chinchon"	Incorporar un juego de números con mayor popularidad.
Juego de palabras	Sin modificación	Las actividades sugeridas son factibles de realización.
Juego en equipo	Sin modificación	Las actividades sugeridas son factibles de realización.

Fase III, se enfatizó la necesidad de cambiar los estímulos culturalmente relevantes utilizados en varias actividades, adaptar materiales para representar juegos, personas, lugares o expresiones locales populares y familiares. De las entrevistas iniciales con las partes interesadas como pacientes, familiares y profesionales de la salud, surgió la necesidad de organizar dos grupos en horarios de mañana y de tarde en razón del trabajo de los familiares. El lugar de realización para la TEC grupal quedó establecido en el mismo espacio físico donde funciona la CM, por ser el espacio que cuenta con los servicios e instalaciones sanitarias adecuadas para la recepción de los grupos.

La frecuencia de las sesiones a una vez por semana se vio determinada por diferentes causas como la dificultad de los traslados, tanto de pacientes que asistían solos, como los que eran acompañados por familiares. Otro motivo fue el costo económico de los que se trasladaban en automóviles de alquiler y la necesidad de los cuidadores de contar con tiempo en la semana para acompañar a sus familiares como cónyuges o nietos. De igual manera los profesionales consultados opinaron que la frecuencia semanal de los encuentros, asegurarían el sostenimiento de las 14 sesiones debido a que la mayoría de los pacientes asisten al CM sin compañía.

Durante la *Fase IV*, todas las sesiones se iniciaron a tiempo, una vez por semana durante 14 semanas, con dos neuropsicólogas disponibles como coordinadoras de grupo. Todas las sesiones mantuvieron la estructura de TEC, comenzando con una introducción y finalizando con despedidas.

Abandonaron el programa dos integrantes hombres por discusión en la actividad de noticias actuales en la sesión 2. En las primeras dos sesiones se produjo una tensión en el grupo durante las charlas de las noticias del día, producto de diferencias políticas. Se asumió que esta situación motivó el abandono. Tres integrantes mujeres en la sesión 3 y 4 dejaron de asistir por pérdida del acompañamiento. Una participante fue hospitalizada (en la sesión 14). Finalmente concluyeron todas las sesiones 11 participantes.

Detalles de actividades y funcionamiento de todas las sesiones se presentan en la *Tabla 3*.

La *Fase IV* (Estudio Piloto), nos ha permitido en esta etapa comprobar que la adaptación cultural de TEC tuvo un resultado positivo y apropiado.

Fase V, las opiniones de los participantes, cuidadores y coordinadores de grupo sobre las sesiones fueron consideradas en esta etapa en lo referido a lo que encontraron más y menos satisfactorio, así como reco-

mendaciones/sugerencias de mejora. Los resultados surgieron de un análisis cualitativo de la información relevada en las diferentes fases.

La percepción de los pacientes sobre cuánto disfrutaron las sesiones, fue evaluada en un Cuestionario Breve al final de cada sesión y expresadas en “*nada*”; “*poco*”; “*mucho*”. Diez pacientes respondieron “*mucho*”, en 8 de las 14 sesiones. Manifestaron “*poco*” en las primeras 3 sesiones. El resto del grupo abandono por causas climáticas, traslados y tensiones durante el intercambio de opiniones. Esto correlaciona con la percepción de los facilitadores que observaron el aumento del interés, disfrute y comunicación, como también las expresiones de buen humor.

Otras observaciones

Concluida la experiencia de la totalidad del Programa:

- Se hace necesario flexibilizar y reemplazar el espacio de temas de actualidad o noticias actuales dentro de cada Sesión, por un espacio de conversación con temas que traen los participantes del grupo, sin perder el objetivo de relacionarlo con la actualidad y distanciarlo de las experiencias individuales.
- Debido a las tensiones relacionales entre los integrantes del grupo, los coordinadores debieron orientar los temas propuestos por los pacientes de modo subjetivo, hacia la generalización y anonimato trascendiendo las diferencias coyunturales, para favorecer la cohesión grupal.
- En la sesión “Ser creativo”, se observó muy buena recepción y un clima festivo durante la actividad. Se incluyó música, sugerida por el grupo, realizaron collage y dibujo elegidos por los participantes. A partir de la sesión siguiente, se observó que dar una entidad al producto realizado, la elección de un destinatario, alentó al grupo y la adherencia a la terapia. Los pacientes comentaron luego el impacto que la tarea y el producto, tuvo en sus hogares y familiares.
- Se concluyó en la necesidad de plantear en una versión final del manual la preferencia por material visual y auditivo para minimizar la necesidad de leer y escribir debido a la baja alfabetización esta población adulta mayor de Florencio Varela.
- Se incluyó un encuentro más al finalizar para compartir impresiones. Los pacientes expresaron la fuerte adhesión a los encuentros.
- Finalmente se brindó información sobre recursos sociales en la comunidad de Florencio Varela, como talleres, centros de jubilados, clubes para dar continuidad a la actividad social y recreativa.

Tabla 3. Actividades y funcionamiento de todas las sesiones

Sesión	Grupo	Actividad principal	Consideraciones de aceptación y factibilidad
Juegos físicos	1 y 2	Se optó por el juego de la pelota.	La actividad se aceptó con agrado y facilitó las presentaciones personales y expresiones de preferencias e intereses.
Sonidos	1 y 2	Apareamiento de imágenes con sonidos exteriores e interiores.	La actividad captó la atención de todos los participantes.
Infancia	1	Uso de juguetes y golosinas.	Los integrantes presentaron sorpresa frente a los estímulos. Evocaron historias de infancia en torno a las golosinas y juegos
	2	Mi infancia	Completaron con agrado las preguntas y dibujaron el espacio donde dormían en su infancia. La actividad viabilizó el relato autobiográfico en diferentes realidades
Comida	1 y 2	Imágenes individuales, intercambiables y plastificadas de alimentos dulces y salados	Se dividieron en dos subgrupos y organizaron un menú para dos personas con entrada y postre. El ajuste al presupuesto presentó variabilidad en la resolución por desconocimiento de precios de algunos integrantes
Actualidad	1 y 2	Presentación de una nota de diario sobre la comparación de un programa de TV donde se buscaba pareja ¿"yo me quiero casar y usted?" y las aplicaciones y redes de la web para el amor	La actividad viabilizó la reflexión e intercambio sobre las parejas actuales y las de antes, como también las diferencias de los géneros para la sociedad actual.
Caras/escenas	1 y 2	Se eligieron rostros de artistas populares, políticos y lugares antiguos.	La actividad promovió la conversación y la opinión sobre gustos y comparaciones en el tiempo.
Asociación de palabras	1 y 2	Completar cantidades, refranes y similitudes.	Los participantes tomaron la actividad en forma lúdica y añadieron refranes como "A cada chanco le llega su San Martín" o "el zorro pierde el pelo, pero no las mañas"
Ser creativo	1 y 2	Se optó por dibujo y collage optativo o combinado. Les solicitamos previamente, una foto que quisieran integrar	Solo una integrante dibujo. Los demás combinaron las técnicas y sumaron fotos de nietos o hijas. Se observó gran satisfacción por la tarea concluida y expresión de alegría.
Categorización de objetos	1 y 2	Se utilizaron tarjetas con categorías, para elegir la letra se usó el método de comenzar con el abecedario y otro interrumpe. Se nombran objetos con esa letra	En letras menos frecuentes se observaba más dificultad para nominar. Se observó dificultad para completar el abecedario. Se alternó con elección directa de letras como p, m, l y r.
Orientación	1 y 2	Se utilizó un mapa de mayor escala para el país y dos más pequeños del Partido de Florencio Varela.	La ubicación de sus provincias de origen y sus domicilios actuales fueron ubicados en los mapas. Concientizaron las distancias de sus respectivos barrios entre si. La dificultad se presentó en la búsqueda en el mapa de menor dimensión.
Uso de dinero	1 y 2	¿Cuánto cuesta? Aparear objetos con precios en la pizarra. Sumar un grupo de objetos para comprar. Opciones de billetes para pagar. Billetes vigentes y en desuso	Los integrantes participaron activamente, la dificultad de presente en el cálculo de precios, considerando la variabilidad de precios que produce la inflación que tiene la economía argentina
Juego de números		Juego de cartas donde gana el que tira la más alta.	Algunos integrantes presentaron demora para comprender la dinámica del juego pero finalmente, todos lograron ganar una vez, lo que festejaron.
Juego de palabras		Juego del "ahorcado" cada uno paso a la pizarra y propuso una palabra para ser adivinada.	La actividad mantuvo en alerta a los participantes al punto de mantenerse parados durante el juego. Algunos fallaron en el deletreo de base
Juego en equipo		Mito o verdad	El grupo mostró gran entusiasmo. Al final de la sesión, los participantes se expresaron sobre lo que sentían y lo que más les gustaba y disgustaba en la experiencia general.

Fase IV. Grupo piloto 1 y 2.

Discusión

El aumento de la expectativa de vida en los últimos años, ha llevado a que aquellas patologías neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, pasaran a ser altamente prevalentes. Se estima que en Argentina aproximadamente 500.000 personas padecen enfermedad de Alzheimer. La tendencia actual es el diagnóstico temprano y el manejo integral tanto del paciente como de su familia (Ibanez, & Slachevsky, 2020).

Las terapias no farmacológicas se definen como intervenciones sin química, teóricamente sustentadas, focalizadas y replicables, aplicadas al paciente o al cuidador, y son potencialmente capaces de obtener beneficios relevantes. Entre las terapias no farmacológicas que se han ido proponiendo en los últimos años, la estimulación cognitiva es la que recibe el mayor apoyo empírico, especialmente en el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y las demencias, llegando a proponerse como la primera intervención a realizar cuando se realizan el diagnóstico (Ruiz Sánchez de León, 2012).

En el presente trabajo hemos realizado la traducción al español del manual de la CST y su adaptación cultural. Se siguió la metodología FMAP sugerida para adaptación cultural y se implementó un estudio piloto involucrando a dos grupos de pacientes como parte de la Fase IV de adaptación cultural. Se encontró que es una intervención factible de realizar en nuestra población en un contexto ambulatorio. Los resultados del estudio piloto fueron satisfactorios para los pacientes y sus familiares.

Se hallaron limitaciones del método basado en la consulta a la comunidad debido a la escasa información sobre demencias que tiene la población destinataria.

El manual adaptado culturalmente está listo para ser utilizado en nuestra población y los resultados cualitativos obtenidos deben ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones de la investigación ya que se trata de un estudio piloto, con un número reducido de pacientes. En un futuro se espera poder escalar esta experiencia a un número mayor de pacientes poder contar con evidencia cuantitativa para valorar la eficacia del programa. Por otra parte, orientar la prueba de la eficacia del programa en grupos con diferentes características en nuestro país.

La TEC ha sido traducida y adaptada en varias lenguas de diferentes países como Alemania, Brasil, Tanzania, India y Portugal. Las adaptaciones se ven influenciadas por los equipos de trabajo con los que

se cuentan y varían en formación y capacitación. Al igual que en nuestra experiencia, en cada uno de estos países se tuvieron en cuenta también los recursos edilicios para la conformación de grupos, en algunos casos el clima extremo y los niveles culturales y socio-económicos de los pacientes.

Resulta fundamental, como ocurre en los países mencionados, contar con la existencia de planes nacionales de envejecimiento saludable que enmarquen y sienten las bases para la territorialización de la prevención y atención de la salud de los adultos mayores y en especial aquellos con demencia.

Esperamos contar en nuestro país con un plan nacional que asegure que las diferentes opciones terapéuticas como la TEC se realicen en el contexto de tratamientos interdisciplinarios que combinen terapias farmacológicas y no farmacológicas, así como otras derivadas de diversas disciplinas según la necesidad de cada paciente en particular.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, E., & Werheid, K. (2017). Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. *Cognitive Stimulation Therapy for Dementia: History, Evolution and Internationalism*, 177–194. <https://doi.org/10.4324/9781315209043>
- Allegri, R. F., Russo, M. J., Kremer, J., Taragano, F. E., Brusco, I. O. J. (2012). Review of recommendations and new diagnosis criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatr.*, 23(101), 5–15.
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 385–401.
- Hwang, W. C. (2009). The Formative Method for Adapting Psychotherapy (FMAP): A community-based developmental approach to culturally adapting therapy. *Professional psychology, research and practice*, 40(4), 369–377. <https://doi.org/10.1037/a0016240>
- Ibanez, A., Slachevsky, A. S. C. (2020). Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencia. banco interamericano del desarrollo.
- Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: Cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 188(JUNE), 574–580. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.010561>
- Kochen S., Sevillano Z., Lisso J., Medel N., S. P. (2018). Screening of Cognitive Impairment: Undiagnosed or Over Diagnosis in a Vulnerable Population. . . *J Neurosci Cogn Stud.*, 2(1), 1009.
- Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., & Borella, E. (2018). The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild to moderate dementia: A review. *European Psychologist*, 23, 43–61.
- McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrell, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging and Mental Health*, 23(4), 393–403. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423031>

- Miranda-Castillo, C., Tapia, F. M., Herrera, A. R., Ghigliotto, F. M., & Guerra, L. S. (2013). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo alzheimer: Un estudio piloto en chilenos de la tercera edad*. *Universitas Psychologica*, 12(2), 445–456. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-2.ipec>
- Nitrini, R., Bottino, C. M. C., Albala, C., Custodio Capuñay, N. S., Ketzoian, C., Llibre Rodriguez, J. J., Maestre, G. E., Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: A collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 622–630. <https://doi.org/10.1017/S1041610209009430>
- Prince, M., Acosta, D., Chiu, H., Scazufca, M., Varghese, M., & 10/66 Dementia Research Group (2003). Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *Lancet (London, England)*, 361(9361), 909–917. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12772-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12772-9)
- Ruiz Sánchez de León, J. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.02.002>
- Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en demencias. (2018).
- Spector, A., Thorgrimsen, L. (2006). Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people with dementia. Manual for group leaders. Hawker Publications.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11, 377–397.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253–1258. <https://doi.org/10.1002/gps.2464>
- Spector, A., Sen, L. T., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2017). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *Psychology of Aging*, 197–203. <https://doi.org/10.4324/9781315245706-27>