

MEMORIA DE LA ROTACIÓN EXTERNA EN PSICOGERIATRÍA

CLÍNICA PSICOGERIÁTRICA JOSEFINA ARREGUI
ALSASUA (NAVARRA)

María del Carmen Cleto Alvarez
Residencia: MIR 2, Geriatria, Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa
Adela
Febrero-Marzo 2026.

ÍNDICE

1. Introducción y motivación personal
2. Historia y filosofía de la Clínica Josefina Arregui
3. Estructura asistencial y funcionamiento del centro
4. La dinámica de trabajo diario en hospitalización
5. El valor de la historia clínica y la anamnesis detallada
6. El equipo multidisciplinar como pilar del tratamiento
7. Conocimientos farmacológicos y terapéuticos clave
8. Lo que me llevo de la rotación (resumen personal)
9. Agradecimientos

1. INTRODUCCIÓN Y MOTIVACIÓN PERSONAL

La presente memoria recoge mi experiencia formativa durante la rotación externa en la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui, ubicada en Alsasua, Navarra. Esta estancia, realizada entre los meses de [indicar período], ha sido posible gracias a la concesión de una beca de formación en centros de referencia nacional, y se enmarca dentro de mi plan formativo como Médico Interno Residente de Geriátrica.

Mi interés por la psicogeriatría nace de la creciente prevalencia de los trastornos neurocognitivos y de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias (SPCD), que representan uno de los mayores desafíos clínicos y sociofamiliares en la atención a las personas mayores. Durante mi formación previa en hospitales de agudos y urgencias, observé con frecuencia cómo la falta de recursos específicos y de una formación profunda en este área conducía a un manejo subóptimo, caracterizado por la polifarmacia, el uso excesivo de psicofármacos y, en última instancia, a una institucionalización precoz o a una sobrecarga familiar insostenible.

Por ello, el objetivo principal de esta rotación era sumergirme en un centro de referencia nacional en psicogeriatría, con el fin de adquirir habilidades prácticas en el abordaje integral de estos pacientes, profundizar en el manejo farmacológico y no farmacológico de los SPCD, y aprender de un equipo multidisciplinar altamente especializado. Aspiraba a comprender no solo "qué" hacer, sino "cómo" y "por qué", internalizando un modelo de atención centrado en la persona y su dignidad. Las páginas que siguen resumen los logros de este objetivo.

2. HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA CLÍNICA JOSEFINA ARREGUI

La Fundación Clínica Josefina Arregui nace de una historia profundamente humana y conmovedora. Su fundador, D. Felipe Lecea, originario de Alsasua, vivió en primera persona el impacto devastador de la enfermedad de Alzheimer en su esposa, Josefina Arregui. Lejos de sucumbir a la impotencia, D. Felipe canalizó su dolor y su carácter emprendedor en un proyecto visionario: crear un centro que asistiera a quienes sufren demencias con la misma sensibilidad y dignidad que él hubiera deseado para su esposa.

Así, en marzo de 1993, se constituyó la fundación, inaugurando inicialmente un centro de día. Su filosofía fundacional, que perdura hasta hoy, se asienta sobre tres pilares innegociables: situar a la persona en el centro del cuidado, preservar su autonomía en la medida de lo posible y garantizar su dignidad en todas las etapas de la enfermedad. Lejos de ser un eslogan vacío, este ideario se traduce en cada decisión clínica, en cada interacción y en el diseño mismo del espacio físico.

Con el tiempo, el proyecto creció. Consciente de la necesidad de una atención más intensiva para los casos más complejos, la clínica amplió sus servicios, incorporando una unidad de hospitalización de media estancia y posteriormente consultas externas especializadas. Desde sus inicios, D. Felipe trabajó incansablemente para que el centro formara parte del entramado sociosanitario público de Navarra, un objetivo que se materializó mediante acuerdos con el Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) y el Departamento de Derechos Sociales. Hoy, la clínica se erige en el valle de Sakana como un ejemplo de colaboración público-privada sin ánimo de lucro, demostrando que la excelencia asistencial y la calidez humana no están reñidas.

3. ESTRUCTURA ASISTENCIAL Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

La Clínica Josefina Arregui está concebida como un ecosistema de cuidados integral, donde distintos niveles de asistencia se articulan para dar respuesta a las necesidades cambiantes del paciente con enfermedad neurocognitiva. Su estructura se organiza en tres áreas fundamentales, que operan de manera coordinada:

1. Unidad de Hospitalización: Dispone de 33 camas, financiadas mayoritariamente con fondos públicos. Es el núcleo de la atención intensiva a la crisis. Los pacientes ingresados suelen presentar SPCD de intensidad moderada a grave que no pueden ser manejados en su domicilio o en su residencia habitual (agresividad, agitación psicomotriz, rechazo severo a los cuidados, psicosis o alteraciones graves del sueño). La estancia media es de aproximadamente un mes, tiempo considerado necesario para estabilizar la situación clínica, ajustar la medicación y planificar el alta de forma segura. El ingreso puede ser solicitado por atención primaria, otros hospitales o desde las propias consultas externas del centro.
2. Centro de Día: Con 30 plazas (también concertadas en su totalidad con el Gobierno de Navarra), este recurso está dirigido a personas con demencia en fase moderada que disponen de un buen soporte familiar y pueden seguir residiendo en su domicilio. El objetivo principal es retrasar la institucionalización, ofreciendo estimulación cognitiva, actividades de la vida diaria (AVD), fisioterapia y socialización durante el día. Para las familias, representa un respiro fundamental. El perfil de usuario es diferente al de hospitalización: son personas más estables, sin trastornos de conducta graves.
3. Consultas Externas: Comprenden un servicio de neurogeriatría (público y privado) y de neuropsicología clínica. Aquí se realiza el seguimiento de los pacientes dados de alta, se valoran nuevos casos derivados y se filian los diagnósticos diferenciales. Las consultas son largas (30-60 minutos) y se caracterizan por una anamnesis exhaustiva, que a menudo incluye la entrevista a familiares. Este servicio actúa como puerta de entrada a la hospitalización y como punto de control post-alta, garantizando la continuidad de cuidados.

Esta estructura permite un flujo dinámico de pacientes: la consulta detecta la crisis que requiere ingreso, la hospitalización la resuelve, y el centro de día y las consultas posteriores mantienen la estabilidad alcanzada.

4. LA DINÁMICA DE TRABAJO DIARIO EN HOSPITALIZACIÓN

Mi actividad principal se desarrolló en la planta de hospitalización, bajo la supervisión del equipo médico. La rutina diaria estaba meticulosamente organizada para maximizar el tiempo de atención al paciente y la comunicación entre profesionales. El día comenzaba puntualmente a las 8:00 a.m. con el pase de enfermería. Este encuentro, que incluía a médicos, auxiliares, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajadora social, era sagrado. Las enfermeras del turno de noche detallaban las incidencias hora por hora: descanso nocturno, episodios de desorientación, necesidad de rescates farmacológicos, ingestas, deposiciones y cualquier cambio conductual. Era una primicia de inestimable valor para ajustar el plan del día.

Tras el pase, revisábamos las constantes y las notas evolutivas en el sistema informático. A continuación, alrededor de las 9:00 a.m., acompañábamos a los pacientes durante el desayuno. Esta observación directa era crucial: nos permitía evaluar el nivel de alerta post-medicación nocturna, la capacidad para alimentarse de forma autónoma y la interacción social matutina, que a menudo difería radicalmente del comportamiento vespertino.

Más tarde, los pacientes se dirigían a la sala común, un espacio luminoso. Allí, mientras sonaba música ambiental, el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta realizaban sus sesiones individualizadas o grupales. A media mañana tenía lugar la terapia grupal (estimulación cognitiva, fisioterapia o musicoterapia), que observaba con especial interés. Era sumamente notorio, cuando no se realizaba por alguna incidencia externa la terapia ocupacional o fisioterapia, pues existía un aumento notable de episodios de inquietud y desorientación entre los pacientes, lo que evidenció el poder terapéutico y estructurante de estas actividades, siendo el tratamiento no farmacológico uno de los pilares más importantes del manejo psicoconductual,

Las comidas (almuerzo y cena) eran también momentos de observación clave. Los médicos realizábamos una segunda y tercera ronda, reevaluando la evolución. Entre medias, se realizaban ingresos (preferentemente por la mañana), se preparaban informes de alta y, dos veces por semana, se llevaba a cabo la reunión multidisciplinaria formal, en la que cada profesional hablaba sobre la situación actual de cada paciente, desde como se comportaban en las

intervenciones con las auxiliares, la colaboración a la hora de la toma de medicación, cómo interactúan en las actividades de fisioterapia y terapia ocupacional. Así como la situación social por planificar las altas. Por las tardes, el equipo médico ya no estaba presente físicamente, por lo que la comunicación en el pase de las 15:00 era igualmente detallada para que el personal de tarde y noche tuviera todas las herramientas.

5. EL VALOR DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA ANAMNESIS DETALLADA

El aprendizaje más importante, y que recalcaré durante toda mi carrera, fue la centralidad de una historia clínica extraordinariamente detallada. En la Clínica Josefina Arregui, la anamnesis no era un mero trámite burocrático, sino la herramienta terapéutica principal. El diagnóstico diferencial entre una demencia, un delirium sobreañadido o un trastorno conductual primario se basaba fundamentalmente en una cronología precisa y en la que, el testimonio de la familia, más allá de cualquier prueba complementaria.

Me impactó especialmente la sistemática recogida de datos sobre la personalidad premórbida del paciente. Se indagaba exhaustivamente sobre su carácter, sus reacciones habituales al estrés, su profesión, sus aficiones y su nivel educativo. Esta información resultó ser oro puro en el día a día. Por ejemplo, en un paciente con marcada tendencia al orden y la limpieza previa, episodios de resistencia a ser aseado o de "esconder" objetos no eran interpretados como una mera conducta desadaptativa, sino como una expresión de su esencia y se manejaba desde la negociación y ofreciéndole responsabilidades (como doblar su propia ropa). En cambio, si esa misma conducta aparecía en un paciente que siempre fue despreocupado, alertaba de un probable delirium o de un empeoramiento orgánico.

Además, se realizaba una exhaustiva entrevista indirecta (familiares o cuidadores principales). A través de ella, se construía "la persona antes de la enfermedad", un mapa de referencia que permitía distinguir qué síntomas eran verdaderamente nuevos y cuáles eran exacerbaciones de rasgos previos. Por ejemplo, un familiar que describía a su padre como "siempre huraño y solitario" permitía al equipo no medicalizar en exceso un cierto aislamiento, centrando el abordaje en otros frentes. Esta perspectiva longitudinal y profunda fue lo que más me enriqueció.

6. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR COMO PILAR DEL TRATAMIENTO

La eficacia de la clínica no residía en individualidades brillantes, sino en la calidad de su trabajo en equipo multidisciplinar. La estructura horizontal, donde cada voz era escuchada y valorada, era palpable. Ninguna decisión relevante se tomaba sin la aportación conjunta de médicos, enfermeras, auxiliares, terapeutas ocupacionales (TO), fisioterapeutas (FT), neuropsicóloga y trabajadora social.

- Terapia Ocupacional y Fisioterapia: Me maravilló su capacidad para revertir deterioros funcionales severos que yo atribuía a la progresión de la enfermedad. Vi pacientes que ingresaban en silla de ruedas por un síndrome extrapiramidal inducido por antipsicóticos y, tras ajustar la medicación y un intenso trabajo de estimulación y reeducación de la marcha, salían caminando con andador. Las TO diseñaban actividades personalizadas basadas en la historia de vida (limpiar, escribir, herramientas de trabajo) que reducían drásticamente la agitación.
- Neuropsicología: La labor de la neuropsicóloga era fundamental para el diagnóstico sindrómico. Aportaba perfiles cognitivos detallados (memoria, funciones ejecutivas, praxias, gnosia, lenguaje) que orientaban el diagnóstico diferencial (EA vs. DFT vs. DCL) y marcaban los objetivos de la terapia cognitiva. Verla interactuar con pacientes muy deteriorados, obteniendo respuestas donde yo solo veía confusión, fue una lección magistral de paciencia y habilidad.
- Trabajo Social: Era el eslabón con la realidad sociofamiliar. Desde el día del ingreso, se entrevistaba con la familia para evaluar la ley de dependencia, el agotamiento del cuidador y la viabilidad del domicilio. En las reuniones de los jueves, era quien aportaba la pieza clave: "La familia no puede hacerse cargo de vuelta" o "la hija quiere intentarlo pero necesita apoyo específico", orientando así el destino del alta.

Esta cohesión se materializaba en las reuniones multidisciplinarias semanales, donde se discutía caso por caso, no para asignar culpas, sino para coordinar esfuerzos hacia un objetivo común: el bienestar del paciente y su familia.

7. CONOCIMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS CLAVE

La rotación supuso una puesta al día y una profundización significativa en farmacología psicogerítrica. Aprendí que, en el anciano con demencia, la regla es "empezar bajo y ir lento", pero también "ser audaz" en situaciones de sufrimiento clínico. Resumo lo más relevante:

- **Antipsicóticos:** Comprendí cuándo usar un típico (haloperidol, en crisis de agitación muy severa y puntual) y cuándo recurrir a los atípicos. La quetiapina se consolidó como mi favorita para la agitación diurna no psicótica por su perfil de efectos secundarios relativamente más benigno. La risperidona fue muy útil para agresividad, pero aprendí a monitorizar el riesgo parkinsoniano. La olanzapina era la reina de la sedación nocturna y del manejo del paciente muy disruptivo, asumiendo su riesgo metabólico. El aripiprazol me sorprendió por su buena tolerancia a dosis bajas para la apatía.
- **Antidepresivos:** La trazodona en dosis bajas fue mi gran descubrimiento como hipnótico no benzodicepínico y ansiolítico en pacientes con alteración conductual. La mirtazapina demostró ser una excelente opción en pacientes con insomnio de conciliación, escaso apetito y ansiedad. Los ISRS, liderados por el escitalopram y la sertralina, siguieron siendo la primera línea para la sintomatología depresiva y ansiosa sin insomnio.
- **Tratamientos específicos:** La rivastigmina (IACE) fue de elección en Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL), con evidencia no solo en cognición sino en alucinaciones visuales. La memantina considerada en fases moderadas-graves de Alzheimer o cuando los IACE no eran tolerados.
- **Trastorno del Sueño REM (TSREM):** Fue uno de los temas más novedosos. Aprendí a sospecharlo ante pacientes que "actúan sus sueños" con movimientos bruscos y vocalizaciones. La primera línea es la melatonina, mientras que antidepresivos como mirtazapina pueden empeorarlo.

8. LO QUE ME LLEVO DE LA ROTACIÓN (RESUMEN PERSONAL)

Tras finalizar esta rotación, soy consciente de que mi práctica clínica nunca volverá a ser la misma. Los aprendizajes trascienden lo puramente técnico.

En el plano asistencial y técnico:

1. *La historia clínica es el mejor fármaco.* Una anamnesis cronológica y centrada en la personalidad previa es más diagnóstica que cualquier prueba de neuroimagen en muchas ocasiones.
2. *El manejo no farmacológico es la base.* Las actividades estructuradas, la validación emocional y el conocer los gustos y aficiones del paciente reducen más la agitación que un antipsicótico a demanda.
3. *Desprescribir es tan importante como prescribir.* He internalizado el algoritmo para retirar de forma gradual y segura psicofármacos (especialmente antipsicóticos, tras 4 meses de estabilidad).
4. *El equipo es el protagonista.* La figura del médico es una más dentro de un engranaje que incluye a TO, FT, enfermería y trabajo social. Sin ellos, nuestro trabajo es inútil.

En el plano personal y humanístico:

5. *La dignidad por encima de todo.* La clínica lleva "dignidad" en su ADN. He aprendido que preservar la autonomía, aunque sea en pequeñas decisiones (qué ropa ponerse, a qué hora levantarse), es un acto de respeto profundo hacia la persona que sufre.
6. *La importancia de acompañar a la familia.* El sufrimiento de la familia que cuida es inmenso. Dedicar tiempo a escuchar su culpa, su miedo y su agotamiento es parte ineludible del tratamiento.
7. *Otro modelo es posible.* He visto que trabajar con calma, dedicando tiempo a la reflexión y la docencia, no es un lujo, sino una necesidad para garantizar la seguridad clínica y la satisfacción profesional. La presión asistencial desmedida es enemiga de la buena psicogeriatría.

En resumen, esta experiencia ha reafirmado mi vocación por el cuidado del anciano frágil y con deterioro cognitivo. Me voy con las herramientas, la confianza

y, sobre todo, la inspiración para intentar construir, allá donde ejerza, un modelo de atención más humano, más lento y más efectivo.

9. AGRADECIMIENTOS

No puedo concluir esta memoria sin expresar mi más sincero agradecimiento a la dirección y a todo el personal de la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui por su acogida, su generosidad docente y por hacerme sentir uno más desde el primer día. Especialmente, quiero mencionar a Ana Mauleon, por su paciencia, su sabiduría y por compartir conmigo su forma tan humana de entender la medicina. A la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), por hacer económicamente viable esta rotación a través de su beca, apostando por la formación de los residentes como pilar del futuro de nuestra especialidad. Y, por supuesto, a los pacientes y sus familias, que, en sus momentos de mayor vulnerabilidad, me permitieron aprender y me enseñaron mucho más de lo que yo pude ofrecer. Gracias.

María del Carmen Cleto Alvarez
MIR 2 Geriátrica. Hospital Central de la Cruz Roja.
Madrid.
