

# QUÉ DEBO HACER AL INTERACTUAR CON UN PACIENTE CONFUSO



## SIEMPRE

---

Mantener en todo momento un trato cortés y amable.

## RESPECTO

---

Por las necesidades, preferencias y capacidades cognitivas de la persona.

## SIMPLE

---

Ajustar la complejidad y extensión de la información que se desea entregar a la condición de la persona.

## EVITAR

---

El paternalismo, la condescendencia y el lenguaje técnico.

## ESTRATEGIAS A CONSIDERAR PARA MINIMIZAR LA AGITACIÓN Y LA CONFUSIÓN ASOCIADAS A AMNESIA POSTRAUMÁTICA (APT) Y DELIRIO POST TRAUMÁTICO (DPT):

- **Evitar contenciones** y permitir que la persona se mueva con la mayor libertad posible, siempre y cuando esto no suponga un riesgo para la integridad del paciente.
- **Evitar la sobreestimulación**, teniendo cuidado de alejar aquellos estímulos que, por la condición del paciente, favorecen la agitación. En pacientes muy agitados preferir procedimientos que favorezcan la estabilización, evitando aquellos que aumentan la agitación, salvo los imprescindibles para asegurar su bienestar y calidad de vida. Siempre recordar que una sobreestimulación puede darse por el tipo de estímulo o por la cantidad de estos en un momento determinado.
- **Las visitas se deben evaluar siempre considerando su efecto en la agitación.** Inicialmente, se sugiere manejo por psicólogo que apoye en la psicoeducación de las visitas, particularmente en cómo adecuarse a los cambios conductuales del paciente producto de APT/DPT. Las visitas deben ser mediadas por dupla psicólogo-terapeuta, hasta que el equipo estime que las visitas han logrado un adecuado manejo de los gatillantes de la agitación sin mediación terapéutica.
- **Limitar la evaluación y terapia si es causal de agitación o fatiga extrema**, salvo los imprescindibles para asegurar su bienestar y calidad de vida.
- **Permitir que el paciente descanse todo lo que necesite** (sin juzgar). Uno de los síntomas comunes en APT, son las alteraciones del sueño y vigilia que, sumadas a la medicación y procedimientos clínicos, pueden generar importantes problemas de fatiga y activación. Si el paciente se encuentra durmiendo y la terapia no es fundamental para la integridad del paciente, se recomienda buscar otro horario o día.
- En la medida de lo posible, **mantener la continuidad en el equipo de salud que atiende al paciente.** Cada intervención, además, debe iniciar con una presentación del profesional, técnico o cuidador; aclarando el contexto de ayuda o rehabilitación y especificando cómo le favorece la intervención que se realizará de forma simple y concreta.

## ESTRATEGIAS A CONSIDERAR PARA MINIMIZAR LA AGITACIÓN Y LA CONFUSIÓN ASOCIADAS A AMNESIA POSTRAUMÁTICA (APT) Y DELIRIO POST TRAUMÁTICO (DPT):

- **Establecer formas de comunicación confiables para el paciente.** Explicar el contexto y los procedimientos que se realizarán, con lenguaje adecuado a la condición del paciente. Siempre tomar atención al nivel de complejidad de la información, las unidades de información (cantidad) y que se acompañe de un lenguaje no-verbal que favorezca seguridad, respeto y empatía por parte del equipo de salud.
- **Brindar constante apoyo y guía para resolver las dudas y temores del paciente.** Puede ayudar en este proceso el escucharlos activamente y con una actitud empática para disminuir los niveles de ansiedad e intranquilidad. Dada su condición, es probable que los pacientes no recuerden, confundan o confabulen, por lo tanto, es necesario aclarar. Es fundamental contextualizar TODA intervención.
- **Presentar información personal y familiar a tolerancia.** Orientar es fundamental en la rehabilitación de una persona con APT y DPT, sin embargo, se debe limitar su uso si causa inquietud o agitación.
- **De preferencia mantener hospitalización hasta que se supere APT o asegurarse de proveer de un ambiente protegido,** con personas que puedan entender y satisfacer sus necesidades, ya sea en una casa que cuente con las ayudas técnicas que requiere o, en su defecto, una institución dedicada a ello.
- **Respetar la intimidad del paciente,** se recomienda conversar sobre él (o temas relacionados a él) fuera de su alcance visual o auditivo, tanto entre personal de salud como a nivel familiar.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ponsford, J., Janzen, S., McIntyre, A., Bayley, M., Velikonja, D., & Tate, R. (2014). INCOG Recommendations for management of cognition following Traumatic Brain Injury, Part I. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 29(4), 307–320.
- Ponsford, J., Carrier, S., Hicks, A., & McKay, A. (2020). Assessment and management of patients in the acute stages of recovery following traumatic brain injury in adults—a world-wide survey. Journal of Neurotrauma. doi:10.1089/ neu.2020.7299
- Mysiw WJ, Bogner J, Corrigan J, Fugate L, Clinchot D, Kadyan V. (2006). The impact of acute care medications on rehabilitation outcome after traumatic brain injury. Brain Injury, 20(9):905–911.

Si tienes alguna consulta,  
no dudes en escribirnos:  
[psicologianrh@achs.cl](mailto:psicologianrh@achs.cl)

Cada dos semanas, tendremos un nuevo material educativo. ¿Sobre qué te gustaría aprender un poco más? ¡Cuéntanos!

Equipo de la Edición 01  
Contenidos: Ps. Carolina Tschorne, Ps. Ramiro Cruces  
Coordinación: Flgo. Rodrigo Tobar