



Abuso de Sustancias y el Trauma Cerebral

Por David Strauss, MD

Introducción

No existe mucha discusión en cuanto a que el trauma cerebral adquirido (ABI, por sus siglas en inglés) y el abuso de sustancias están relacionados. Los muchos cambios cognitivos, físicos y lingüísticos posteriores a un trauma cerebral adquirido pueden ocasionar que los individuos no hagan uso adecuado de las sustancias como una manera de sobrellevar los cambios significativos de sus vidas. Varios estudios sugieren que:

- El trauma cerebral adquirido es uno de los tipos de lesiones relacionados con el alcohol más comúnmente contraído (Jernigan, 1991).
- Cerca del 58% de las personas con trauma cerebral adquirido tienen antecedentes de abuso o dependencia del alcohol previos a la lesión (Kreutzer et al., 1990).
- Aproximadamente del 44% al 66% de las personas con trauma cerebral tienen historiales de problemas crónicos adicionales relacionados con el alcohol (Corrigan, 1995).
- El 50% de las personas con un trauma cerebral adquirido volverán a consumir drogas y alcohol después de la lesión (Sparadeo, Strauss & Barth, 1990).
- Aproximadamente el 40% de las personas en instituciones de rehabilitación post-agudas tienen problemas moderados y severos con el abuso de sustancias, y el alcohol es la sustancia que más se usa con exceso en más del 90% de los casos (NHIF, 1988).
- La alta incidencia de abuso de sustancias en individuos que sufren un trauma cerebral se relaciona con otros factores posteriores a la lesión.

Típicamente, las personas con trauma cerebral se sienten aisladas por sus compañeros y sus familias las tratan de manera distinta, conduciéndolas al uso del alcohol como un común denominador o como una manera para sentirse aceptadas.

Además, estos individuos a menudo no pueden reanudar el empleo o participar en las actividades sociales y de distracción que gozaban antes, llevándolas a incrementar el consumo del alcohol a fin de que le ayude a aliviarse del aburrimiento y de los sentimientos de aislamiento.

En el individuo con trauma cerebral, la capacidad para captar conceptos abstractos como sobriedad y compromiso virtualmente no existe sin una vasta información. Debido a esta cognición deteriorada, los programas como Alcohólicos Anónimos (A.A.) raras veces funcionan para los individuos con trauma cerebral a menos que estén acompañados de información adicional, apoyo profesional y estrategias claramente definidas para la recuperación y la sobriedad.

El Grupo de Trabajo sobre el Abuso de Sustancias de la Asociación de Trauma Cerebral (Brain Injury Association's Task Force on Substance Abuse) ha recomendado que las personas con trauma cerebral permanezcan en abstinencia. Sin embargo, mantener la sobriedad es difícil particularmente en la sociedad Norteamericana y requiere de mucho apoyo. Durante mucho tiempo, los estudios han demostrado que la familia es el mayor recurso para el individuo con trauma cerebral y, por eso, es clave para apoyar la abstinencia, pero es a menudo necesario brindar la suficiente información a los miembros de la familia sobre los efectos de las sustancias en el individuo con trauma cerebral antes de comprender la necesidad de la abstinencia.

Los siguientes aspectos son recursos, que se refieren a información sobre el diagnóstico doble del abuso de sustancias y el trauma cerebral, reflejan la manera que el diagnóstico impacta a el individuo con trauma cerebral, su familia y el proceso de tratamiento.

La magnitud del problema

Es importante darse cuenta que el alcohol desempeña varios papeles en el trauma cerebral.

En primer lugar, el alcohol es el factor de predisposición mejor establecido (Sparaedo, Strauss & Barth, 1990.) Ni la edad, ocupación, ni ningún otro factor pone al individuo en un riesgo mayor de un trauma cerebral que el alcohol. Así es como hay una gran incidencia de intoxicación, o un nivel alto y positivo de alcohol en la sangre (BAL, por sus siglas en inglés.)

El número total de ingresos en el hospital puede variar del 29% al 52% (Sparaedo, Strauss & Barth, 1990) y el número de ingresos quirúrgicos puede llegar hasta el 58%. La frecuencia de la implicación del alcohol también parece relacionarse con el género, hay por lo menos un estudio que reporta que la incidencia de un nivel de alcohol en la sangre positivo es casi cuatro veces mayor en hombres que en mujeres. Al margen de la frecuencia de intoxicación, también se ha encontrado que un gran número de pacientes quirúrgicos con trauma cerebral tiene antecedentes de dependencia al alcohol, que varían del 25% al 68%. Estas cifras son importantes ya que indican que el alcohol es un asunto de suma importancia para el cuidado del trauma cerebral, y por eso es tan sorprendente ver cuán poca atención se le presta al respecto.

Un segundo papel que el alcohol puede desempeñar en trauma cerebral es en complicar la lesión y la recuperación. Hasta ahora, por lo menos dos estudios Escandinavos han encontrado evidencias que sugieren esta posibilidad. Un estudio de ingresos consecutivos por trauma cerebral en un periodo de dos años encontró que los pacientes con un nivel de alcohol en la



sangre positivo tenían un nivel más bajo de conocimiento cuando fueron hospitalizado y se notó mayor duración en estado de coma. Un segundo estudio de pacientes con traumas cerebrales admitidos en una clínica quirúrgica reveló que la duración de la hospitalización fue más prolongada en aquellos con dependencia al alcohol, aunque se percibió que se debía en parte a sus situaciones sociales generalmente baja.

Es posible que estos efectos negativos afecten especialmente la recuperación del cerebro. Dos descubrimientos lo han sugerido. En primer lugar, no se ha encontrado que la intoxicación en varias lesiones no neurológicas se relacionan con la duración de la hospitalización o mortalidad. En segundo lugar, un estudio que encontró un nivel inferior de conocimiento y una mayor duración de coma en personas involucradas con el alcohol, también reveló que eran similares en frecuencia de fracturas en el cráneo, hemorragias cerebrales y otras lesiones asociadas. Así, su deteriorada condición no podía explicarse por estos factores evidentes.

Se conoce que el abuso del alcohol es un factor de riesgo para las lesiones de traumas cerebrales. También se le ha relacionado con el desarrollo de convulsiones post-traumáticas, atrofia cerebral, menor recuperación cognitiva, poca integración a la comunidad y potencial disminuido para una reincorporación exitosa del empleo. (RTW, por sus siglas en inglés).

A la luz de estos descubrimientos, naturalmente tenemos que preguntarnos: (1) ¿Porqué el alcohol empeoraría un trauma cerebral? y (2) ¿Porqué la intoxicación potencialmente aumenta los efectos de un trauma cerebral y contribuiría con un prolongado periodo de recuperación y/o mayores deficiencias? Esto nos conduce al tercer papel que desempeña el alcohol en el trauma cerebral, los cambios metabólicos en el cuerpo.

En primer lugar en un examen preliminar, el alcohol puede generar anomalías en los líquidos y electrolitos al momento de una hospitalización, los cuales pueden empeorar el edema cerebral del traumatismo. En segundo lugar, la posibilidad de desarrollar hematomas aumenta en personas con atrofia cerebral relacionada con el abuso del alcohol, debido a la fragilidad capilar y la reducida contrapresión cerebral para tratar con escapes de presión baja y posiblemente alteraciones en los mecanismos de coagulación de la sangre. En tercer lugar, se ven disminuidos la tolerancia a la pérdida de sangre y la presión arterial y la dilatación la de los vasos periféricos. Esto, a su vez, aumenta el riesgo de hipoxia (es decir, falta de oxígeno al cerebro).

Para abreviar, existe una serie de formas en las que la intoxicación podría aumentar potencialmente los efectos de trauma cerebral y contribuir con un prolongado periodo de recuperación y/o mayores beneficios.

Al revisar el historial de un individuo en cuanto al abuso de sustancias, es imprescindible examinar cuatro puntos en una cronología que pueda tener un papel en el abuso de sustancias: (1) abuso de sustancias químicas previo a la lesión, (2) cuidado agudo, (3) rehabilitación aguda y (4) el retorno a la comunidad.



La cronología del abuso de sustancias en el trauma cerebral

Abuso de sustancias químicas previo a la lesión

Los estudios de individuos que se sabe que han consumido excesivamente sustancias químicas (es decir, marihuana, cocaína, alcohol) registran efectos negativos de tal conducta en el cerebro. Además de los problemas conductuales, psicológicos y sociales observados que están involucrados en el abuso de sustancias, se han demostrado cambios patológicos, algunos de los cuales son irreversibles, dentro del cerebro y del sistema nervioso central (CNS, por sus siglas en inglés). La cantidad absoluta de daño cerebral sufrido por la persona que usa excesivamente las sustancias químicas depende, en gran parte, de la(s) droga(s) utilizada(s), su pureza y la frecuencia y duración del abuso. Cuando un trauma cerebral ocurre después de un abuso de sustancias químicas, se añade un daño estructural y bioquímico pre-existente del cerebro al daño causado por la lesión cerebral misma y complica el marco clínico.

A medida que se acumula la evidencia, se esclarece que muchos individuos que sufren de traumas cerebrales adquiridos tienen antecedentes de otro tipo de lesiones cerebrales. En el estudio de Tobis et al del año 1982, 15 de los 75 participantes tenían antecedentes de traumatismo cerebral. Además, el Proyecto de Rehabilitación del Trauma Cerebral del Valle de Santa Clara del año 1982 (Santa Clara Valley Head Injury Rehabilitation Project) reportó que el 11.3% de su muestra tenía antecedentes de lesión cerebral. Podría haber sido que el trauma cerebral previo condujo (directa o indirectamente) al abuso de sustancias químicas o que el abuso de sustancias químicas estaba implicado en causar lesiones cerebrales previas o subsecuentes.

Cuidado agudo

Una cantidad de estudios se han referido a la dificultad de hacer un diagnóstico diferencial cuando un trauma cerebral está acompañado de niveles moderados a altos de alcohol o drogas en la sangre en el momento de la lesión. Los comportamientos que se observaron posteriores a una intoxicación y sobredosis aguda son muy similares a aquellos posteriores a un trauma cerebral (es decir, letargo o agitación, confusión, desorientación, depresión respiratoria). Parece que en algunas salas de emergencia, las personas pueden ser dadas de alta con diagnóstico de intoxicación cuando también han sufrido un trauma cerebral no diagnosticado. En 1968, Gallagher & Browder observaron que en un tercio 1/3 de los 167 pacientes, el alcohol ocultó los cambios en el conocimiento, conduciendo a un diagnóstico equivocado o retrasado. En 21 de estos individuos, sólo se diagnosticó un hematoma subdural post mortem. En 1976, Galbraith reportó problemas de diagnóstico similares.

Una vez que la emergencia médica aguda ha pasado, en general hay tiempo para recolectar información sobre la persona lesionada. Cuando se entrevista a la familia y a sus parejas o cónyuges, pueden negar un antecedente de abuso de sustancias químicas o, en un momento tan estresante como éste, pueden sencillamente olvidarse de que había problemas de este tipo. En algunas circunstancias, el médico puede no preguntar específicamente sobre el uso o abuso de sustancias químicas. En otros casos, la familia puede no estar informada de la magnitud del problema o de su propia existencia. En cualquiera de los casos, se nota que muchos de hospitales



no mencionan historiales de abuso de sustancias químicas cuando hay evidencia clara de tal existencia. Una encuesta nacional de los centros de traumatismos encontró que el 29.1% de las autoridades del hospital no indagan de manera rutinaria sobre el uso del alcohol. Para las personas que están en la capacidad de dar su historial médico en el momento del ingreso, se les debe cuestionar sobre el uso del alcohol al momento de ingresar al centro o tan pronto como sea posible.

Dentro del ambiente del cuidado agudo se pueden presentar inadvertidamente problemas futuros con el abuso de sustancias químicas. Las personas que experimentan convulsiones o se encuentran en algún riesgo de tenerlas se les debe iniciar con profilaxis epilépticas. Cuando se presenta un comportamiento agresivo o pendenciero, se pueden usar restricciones químicas para el control. Los médicos pueden recetar medicamentos para provocar el sueño o disminuir el dolor. El efecto sedante de muchos medicamentos puede disminuir significativamente los niveles de cognición y hacer que la lesión se vea distinta y/o más grave de lo que objetivamente es.

Rehabilitación aguda

Para el momento en que el individuo con trauma cerebral ingresa en el ambiente de rehabilitación, se ha completado una abstinencia fisiológica de alcohol o drogas recreativas, si están presentes en el momento de la lesión. Desafortunadamente, no se ha tratado la dependencia psicológica, de modo que el problema continúa siendo una amenaza subyacente. La institución de rehabilitación puede no estar al tanto de los problemas pre-existentes en esta área, dado que es probable que ni el paciente ni la familia admitan voluntariamente tales problemas por temor a hacer que el paciente parezca un candidato “no muy bueno” para la rehabilitación. Además, los médicos que lo acompañan pueden no incluir esta información.

El ingreso en el ambiente de rehabilitación a menudo inicia o coincide con los cambios significativos en los medicamentos recetados cuando los profesionales de la salud empiezan a abordar aspectos a largo plazo tales como control de convulsiones, continencia y espasticidad. Se han concluido amplias evaluaciones médicas, físicas y psicológicas y se transmiten predicciones sobre el pronóstico del individuo con trauma cerebral y/o su familia.

En el ambiente de rehabilitación, el individuo con trauma cerebral interacciona con las demás personas que pueden tener antecedentes de abuso de drogas y alcohol. Además, la relativa libertad social de muchos entornos de rehabilitación permiten que se incorporen o reincorporen las drogas y el alcohol en el entorno del individuo.

Es de suma importancia el hecho que exista una serie de mitos sobre los efectos positivos de las drogas, especialmente la marihuana, en una variedad de problemas médicos sufridos después del trauma cerebral. Entre pacientes a menudo se pasan la información de que tales sustancias disminuyen la espasticidad, ataxia y disartria. En consecuencia, incluso el individuo que no tiene antecedentes de uso de drogas puede experimentar con tales sustancias en un intento para aliviar sus síntomas problemáticos.



Cuidados relacionados al hogar y a la comunidad

Una vez que los individuos que han sufrido traumas cerebrales son dados de alta para reintegrarse a la comunidad, se presentan las oportunidades para reanudar sus previas relaciones personales y patrones de comportamiento. Cuando se retira la estructura del entorno de rehabilitación, el individuo tiene mucho más tiempo libre y menos actividades que realizar. En muchos casos, los amigos antiguos pocas veces los visitan. Si bien los miembros de la familia ansiosamente le ocupan casi todo su tiempo al inicio, muchos de ellos retoman pronto sus propias actividades de la vida diaria por necesidad social y económica.

Las limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y conductuales con frecuencia impiden muchas actividades favoritas previas a la lesión. Dado que los requisitos cognitivos y físicos para tener éxito con el abuso de drogas y alcohol son mínimos, tales comportamientos son fácilmente accesibles incluso para individuos con lesiones severas. Esto puede proporcionar tanto una conexión con el pasado como un ingreso a grupos particulares de compañeros. Los individuos que antes rechazaban la marihuana, el alcohol u otras drogas ahora pueden aceptar tales sustancias en un intento de ser aceptado y lograr ser “uno del grupo”.

Dado que la mayoría de las personas con traumas cerebrales adquiridos, moderados y severos no pueden reanudar el empleo durante prolongados periodos de tiempo (si lo pueden reanudar del todo), una inversión de papeles y una baja autoestima se convierten en problemas comunes. Es en estos momentos durante el proceso de la recuperación que la depresión, la frustración y el aburrimiento pueden comenzar a surgir. Dentro de los entornos inadaptados del hogar y la comunidad, se puede experimentar por primera vez un impacto completo de varias deficiencias. En lugar de afrontar las consecuencias emocionales de tal conocimiento, el individuo puede buscar refugio en la botella, especialmente si tal patrón de comportamiento ya existía en el pasado.

Desafortunadamente, se ha documentado bien que la tolerancia al alcohol disminuye después de un trauma cerebral, de modo que incluso el mínimo consumo puede producir una intoxicación rápidamente. Para la mayoría de las personas, el consumo de drogas y/o alcohol acarrea más de un intento para llegar a “estar high” en un estado fisiológico; los entornos sociales en los cuales se consumen drogas y/o alcohol son muy distintos de los del ambiente laboral y comunitario en su generalidad. Es importante el hecho de que las personas que provienen de una cultura donde las drogas son algo común en general aceptan con mayor facilidad las limitaciones cognitivas y físicas que las personas que provienen de una cultura general. En gran contraste con el rechazo que experimentan en otras situaciones, a los individuos con traumas cerebrales adquiridos frecuentemente se les brinda una más cálida y amistosa acogida por parte de las personas provenientes de una cultura que acepta las drogas.

El individuo que queda con deficiencias físicas y cognitivas de moderadas a severas a menudo no puede encontrar fuentes de drogas o alcohol por sí solo. Sin embargo, los miembros de la familia pueden sentirse incómodos al negar el alcohol a un adulto que anteriormente se le permitía beber. La justificación puede ser que “todo lo demás le ha sido arrebatado; no puedo quitarle ese único placer que le queda”. Esto se puede entender muy bien, pero ignora el hecho



que la tolerancia al alcohol ha disminuido después de un trauma cerebral y que el alcohol, incluso en pequeñas dosis, disminuye más el funcionamiento cognitivo y físico, y reduce el umbral epiléptico. El individuo con un deterioro de la memoria rápidamente puede olvidarse de consumir alcohol y puede tener convulsiones como efecto secundario. En este marco, puede ser más sencillo para el cuidador rechazar el alcohol.

Aquellos individuos con menos discapacidades severas pueden obtener drogas y alcohol por su propia cuenta. Cuando no están supervisados en la comunidad, tales sustancias le pueden ser ofrecidas al individuo con trauma cerebral adquirido. Dado que muchos individuos que han sufrido traumas cerebrales adquiridos poseen recursos económicos extremadamente limitados, posiblemente no puedan comprar tales productos o lo hacen a expensas de otros recursos más esenciales. Se sabe que las personas con traumas cerebrales adquiridos compran una variedad de sustancias inofensivas creyendo equivocadamente que están comprando marihuana; éstas son presa fácil para los traficantes de drogas sin escrúpulos.

También es importante mencionar que las deficiencias posteriores a un trauma cerebral en general son tales que el individuo afectado puede ser interrogado y/o detenido por las autoridades locales debido a un comportamiento que se cree que está relacionado con drogas y/o alcohol. Los oficiales uniformados con bastante facilidad pueden mal interpretar el habla dificultosa, el caminar inestablemente, la memoria frágil y los estados de ánimo alterados del individuo. Si tales situaciones vuelven a suceder, los individuos que han sufrido traumas cerebrales adquiridos se sentirán que tienen razón para usar tales sustancias y exhibir tales comportamientos.

Resumen

Después de un trauma cerebral adquirido, el cerebro reacciona de manera distinta a las drogas y el alcohol. Los efectos incluyen:

- Disminución de la recuperación física
- Mayor deterioro en áreas físicas y cognitivas
- Mayor desinhibición en el habla y las acciones
- Depresión muy marcada y cambios del estado de ánimo
- Interferencia con los medicamentos recetados
- Aumento de las probabilidades de convulsiones y lesiones secundarias
- Aumento de la sensibilidad y respuesta al alcohol y las drogas



Tratamiento del abuso de sustancias y el trauma cerebral

Las estrategias tradicionales para el tratamiento del abuso de sustancias no funcionan debido a las deficiencias cognitivas relacionadas con un trauma cerebral adquirido, de tal manera la capacidad de un individuo para captar conceptos abstractos como la sobriedad y el compromiso se ve gravemente limitada sin una vasta información. Debido a esta deteriorada cognición, los programas como Alcohólicos Anónimos pueden funcionar sólo con educación adicional, apoyo profesional y estrategias claramente definidas para la recuperación y sobriedad.

Desde que se publicó un estudio realizado por la Fundación Nacional de Lesiones Cerebrales (National Head Injury Foundation White Paper, NHIF) se anunciaron estos descubrimientos hace más de una década, las instituciones de tratamiento han adoptado programas de “diagnostico diferencial” que combinan la rehabilitación para el abuso de sustancias y el trauma cerebral. Las últimas investigaciones han expuesto que:

- Contrario a algunas suposiciones anteriores, los programas de rehabilitación de trauma cerebral que sustentan un diagnostico diferencial proporcionan un entorno excelente en el cual llevar a cabo un programa de prevención del alcohol.
- Los programas de rehabilitación de trauma cerebral en particular deben esforzarse para prevenir el regreso al uso o abuso del alcohol durante el primer año o dos años posteriores a la lesión.

Para los individuos con trauma cerebral que tienen problemas para mantener un estilo de vida libre y sobrio, hay varios elementos claves para tratar con efectividad sus síntomas. Entre estos elementos se encuentran:

- Un equipo interdisciplinario altamente capacitado, con consejeros de abuso de sustancias como parte del equipo de tratamiento de tiempo completo
- Uso de un enfoque de intervención para conducir entrevistas que ofrezca motivación
- Concienzuda evaluación exhaustiva
- Reconocimiento de etapas, de buena disposición y voluntad para comprometerse a un estilo de vida libre y sobrio
- Participación de la familia
- Recaídas como parte del proceso de recuperación, no representa un fracaso
- Un trabajador o mentor que oriente su caso



Planes de tratamiento externo durante el día

Dado que los adolescentes con un trauma cerebral adquirido son significativamente más propensos al abuso de sustancias que los jóvenes sin discapacidades, este grupo particular de alto riesgo merece una mención especial. Los programas de rehabilitación para adolescentes deben reconocer que:

- Los niños y los jóvenes típicamente tienen más “justificaciones o excusas” que los adultos, con frecuencia se debe a: (1) culpa, vergüenza y negación en la familia (2) falta de conocimientos por parte de los profesionales y maestros. Es muy importante que la familia y los profesionales tomen consciencia y se informen.
- El modelo médico puede negar la posibilidad de adicción en una persona joven incluso cuando el opuesto exacto es cierto.
- La negación a menudo es más fuerte en la juventud, en particular en el mundo del trauma cerebral, debido a factores que lo facilitan como, una falta de consecuencias y un inmediato enfoque por los profesionales en otros problemas más apremiantes (es decir, necesidades médicas o físicas).
- Los enfoques de tratamiento pueden requerir objetivos distintos. La “Habilitación contra la Rehabilitación” a menudo es un objetivo para un joven con trauma cerebral adquirido.

Dado el hecho que es extremadamente difícil modificar los patrones establecidos del abuso de sustancias químicas en individuos que no han sufrido trauma cerebral adquirido, no es sorprendente que suceda el mismo problema al tratar con individuos que han sufrido un Trauma Cerebral Adquirido. Dado que muchas de estas personas no pueden ser empleadas de manera competitiva, no existe realmente una amenaza de pérdida de trabajo. Dadas las normas sociales, las cuales ejercen una fuerte presión en los miembros de la familia que están enfermos, las amenazas para retirar el apoyo familiar no son muy creíbles.

Los repetidos intentos para “persuadir” al individuo para que evite las sustancias químicas con frecuencia no tienen éxito. Esto se atribuye en gran parte a los tipos de deficiencias cognitivas y conductuales que se encuentran típicamente después de un trauma cerebral tales como: (1) Discernimiento y razonamiento reducido; (2) abstracción deteriorada; (3) capacidad de generalización aminorada y (4) memoria frágil. Muchos individuos con trauma cerebral adquirido de moderados a severos niegan con vehemencia la existencia de cualquier discapacidad y sienten que los intentos para modificar los comportamientos anteriores a la lesión son innecesarios e inapropiados.

Probablemente la mejor manera de prevenir el abuso de sustancias químicas posteriores a un trauma cerebral adquirido es asegurarse de tener unas relaciones personales y actividades lo suficientemente significativas como para maximizar la calidad de vida. Si no existen vacíos, en general no habrá intentos para llenarlos con sustancias químicas. Si bien es imposible obligar a las demás personas para que interaccionen con individuos que presentan trauma cerebral, los



cuidadores pueden disminuir el aislamiento social al usar técnicas apropiadas para el manejo del comportamiento a fin de maximizar la conducta social del individuo con trauma cerebral adquirido. La búsqueda de servicios sociales tales como grupos de apoyo, YMCA/YWCA, Parálisis Cerebral Unida (United Cerebral Palsy), servicios recreativos adaptados y centros universitarios de la comunidad pueden ayudar en la búsqueda de apropiadas oportunidades sociales.

Cuando sea posible, el individuo con trauma cerebral adquirido debe involucrarse en intentos de rehabilitación activos para mejorar las deficiencias y asegurar una recuperación máxima. Una vez que la condición médica del individuo es estable, una confianza continua en el modelo médico puede incitar la dependencia en enfoques médicos de recuperación de deficiencias, incluyendo el uso de sustancias químicas para el control del comportamiento. En esta etapa del proceso de recuperación, los enfoques de rehabilitación cognitivos y conductuales son más probables de tener éxito en prevenir el abuso de sustancias químicas dado que requieren individuos con una lesión a fin de: (1) aceptar las responsabilidades de su propia conducta, (2) proporcionar comentarios objetivos consistentes sobre el rendimiento y (3) tratar más directamente con las deficiencias de largo plazo que conllevan al abuso de sustancias químicas.

A pesar que los individuos con traumas cerebrales adquiridos casi nunca reconocen la necesidad de la supervisión, es evidente que tal control en su entorno a menudo es necesario. Quienes proveen el cuidado son conscientes de los problemas de abuso de sustancias químicas necesitan asegurar que los indicios para implicarse en tal actividad han sido retirados del ambiente. El alcohol necesita ser retirado de la casa o debe ser guardado en lugares que son inaccesibles para el individuo con trauma cerebral adquirido. También se les puede negar las oportunidades para continuar ciertas relaciones sociales con amigos anteriores a la lesión que se sabe que usan y/o abusan de sustancias químicas. Evidentemente, el proveedor se convierte en “estricto” cuando se requieren estas tácticas, pero no hay alternativa razonable en tales situaciones. Puede ser necesario limitar razonablemente el acceso a los fondos económicos para prevenir la compra de sustancias químicas.

Las deficiencias médicas y físicas posteriores a una trauma cerebral adquirido con frecuencia tienen tanta magnitud que muchos médicos están involucrados en el diagnóstico y tratamiento. Por eso, para impedir el uso equivocado o excesivo de drogas recetadas, es importante que un solo médico asuma la responsabilidad del manejo de los medicamentos. Tal práctica minimiza los indeseados efectos secundarios de los potentes medicamentos y garantiza una continuidad en el cuidado. Sin embargo, un monitoreo adecuado del consumo de los medicamentos a fin de garantizar que se sigan los horarios recetados está bajo la responsabilidad del individuo con trauma cerebral adquirido o su cuidador. Esto es cierto especialmente con los medicamentos anticonvulsivos, que se ha reportado tener un índice relativamente alto de incumplimiento con la receta. Muchos individuos con trauma cerebral adquirido rechazan estos medicamentos por sus efectos sedantes. Incluso cuando se toman dosis terapéuticas, se conoce que estos medicamentos disminuyen la atención y concentración, dificultan la memoria y afectan negativamente la cognición. No obstante, existen múltiples informes en la literatura médica que implican cambios o abstinencias de los medicamentos anticonvulsivos porque precipitan las convulsiones cuando se consume alcohol.



En muchas circunstancias, será necesario que los miembros de la familia administren y controlen los medicamentos recetados para garantizar el cumplimiento. Un área en que la prevención es especialmente crítica es el uso excesivo o equivocado de drogas no recetadas. Los individuos con traumas cerebrales adquiridos deben evitar tales productos a menos que estén autorizados por su médico primario. Los miembros de la familia necesitan supervisar tales sustancias dentro de la casa con detenimiento a fin de asegurarse que no haya abuso y no resulte en mayores problemas para el individuo con trauma cerebral adquirido.

Conclusión

Se puede prevenir a menudo el abuso de sustancias químicas, incluso cuando estas sustancias estaban presentes antes de la lesión. Si bien muchos individuos con antecedentes de abuso de sustancias químicas pueden beneficiarse de programas formales de rehabilitación de drogas y alcohol, tales programas no están diseñados para tratar las limitaciones físicas y cognitivas de las personas que han sufrido un trauma cerebral directamente. Si se tiene en mente inscribirse en un programa como éste, es esencial que el personal del programa esté completamente informado de los problemas médicos del individuo con trauma cerebral adquirido a fin de garantizar que se satisfagan las necesidades médicas. Sin embargo, los miembros de las familias deben saber que algunos individuos con trauma cerebral adquirido, continuarán o desarrollarán patrones de abuso de sustancias químicas que no son tratables. Si bien ésta es una situación desafortunada, no se justifican los sentimientos de culpa y fracaso si se han realizado intentos razonables, que incluyen el recurrir a la asistencia profesional si es necesario. Es irreal esperar que todos los individuos con trauma cerebral adquirido eviten el abuso de sustancias químicas cuando es algo tan marcado en nuestra sociedad.

Los individuos con trauma cerebral adquirido y sus familiares penosamente están conscientes de la magnitud del problema. En gran medida, la falla de la comunidad médica y de rehabilitación para reconocer este problema puede ser atribuida directamente a: (1) la carencia de un cuidado a largo plazo y un seguimiento, (2) la disminución del tiempo de estadía bajo la condición actual del seguro médico y (3) la falta de actividades alternativas importantes en la comunidad. Si aquellas personas que están estrechamente involucradas en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del trauma cerebral no toman una mayor consciencia del problema, es probable que se siga ignorando la situación, con consecuencias potencialmente desastrosas.



Prevención

1. La última opción para el tratamiento depende del cliente.
2. El tratamiento debe necesariamente adecuarse a las características únicas intelectuales y emocionales del individuo con trauma cerebral. Se deben requerir técnicas instructivas especializadas que adapten los problemas de aprendizaje y memoria.
3. Los recursos bibliotecarios, incluyendo videos, audio cintas y literatura específica deben estar a la entera disposición del personal, la familia y los clientes.
4. La disminución del “beber y conducir” puede reducir las incidencias de un trauma cerebral adquirido. Se deben desarrollar programas de prevención y educación especialmente para adolescentes y jóvenes adultos.
5. El profesional clínico debe saber intuir el potencial para el abuso de drogas recetadas, así como las posibles interacciones entre el alcohol y los medicamentos recetados.
6. El tratamiento para el abuso de sustancias debe iniciarse antes de la colocación en el empleo. El trabajo no “cura” los problemas de abuso de sustancias.
7. Ignorar los problemas de abuso de sustancias del cliente le da a entender que el profesional de rehabilitación vocacional percibe que no existe ningún problema o que el problema no tiene importancia. Abordar los problemas de manera directa da a entender que existe una preocupación.
8. Los clientes que exhiben una actitud de negación pueden fallar varias veces antes que deseen aceptar ayuda. Se deben hacer los esfuerzos necesarios para preservar la dignidad del cliente cuando en últimas circunstancias el cliente solicita ayuda.
9. La meta de la rehabilitación no es “curar” a los clientes, sino más bien ayudarlos a que se mejoren. Los objetivos de tratamiento irreales sólo contribuyen con las probabilidades de fracaso y frustración. Establecer objetivos en cada paso y esperar algún grado de fracaso, dificultad o recaída es lo más razonable.
10. El aprendizaje del cliente durante el tratamiento puede mejorarse al: (1) evitar la jerga profesional, (2) dar muchos ejemplos, (3) alentar a los clientes a que repitan la información que se les dé y (4) usar un estilo de enseñanza interactivo más que didáctico. Darles a los clientes copias de las notas y referencias de la clase despejarán su atención durante la discusión; escuchar y tomar notas al mismo tiempo es una actividad de atención dividida que a menudo es muy difícil, si no es imposible, para las personas con trauma cerebral adquirido.



Los doce pasos originales para los Alcohólicos Anónimos (A.A.), adaptados para las Personas con Trauma Cerebral

Por Bill Peterman

1. Admita que si usted bebe y/o consume drogas, su vida estará fuera de control.
2. Admita que el uso de sustancias después de haber tenido un traumatismo cerebral hará que su vida sea inmanejable.
3. Usted empieza a creer que alguien puede ayudarle a poner su vida en orden. Este alguien puede ser Dios, un grupo A.A., un consejero, un patrocinador, etc.
4. Usted decide recibir ayuda de otras personas o de Dios. Usted se abre a los demás.
5. Usted hará una lista completa de los comportamientos negativos en su pasado y de los problemas de comportamiento actuales. Usted también hará una lista de sus comportamientos positivos.
6. Reúnase con alguien con quien usted tiene confianza y converse sobre lo que anotó en el paso 4.
7. Prepárese a estar listo para intentar sinceramente de cambiar sus comportamientos negativos.
8. Pídale a Dios fortaleza para que sea una persona responsable con comportamientos responsables.
9. Haga una lista de las personas a las que ha afectado con sus comportamientos negativos. Esté listo para disculparse o arreglar las cosas con ellos.
10. Contacte a estas personas. Discúlpese o arregle las cosas.
11. Continúe analizándose y revisando sus comportamientos a diario. Corrija los comportamientos negativos y mejórellos. Si usted ha lastimado a otra persona, discúlpese y haga sus enmiendas.
12. Deténgase y reflexione sobre la manera en que se comporta varias veces todos los días. ¿Son positivos sus comportamientos? ¿Está actuando de manera responsable? Si no es así, pida ayuda.



Recuerde recompensarse a usted mismo cuando llega a comportarse de manera positiva y responsable.

Si trata que estos pasos funcionen, usted empezará a sentirse mucho mejor por usted mismo. Ahora es su turno de ayudar a otras personas a que hagan lo mismo. Ayudar a los demás le hará sentirse aún mejor. Continúe realizando estos pasos a diario.

Los fondos para la traducción en español de este folleto se hicieron posible gracias a un contrato con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention), Centro Nacional de Control y Prevención de Lesiones (National Center for Injury Prevention and Control). Contrato # 200-2001-08021.



Referencias

Bogner J & Lamb-Hart: ¿Mencioné los dientes? i.e. Magazine (Did I mention the teeth?) i.e. Magazine 3(1):12-15, 1995.

Bombardier CH & Rimmele CT: Entrevista motivadora para prevenir el abuso del alcohol después de un trauma cerebral: una serie de casos (Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury: A case series). Psicología de Rehabilitación. 44(1): 52-67. 1999.

Corrigan JD: Abuso de sustancias como factor mediador en el resultado del trauma cerebral (Substance abuse as a mediating factor in outcome from traumatic brain injury). Arch Phys Med Rehabil. 76:302-9, 1995.

Ford JA & Moore D: Hacer que funcione el tratamiento (Making Treatment Work), i.e. Magazine. 3(1): 19-22. 1995.

Gepner R & Ferran D: Adolescentes con trauma cerebral y el abuso de sustancias (Brain Injured Adolescents and Substance Abuse). Troy, MI: Manejo de Terapia Total 1991

Jernigan DH: Alcohol y Traumatismo Craneal Estrategias para la prevención (Alcohol & head trauma strategies for prevention). Publicación médica de la Rehabilitación del Traumatismo Craneal. 6(2):48-59, 1991.

Kreutzer JS, Doherty KR, Harris AZ et al.: Uso del alcohol entre las personas con trauma cerebral (Alcohol use among persons with traumatic brain injury). Publicación médica de la Rehabilitación del Traumatismo Craneal. 5:9-20, 1990

Miller WR: Entrevista motivadora con personas que tienen problemas de alcohol (Motivational interviewing with problem drinkers). Psicoterapia Conductual. 11: 147-172, 1983.

National Head Injury Foundation (NHIF): Libro Blanco del Grupo Operativo del Abuso de Sustancias (Substance Abuse Task Force White Paper). Washington, DC: NHIF; 1988.

Prochaska JO & DiClemente CC: Terapia transteórica: Hacia un modelo de cambio más integrador (Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change). Psicoterapia: Terapia, Investigación y Práctica. 19:276-288. 1982.

Sparadeo FR & Gill D: Efectos del uso anterior de alcohol en la recuperación de un trauma cerebral (Effects of prior alcohol use on head injury recovery). Publicación médica de la Rehabilitación del Traumatismo Craneal. 4:75-82, 1989.

Sparadeo FR, Strauss D & Barth JT: La incidencia, el impacto y el tratamiento del abuso de sustancias en la rehabilitación de un traumatismo craneal (The incidence, impact and treatment of substance abuse in head trauma rehabilitation). Publicación médica de la Rehabilitación del Traumatismo Craneal. 5(3):1-8, 1990.



Sparadeo FR, Strauss D & Kapsalis KB: Abuso de sustancias, trauma cerebral y adaptación familiar (Substance abuse, brain injury and family adjustment). *Neurorehabilitación*. 2(1), 65-74. 1992.

Strauss D, Hughes-Dobles E, Hannum G et al.: El impacto de las drogas en los individuos con traumas cerebrales: Opciones de tratamiento efectivas (Impact of drugs on individuals with brain injuries: Effective treatment options). *Fuente de Lesión Cerebral*, 1999.

Sugerencias para el tratamiento especializado del abuso de sustancias

Referencias

Servicios auxiliares de trauma cerebral y abuso de sustancias para los profesionales de la comunidad: Los paquetes incluyen *Whatever It Takes*; exploración ABUSE; pruebas TBI; etapas de cambio

Crowding BS, Strauss D & Schaffer V: El desarrollo del Programa de Abuso de Sustancias de Rehabilitación Médica (Development of ReMed's Substance Abuse Program), que posteriormente se le denominó Programa de Conciencia sobre la Adicción (Addiction Awareness Program, 1995).

Entrevista motivadora: Equipos comunitarios (Motivational Interviewing: Community Teams). Centro para la Prevención y Rehabilitación del Trauma Cerebral del Valle de Ohio (Ohio Valley Center for Brain Injury Prevention and Rehabilitation), Columbus, Ohio.

Doce Pasos Originales (Original Twelve Steps), vuelto a escribir con la aceptación y explicación del Trauma Cerebral.

Manual del Usuario para una operación más confiable y rápida de un cerebro después de un Trauma Craneal (User's Manual for Faster, More Reliable Operation of a Brain after a Head Injury), Centro para la Prevención y Rehabilitación del Trauma Cerebral del Valle de Ohio (Ohio Valley Center for Brain Injury Prevention and Rehabilitation), Columbus, Ohio.

Centro Regional para la Rehabilitación y Prevención del Trauma Craneal (Regional Head Injury Center for Rehabilitation and Prevention), Instituto de Rehabilitación de Chicago (Rehabilitation Institute of Chicago), y el Centro de Recursos de Prevención de Illinois (Illinois Prevention Resource Center).

Manual de Recursos, Prevención del abuso de alcohol y otras drogas para personas con traumatismos cerebrales y de medula espinal (Resource Manual, Alcohol and Other Drug Abuse Prevention for People with Traumatic Brain and Spinal Cord Injuries). Un proyecto de colaboración del área del Medio Oeste del país.

