

Vías a la Comodidad: Manejo del Dolor y Lesión Cerebral



Escrito por:

John J. Dabrowski, Doctorado

Frank Sparadeo, Doctorado

Contenido revisado por:

Gregory O'Shanick, Médico

Creamos un mejor futuro a través de la prevención del trauma cerebral,
y la investigación, educación y defensa en este campo.



www.biausa.org 1.800.444.6443
105 North Alfred Street
Alexandria, VA 22314

*Los fondos para la traducción en español de este folleto se hicieron posible gracias a un contrato con los Centros para el Control y 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.*

ALLERGAN

La Serie del Camino a la Rehabilitación de BIA (Parte 1-6) se hizo posible gracias a un subsidio educativo ilimitado otorgado por Allergan, Inc.



La Serie del Camino a la Rehabilitación de BIA (Parte 7) se hizo posible gracias a un subsidio educativo ilimitado otorgado por Medtronic, Inc.

La Serie del Camino a la Rehabilitación de BIA (Parte 8) cuenta con el apoyo de un subsidio del Programa del Departamento de Defensa de la Lesión Cerebroespinal (Defense Brain and Spinal Cord Injury Program), bajo el Acuerdo Subsidio Número MDA 905-92-Z-0001 de la Universidad de Ciencias de la Salud de los Servicios Uniformados (Uniformed Services University of the Health Sciences).

Introducción

Todos hemos sentido dolor en algún momento de nuestras vidas. Aunque muchos individuos lo consideran como una molestia, muchos de ellos pueden continuar con las actividades simples de la vida diaria (ADLs, por sus siglas en inglés) a pesar del dolor. Sin embargo, para algunas personas, el dolor que padecen puede ser muy severo, impidiéndoles realizar parte, gran parte o la totalidad de sus actividades. Este folleto tratará de proporcionar al lector una mayor comprensión del dolor y las maneras de controlarlo para así poder ayudar a aquellos que, además de tener dolores más intensos, también sufren una lesión cerebral.

El dolor se puede percibir ya sea como agudo o crónico. El dolor agudo típicamente tiene una causa fácilmente determinable y en general se alivia cuando la causa física es tratada adecuadamente. Por el contrario, el dolor crónico persiste durante mucho más tiempo de lo que uno espera aliviarse y continúa a pesar del mejoramiento físico adecuado en el área afectada del cuerpo. El dolor crónico afecta a millones de estadounidenses y puede interrumpir el rendimiento laboral, así como causar problemas en las relaciones familiares y sociales.

Cuando el dolor crónico ocurre en una persona que presenta lesión cerebral, puede ser muy perturbador y puede interferir con la concentración y empeño que esta persona necesita para poder enfrentarse a los muchos desafíos del proceso de recuperación. Los enfoques para el manejo del dolor en personas que presentan lesión cerebral tienden a ser similares a los enfoques para las personas que no han experimentado una lesión cerebral. Si bien puede ser útil para algunas personas que sufren un trauma cerebral (TBI, por sus siglas en inglés), también existen muchas limitaciones cognitivas después de una lesión cerebral y no siempre se toman en cuenta. La eficacia del enfoque del manejo del dolor puede verse bastante reducida si no se toman en consideración las medidas necesarias de las limitaciones y los puntos fuertes específicos de cada individuo.

Muchas personas creen que la cantidad de dolor que sienten está relacionada directamente con la severidad de la lesión o que es un resultado del aumento de problemas físicos en el área de la lesión. Si el dolor aumenta con el tiempo o se expande hacia otras áreas del cuerpo, tal vez se piense que la lesión empeora. Sin embargo, puede ser que éste no sea el caso, en particular si no se tiene una base científica. Por el contrario, el dolor que aumenta y se extiende puede ser asociado con el impacto de una serie de otros factores que incluyen: (1) el funcionamiento emotivo, (2) los rasgos de la personalidad, (3) las experiencias de aprendizaje pasadas, (4) la forma en que los demás responden al comportamiento de la persona y (5) el desacondicionamiento físico de los movimientos. La evaluación de estos otros factores a veces puede servir para dar recomendaciones con el fin de que la persona tenga un mayor control del dolor.

Tipos de dolor

El dolor se puede percibir ya sea como agudo o crónico. El dolor agudo generalmente tiene una causa bien definida y se puede determinar fácilmente (por ejemplo: un golpe en la cabeza que causa una cefalea, hinchazón, descoloramiento u otra lesión evidente en el área adolorida). La cantidad de dolor corresponde al grado de molestia y generalmente se alivia cuando la causa física se identifica y se trata adecuadamente. Aun cuando las reacciones al dolor agudo varían de persona a persona, generalmente con el tiempo el dolor que las personas reportan y su reacción al mismo mejoran al mismo tiempo que su lesión física.

A diferencia del dolor agudo, el dolor crónico persiste durante mucho más tiempo de lo que uno se espera para aliviarse de una lesión y/o enfermedad particular. Esto quiere decir que el dolor continúa a pesar del tratamiento adecuado y el mejoramiento físico en el área afectada. Las personas que presentan dolor crónico típicamente muestran dolor en exceso, los cuales pueden ser definidos por causas físicas únicamente. No sólo este dolor puede extenderse, a veces no tiene sentido médico porque no permanece en el área donde se originó la lesión ni en las áreas relacionadas del cuerpo. En la mayoría de los casos, el dolor y la discapacidad que crea permanece igual o empeora, en vez de aliviarse lenta y continuamente como se espera.

Notas

Dolor y lesión cerebral

Una persona que ha sufrido una lesión cerebral se enfrenta con muchos desafíos. Éstos incluyen: reanudar el trabajo o los estudios, regresar a sus responsabilidades familiares y actividades sociales pero con problemas recientemente adquiridos en sus destrezas para pensar (por ejemplo, cognición) así como en su funcionamiento físico y emotivo/conductual. Las dificultades que una persona con lesión cerebral enfrenta pueden ser mayores cuando implica dolor. El dolor puede surgir como dolores de cabeza, de cuello y hombros, de zona lumbar y/o en otras partes del cuerpo. El dolor puede ser tan intenso y molesto que el individuo deja el trabajo, se aleja de la familia y las actividades sociales. Desafortunadamente, esto podría resultar en una situación incontrolable hasta llegar al grado de consecuencias físicas, emotivas y cognitivas de la lesión cerebral propiamente dicha.

El dolor que padecen las personas con lesión cerebral leve puede impedirles que traten de retomar sus actividades diarias a pesar de estar preparadas para un retorno seguro y gradual como resultado de un mejoramiento en el funcionamiento cognitivo. Esto no sólo sirve para extender significativamente el tiempo antes de reanudar las actividades, sino que también puede contribuir a la duda y la disminución de la autoestima al intentar retomar las actividades más tarde. A diferencia de las personas con lesión cerebral leve, los individuos que presentan una lesión cerebral moderada y severa pueden negar o minimizar los efectos de sus deficiencias. Para estas personas, el dolor puede disminuir tanto la consciencia de sus deficiencias como la motivación para esforzarse en mejorar estas deficiencias haciéndoles concentrarse demasiado en el dolor que padecen.

Cuanto mayor sean las deficiencias causadas por la lesión cerebral, mayor deberá ser la participación de los familiares para ayudar a disminuir los comportamientos ante el dolor que presenta la persona con lesión cerebral. Una persona que ha sufrido una lesión cerebral puede enfrentarse a una serie de limitaciones cognitivas y/o psicosociales que incluyen:

- Carencia del conocimiento de las deficiencias
- Carencia de ideas sobre el efecto que una discapacidad particular puede tener en el funcionamiento diario
- Disminución de la atención y/o concentración
- Deficiencia de la memoria, el aprendizaje, la secuencia, el discernimiento y el razonamiento
- Disminución de la iniciativa
- Apatía o indiferencia
- Impulsividad
- Ira y/o irritabilidad
- Impaciencia y/o frustración
- Intranquilidad
- Abstinencia
- Sospecha y/o desconfianza de los demás
- Disminución de la autoconsciencia

Estas limitaciones pueden impedir la capacidad de la persona a que dé recomendaciones para el manejo del dolor en forma consistente y segura. Es importante crear una lista de discapacidades cognitivas y psicosociales y hacer las adaptaciones necesarias en cuanto a los tratamientos. Un profesional experimentado con personas que presentan lesión cerebral será de mucha utilidad en este aspecto.

El éxito para manejar el dolor crónico depende en gran medida de la comprensión del dolor por parte de la persona y su motivación y actitud para aliviarse del dolor. En consecuencia, al tratar con personas que presentan lesión cerebral, es necesario tener en consideración las limitaciones específicas del individuo. En primer lugar, la persona debe entender el origen del dolor. Se debe explicar el dolor en términos comprensibles para la persona que puede tener alguna deficiencia cognitiva. Se deben proporcionar definiciones breves, frases concretas que utilicen más de una modalidad (por ejemplo, enunciados verbales y ayuda visual). Los puntos cognitivos fuertes y débiles del individuo también deben considerarse en estas definiciones para mejorar el entendimiento y la posible colaboración. Se necesita una comprensión de los beneficios del tratamiento y de qué manera el plan de tratamiento ayudará a lograr estos beneficios.

También es importante mencionar que algunos medicamentos para el dolor pueden exacerbar las deficiencias cognitivas en la atención, memoria y otras áreas. El Disminuir y, si es médicamente factible, eliminar por completo el uso de medicamentos narcóticos permitirá a la persona con lesión cerebral maximizar su potencial para participar con éxito en un programa de manejo del dolor.

Es importante poder conseguir un neuropsicólogo que proporcione información a los especialistas del manejo del dolor sobre los principales efectos de la lesión cerebral de la persona en su tratamiento. Algunas preguntas que necesitan respuesta incluyen: ¿Puede la persona con lesión cerebral concentrarse lo suficientemente como para participar en un programa sobre el dolor? ¿Podrá recordar los ejercicios físicos y de conducta? ¿Podrá seguir una secuencia de ejercicios? ¿Podrá seguir la lógica del plan de tratamiento? ¿Existe algún factor emotivo o de la personalidad que debamos considerar? Además, los neuropsicólogos pueden ayudar a la persona con lesión cerebral y su familia a: (1) comprender los posibles obstáculos para que participen con éxito en un programa sobre el manejo del dolor, (2) crear maneras para compensar las limitaciones cognitivas al trabajar con especialistas del dolor y (3) crear motivaciones adecuadas para la persona con lesión cerebral a fin de mejorar su participación en el programa sobre el manejo del dolor.

Las personas con lesión cerebral no son todas iguales -cada persona presenta su propia y única combinación de características fuertes y débiles. Adaptar las intervenciones sobre el manejo del dolor para satisfacer las necesidades específicas de cada individuo es importante para lograr el éxito.

Cómo medimos el dolor

El dolor puede medirse de distintas maneras. Una manera común es hacer que la persona clasifique el dolor en función de una escala que va del cero al diez, tanto al estar en reposo como al realizar diferentes actividades. Se le puede pedir al individuo que realice ciertas tareas físicas a fin de evaluar su capacidad para realizar cada actividad con el dolor que padece. Desafortunadamente, ninguna de estas formas para medir el dolor proporcionan una medida objetiva e imparcial ya que se basan en las propias percepciones de dolor de la persona.

Además, el dolor que se siente por una lesión particular puede variar de una persona a otra como resultado de distintos niveles de tolerancia a un mismo grado de lesión. Estas diferencias en tolerancia al dolor están asociadas con una variedad de diferencias biológicas, psicológicas, sociales y emotivas entre las personas. La variedad de tolerancia al dolor que proviene de una persona a otra y la carencia de una forma imparcial para medir el dolor complica el entendimiento del profesional en cuanto al dolor de la persona y puede llevar a desacuerdos entre la persona que experimenta el dolor y los profesionales que la tratan. En caso de desacuerdo, los profesionales deben solicitar evaluaciones de la capacidad funcional y psicológica. Estas evaluaciones ayudan a: (1) ampliar la comprensión del profesional con respecto a las quejas de dolor de la persona, (2) aumentar las dificultades funcionales que pueden resultar del dolor e (3) identificar cómo tratar y manejar mejor el dolor de la persona.

Notas

Síndrome del dolor crónico

Se piensa que el dolor crónico implica una variedad de factores, incluyendo los componentes psicológicos. Algunos individuos han observado que el dolor crónico comienza como un dolor físico que no puede aliviarse o que ha empeorado. Entonces, la persona desarrolla formas inapropiadas para enfrentarse al dolor físico, creando problemas en el funcionamiento diario o empeorando problemas existentes. Entonces, la persona puede desarrollar dolor "crónico" que no puede ser definido por la vía médica. Recientemente, el dolor crónico ha llegado a verse como una experiencia compleja o un síndrome que implica componentes sensoriales, cognitivos, emotivos y de motivación. Por ejemplo, las influencias psicológicas tales como un aumento del estrés diario, una percepción de tener poco control de los eventos en la vida propia y bajos niveles de bienestar psicológico han estado asociadas con episodios de frecuente dolor y a veces una mayor severidad del dolor.

Los trastornos del apetito y del sueño así como los efectos secundarios de los excesivos medicamentos para el dolor intensifican la discapacidad causada por el dolor crónico. Con el transcurso del tiempo, la persona puede deprimirse e inquietarse por los cambios normales de su funcionamiento fisiológico y puede preocuparse por adquirir otras enfermedades. El individuo puede desarrollar una tendencia a ver todas las actividades en términos de cuánto dolor va a sufrir. Esto puede conducir a un periodo de desamparo y desesperación, con frecuencia acompañado de ira dirigida a los profesionales que parece que nunca lograrán curar el dolor. A su vez, los profesionales pierden la paciencia con la persona que sufre dolor persistente que parece tener poca justificación médica para estas quejas. El dolor se convierte en el enfoque principal de la vida de la persona. Ésta renuncia a sus intereses propios y sus actividades sociales, lo cual la apartan de la familia y los amigos. Aislarse de los demás puede contribuir al desarrollo del abuso de alcohol y medicamentos. El dolor puede convertirse en una excusa que hace que la persona evite actividades y conflictos que la afligen. Todo este proceso puede convertirse en algo cíclico y puede resultar en una mayor concentración en el dolor, menor apoyo por parte de la familia y los amigos, y un mayor aislamiento y dependencia.

Existen varios componentes principales del síndrome del dolor crónico. Entre ellos se encuentra una disminución importante en cualquier tipo de actividad, así como una inactividad selectiva (por ejemplo, quejarse de que ciertas tareas -en general, las menos agradables- son muy dolorosas para realizarlas, cuando hay otras que requieren el mismo esfuerzo pero que son más agradables, no se convierten en quejas de dolor similares). El abuso de alcohol y medicamentos puede ser común. Algunos informes han calculado que alrededor del 90% de los individuos con síndrome de dolor crónico abusan del alcohol y los medicamentos. Aun cuando se use cualquier tipo de medicamento, con frecuencia se abusa de los medicamentos tranquilizantes, sedantes y narcóticos.

Típicamente, estos fármacos proporcionan poco alivio del dolor y aumentan las dificultades de las personas en su funcionamiento diario causando: (1) problemas para pensar y memorizar, (2) disminución de actividades, (3) aumento de reposo en cama y (4) patrones de sueño inconsistentes. Estos problemas pueden ser peores para personas con lesiones cerebrales que tienen menos tolerancia a estos fármacos. Los individuos que se vuelven cada vez más dependientes de los narcóticos, los toman con regularidad cada tres o cuatro horas y demuestran un típico patrón de despertarse en medio de la noche cuando se les ha acabado el suministro e ingresan a un bajo nivel de abstinencia. Los narcóticos y sedantes pueden ser útiles para el dolor agudo. Sin embargo, el consumo diario por más de dos a cuatro semanas estimula la tolerancia y dependencia, y a largo plazo, puede ayudar a mantener el problema del dolor.

Otro componente del síndrome del dolor crónico es el uso excesivo de los recursos médicos, incluyendo múltiples exámenes médicos y cirugía innecesaria que se sabe que no tienen ningún beneficio duradero. Los cambios psicológicos que implican la depresión también son comunes. La depresión es exacerbada por periodos extensos de inactividad y uso excesivo de narcóticos y sedantes. El uso excesivo de narcóticos y sedantes puede resultar en problemas de memoria y otras alteraciones cognitivas que confunden a estos individuos, aumentan su ansiedad y

disminuyen su capacidad para sobrellevar el dolor. La implicación de una discapacidad relacionada con el trabajo o una historia de dificultades laborales previa a la lesión puede servir para disminuir la motivación de la persona para superar el dolor con el fin de escapar de una situación laboral desagradable o evitar un posible desempleo.

En conclusión, en algunos estudios, la presencia de un abogado en casos de indemnización por accidente de trabajo ha sido asociada con la imposibilidad de reanudar el trabajo después del tratamiento para el dolor. Cuando se encuentran implicados asuntos de litigación y compensación, el enfoque de la persona puede variar muchas veces y favorecer el hecho de haber sido "agraviada" y desear restaurar su orgullo en lugar de enfocar el esfuerzo en adaptarse y mejorar los problemas actuales que tiene con el dolor.

Notas

Manejo del dolor crónico

dolor crónico puede ser un diagnóstico que incapacita y puede requerir tanto tratamiento como evaluación multidisciplinaria. Muchas veces, puede que nunca se elimine por completo. En consecuencia, las estrategias para el manejo del dolor se basan en un objetivo constante y definitivo -la disminución del dolor y no su eliminación total. Si la persona que experimenta el dolor y todos los profesionales que tratan al individuo no consideran este objetivo, la frustración aumenta, lo cual resulta en un fracaso para coordinar los esfuerzos de tratamiento de una manera exitosa. Los profesionales que tratan esta situación deben considerar la disminución del dolor como su objetivo, porque el tratamiento puede fallar si tan solo un integrante del equipo empieza a alterar el tratamiento al querer cambiar el objetivo por una "eliminación" del dolor. Asimismo, si la persona cambia sus expectativas hacia una completa eliminación del dolor, lo que sucederá es que ésta experimentará una desilusión continua incluso cuando los tratamientos disminuyen el dolor de manera significativa.

En todo caso, el objetivo del manejo del dolor crónico es disminuir el dolor y mejorar la capacidad de la persona para sobrellevar el dolor que persiste. La meta no es eliminar el dolor por completo. Entre los resultados razonables se encuentran:

- Menos uso de medicamentos
- Menos visitas al médico
- Menos intentos para buscar médicos alternativos tanto por parte del individuo con dolor como por parte del médico que los refiere
- Menos hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencia
- Menos costos para mantener el tratamiento del dolor
- Aumento de flexibilidad
- Mayor resistencia
- Mayor fuerza
- Mejoramiento del funcionamiento en casa
- Mayor interacción con la familia y los amigos
- Retorno al trabajo

El modelo de enfermedad de esta aflicción no explica ni provee una base adecuada para tratar el síndrome del dolor crónico dado que depende de una base física del dolor, sin contar con los factores legales, sociales y psicológicos que parecen contribuir con el síndrome del dolor crónico. En consecuencia, se han utilizado otros enfoques para entender y tratar el síndrome del dolor crónico.

Un enfoque común utiliza el modelo operante del dolor. En este modelo, el dolor es percibido como un comportamiento adquirido. Un psicólogo o neuropsicólogo con entrenamiento y experiencia en el manejo del comportamiento puede ayudar a los profesionales a usar este enfoque con las personas que padecen dolor crónico. Otros enfoques ayudan a que la persona pueda identificar creencias inadecuadas sobre el dolor y proporcionan estrategias para tratar con más eficacia el comportamiento ante el dolor. Entre estas técnicas están: (1) entrenamiento de relajación, (2) hipnosis, (3) manejo del estrés, (4) estrategias de atención y distracción, y (5) puede usarse la bioretroalimentación junto con el modelo operante y otros enfoques.

Al margen del modo preferido de tratamiento, un buen programa de manejo del dolor generalmente consiste en varios elementos básicos. En primer lugar, el dolor crónico implica no sólo dolor, sino también varios otros problemas tales como la depresión, el desacondicionamiento físico, las respuestas al dolor adquiridas e inapropiadas, la discapacidad funcional y la dependencia de los medicamentos. La presencia de estas otras dificultades hacen que sea necesario recibir tratamientos de distintos tipos de profesionales de una forma coordinada. El recibir medicamentos para el dolor de un médico o recibir tratamientos térmicos de un fisioterapeuta puede proporcionar alivio temporal del dolor. Sin embargo, los otros problemas asociados con el síndrome del dolor crónico con frecuencia resultan en un grado de dolor que regresa a su nivel inicial de severidad. De este modo, el obtener tratamiento de una clínica para el dolor o centro de rehabilitación multidisciplinario o -si éstos no están disponibles- de un esfuerzo bien coordinado entre el médico primario y otros profesionales necesarios, posiblemente proveerá la mejor oportunidad para el éxito.

Un segundo elemento implica el manejo de la aflicción emotiva. El dolor crónico comúnmente implica depresión que puede contribuir al abuso del alcohol y de otras sustancias, inactividad, pérdida de empleo y baja autoestima. La psicoterapia y los medicamentos pueden servir de mucho para mejorar el estado de ánimo, capacitar a la persona para que participe con mayor eficacia en los tratamientos del manejo del dolor así como para evitar que se desarrollen algunos de los problemas asociados.

Un tercer elemento consiste en el monitoreo de la medicación con el fin de eliminar los medicamentos innecesarios, en particular narcóticos y agentes hipnóticosedantes dado su potencial para el abuso.

Un cuarto elemento implica el empeño para aumentar los ejercicios y el nivel de actividad para combatir el desacondicionamiento físico y sus efectos dañinos en el dolor y en el funcionamiento general.

Un quinto elemento implica una combinación de enfoques operantes y cognitivo-conductuales. Esto puede incluir programas designados para aumentar comportamientos adecuados y disminuir comportamientos inapropiados. También puede incluir estrategias para identificar y reemplazar pensamientos inadecuados acerca del dolor, así como técnicas de relajación -posiblemente con bioretroalimentación o hipnosis- para proporcionar un sentido de autocontrol y dominio en cuanto al dolor. En conclusión, puede incluir entrenamiento para la resolución de problemas, destrezas de comunicación, habilidades sociales y de autoconfianza.

Un sexto elemento pone énfasis en el impacto que los familiares y seres queridos pueden tener en el manejo del comportamiento ante el dolor. Es necesario recalcar la importancia que tiene el enseñar a la familia y amigos de qué manera deben cambiar su forma específica de interacción con su ser querido que ha sufrido lesión cerebral a fin de producir más comportamientos adecuados.

Para la persona que presenta lesión cerebral, otro elemento es la identificación de deficiencias cognitivas y sus causas subyacentes (por ejemplo, memoria frágil, efectos de los medicamentos). Entonces, los profesionales pueden tomar las medidas necesarias para mejorar y/o sobrellevar estas limitaciones para hacer que el individuo se beneficie al máximo del programa del manejo del dolor.

Si la persona que presenta lesión cerebral y dolor desea reanudar el trabajo y tiene las capacidades cognitivas necesarias para hacerlo, un último elemento consiste en que los profesionales de la salud se informen sobre las ocupaciones anteriores de la persona y proporcionarle una rehabilitación vocacional dinámica así como un seguimiento.

Recursos

El manejo del dolor crónico en personas con lesión cerebral requiere evaluación y tratamiento multidisciplinario. El equipo de profesionales del cuidado de la salud que participa en el manejo del dolor crónico de personas con lesiones cerebrales incluye:

- Fisiatras
- Médicos de atención primaria
- Anestesiólogos especialmente entrenados en procedimientos invasivos para el tratamiento del dolor crónico y subagudo
- Terapeutas físicos y ocupacionales
- Psicólogos y neuropsicólogos
- Psiquiatras y neuropsiquiatras
- Técnicos titulados de bioretroalimnetación
- Personal de pre-aprobación de seguros
- Enfermeras
- Asistentes sociales
- Nutricionistas

Ésta es una lista de posibles integrantes de un equipo de tratamiento y no significa que se necesiten a todos estos profesionales en todos o la mayoría de los casos. Sin embargo, es esencial para el equipo incluir un médico, neuropsicólogo y/u otro profesional con conocimientos de lesión cerebral para proporcionar una orientación sobre cómo sobrellevar las limitaciones de lesión cerebral de la persona. También es muy importante que cada profesional involucrado en el tratamiento establezca objetivos a corto y largo plazo antes de proceder con tratamientos específicos. Aún más, deben coordinar sus esfuerzos con todos los demás profesionales que forman parte del tratamiento. Esto se hará posible con la participación activa de los familiares que pueden estimular la comunicación entre los profesionales.

Investigar alternativas de tratamiento en su localidad y asegurar que se realice un esfuerzo coordinado entre todos los profesionales que proporcionan tratamiento son dos maneras de incrementar las oportunidades para tener éxito. Un buen comienzo sería buscar en el hospital de su localidad si tienen un centro cercano para el tratamiento del dolor o si tienen un departamento médico del comportamiento que proporcione tratamiento para el dolor crónico en personas que presentan lesión cerebral. También, algunas compañías de seguros poseen sus propios programas de manejo del dolor, y puede ser útil averiguar sobre estos planes.

Notas

Sobre los autores...

El Dr. John J. Dabrowski, recibió su doctorado en psicología clínica en la Universidad de Southern Illinois (Southern Illinois University) en Carbondale y culminó su beca de investigación postdoctoral en neuropsicología en la Facultad de Medicina de la Universidad Brown (Brown University). Actualmente ejerce su profesión en el sector privado en Tampa, Florida, y también trabaja como consultor en neuropsicología para varios hospitales y centros de rehabilitación.

El Dr. Frank Sparadeo, es un neurólogo clínico y un especialista titulado en adicciones, ejerce su profesión en el sector privado y tiene sus consultorios en Providence y Cranston, Rhode Island. Es un catedrático clínico adjunto en la Facultad de Medicina de la Universidad Brown (Brown University). Además de su práctica clínica, el Dr. Sparadeo proporciona consultoría a varios centros de rehabilitación tales como el Programa Interdisciplinario de la Columna y el Programa del Dolor Crónico de la Espalda manejado por el Departamento de Neurocirugía del Hospital de Rhode Island (Rhode Island Hospital).

Para el individuo con lesión cerebral y su círculo de apoyo (es decir, los familiares, seres queridos, amigos y colegas), la lesión cerebral es un viaje complejo y a menudo tumultuoso. Aunque existen muchas cuestiones que afectan a TODOS los individuos que presentan lesión cerebral, tanto el camino a la rehabilitación como el resultado que experimenta cada individuo son únicos. En esta serie de folletos, BIA busca educar a los individuos y organizaciones sobre la rehabilitación después de una lesión cerebral. Algunos individuos con lesión cerebral pueden enfrentar desafíos en todas estas áreas, mientras que otros pueden experimentar problemas con sólo unas cuantas de ellas. No obstante, la información contenida en estos folletos es crucial para brindar a las personas afectadas por una lesión cerebral, así como a los individuos y organizaciones que se encargan de su tratamiento, una comprensión básica de los complejos desafíos que se enfrentan después de una lesión cerebral. Para obtener información adicional sobre cualquier tema cubierto en la Serie del Camino a la Rehabilitación, contacte la Línea de Ayuda Familiar gratuita de BIA al (800) 444-6443 o visite su página Web en www.biausa.org.

Contenido editado por

Lisa Ward, Directora de Comunicaciones,
Asociación de Trauma Cerebral (Brain Injury Association)

Monique J. Marino, Gerente de Publicaciones,
Asociación de Trauma Cerebral (Brain Injury Association)

Para obtener información adicional sobre el manejo del dolor y lesión cerebral, contacte la Línea de Ayuda Familiar de Asociación (800) 444-6443 o familyhelpline@biausa.org.
O visite la página Web premiada de BIA: www.biausa.org.

© Copyright 2002. Asociación Americana de Trauma Cerebral (Brain Injury Association of America). Todos los derechos reservados. Se concede permiso para reimprimir y usar toda la información dando los créditos a la Asociación Americana de Trauma Cerebral (Brain Injury Association of America) y a los autores.