

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE NEURORRETROALIMENTACIÓN DE FRECUENCIA INFRA-BAJA (ILF) DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

¿Qué es la neuroretroalimentación de frecuencia infra-baja (ILF)?

La neuroretroalimentación existe desde hace más de 30 años. Es un tratamiento no invasivo que aprovecha la capacidad natural del cerebro de autorregularse. La neuroretroalimentación de ILF se enfoca en entrenar la actividad eléctrica regular del cerebro (ondas cerebrales). Este proceso consiste en colocar sensores en la cabeza para monitorear dichas ondas cerebrales. Así es como funciona:

1. Detección: los sensores registran la actividad de sus ondas cerebrales.
2. Retroalimentación: esta información se transmite a un programa de computadora que proporciona retroalimentación en tiempo real. Usted podría ver señales visuales (como un videojuego), experimentar retroalimentación táctil, como un peluche que vibra en su regazo, o escuchar sonidos que cambian según la actividad de su cerebro.
3. Guía: esta retroalimentación ayuda a orientar sus ondas cerebrales hacia un estado deseado, lo que podría mejorar su estado de ánimo, concentración y bienestar general.

En resumen, la neuroretroalimentación le enseña a su cerebro a funcionar de manera más saludable mediante el uso de retroalimentación para promover cambios positivos.

Descripción de la sesión de neuroretroalimentación:

- Un miembro del personal de salud mental preguntará sobre conductas y síntomas que el cliente desee mejorar. Las conductas y síntomas reportados determinarán la información que se ingresará en el programa de computadora y la ubicación de los sensores en la cabeza/el cuero cabelludo.
 - Los clientes permanecerán despiertos y sentados de forma cómoda durante la sesión. No se utilizará anestesia ni sedación.
 - El miembro del personal de salud mental colocará sensores en un área específica de la cabeza del cliente. Dicha área se limpiará con alcohol isopropílico, un prep (un abrasivo suave), y se aplicará una pasta para ayudar a que los sensores se mantengan en su lugar.
 - Durante la sesión, los sensores registrarán las ondas cerebrales, las cuales son la actividad eléctrica del cerebro. El programa de computadora utilizará estas ondas para generar retroalimentación que el cliente podrá observar en un monitor.
 - El cliente sostendrá un objeto para recibir retroalimentación táctil (como un peluche que vibra), verá un video o jugará un videojuego para recibir retroalimentación visual mientras los sensores están colocados en la cabeza.
- Los clientes y sus cuidadores brindarán información actualizada al miembro del personal de salud mental sobre el progreso en cada sesión, reportando síntomas y conductas.
- Durante la sesión, el miembro del personal de salud mental supervisará con atención al cliente, hará preguntas y realizará ajustes en el programa de computadora según la información proporcionada.
 - Los sensores pueden cambiarse de lugar a distintas partes de la cabeza durante la sesión para abordar todos los síntomas y conductas identificados. Una vez finalizada la sesión, los sensores se retirarán utilizando agua o alcohol isopropílico.

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones aplicable, el Código Civil y los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Queda prohibida la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado al que pertenece, a menos que la ley lo permita. Se requiere la destrucción de esta información una vez que se haya cumplido el propósito declarado de la solicitud original.

Nombre: N.º de identificación del DMH:
Agencia: N.º de proveedor:
Condado de Los Ángeles - Departamento de Salud Mental

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE NEURORRETROALIMENTACIÓN DE FRECUENCIA INFRA-BAJA (ILF) DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

Número de sesiones y frecuencia:

- Las sesiones pueden durar entre 30 y 60 minutos. Si el cliente tiene alguna inquietud, puede optar por detener la sesión en cualquier momento.
- Se recomienda un período de tratamiento de 1 a 2 veces por semana durante un lapso de 3 a 6 meses.
- Las sesiones pueden continuar más allá de los 6 meses, dependiendo de la respuesta del cliente. La mayoría de los clientes permanecen en tratamiento durante un año después del curso inicial para continuar con los avances. Las sesiones de mantenimiento pueden continuar después del primer año.

Posibles beneficios del tratamiento/procedimiento:

La neuroretroalimentación puede ayudar a reducir síntomas de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD), trastorno del espectro autista (ASD) y trastorno de estrés postraumático (PTSD). Esto puede incluir:

- Mayor estabilidad emocional y mejores mecanismos de afrontamiento.
- Mejora en la concentración y el tiempo de atención.
- Fortalecimiento de la memoria y las habilidades de aprendizaje.
- Mayor agilidad en el procesamiento cognitivo y mejores habilidades para resolver problemas.
- Mejor calidad del sueño y reducción de las alteraciones del sueño.
- Disminución en la percepción del dolor y mejor manejo del mismo.
- Mejora en la autorregulación y el control de la conducta.

Posibles efectos secundarios conocidos a corto plazo incluyen, entre otros:

- Dolores de cabeza
- Irritabilidad
- Aturdimiento
- Baja energía
- Molestia en el cuero cabelludo en el área del tratamiento
- Alteraciones del sueño o dificultad para dormir
- Náuseas

No se encontró evidencia de efectos secundarios negativos a largo plazo ni de que el tratamiento sea perjudicial. Algunos clientes reportaron un empeoramiento temporal de los síntomas, que no fue grave y que puede corregirse durante la sesión. Es importante que su proveedor esté informado sobre cualquier cambio o efecto negativo, incluso si parece no estar relacionado con el tratamiento, para que este pueda ser modificado, según sea necesario.

Medicamentos:

Es importante informar a su proveedor sobre todos los medicamentos y suplementos que tome, así como cualquier cambio en su régimen habitual. Dado que la neuroretroalimentación mejora el funcionamiento cerebral, puede ser necesario ajustar los medicamentos. Nunca suspenda ni modifique la dosis de ningún medicamento sin la supervisión de su médico tratante.

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones aplicable, el Código Civil y los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Queda prohibida la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado al que pertenece, a menos que la ley lo permita. Se requiere la destrucción de esta información una vez que se haya cumplido el propósito declarado de la solicitud original.

Nombre:

N.º de identificación del DMH:

Agencia:

N.º de proveedor:

Condado de Los Ángeles - Departamento de Salud Mental

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE NEURORRETROALIMENTACIÓN DE FRECUENCIA INFRA-BAJA (ILF) DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

- ☐ He leído este formulario.
- ☐ Me han leído este formulario.
- ☐ Este formulario se interpretó en _____ para mí.
Si el cliente y/o adulto responsable firmó una versión traducida de este formulario, dicha versión debe adjuntarse a la versión en inglés.

Se me explicó la información sobre la neurorretroalimentación, incluyendo los posibles beneficios, riesgos, efectos secundarios y tratamientos alternativos. Acepto participar en este tratamiento. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

_____ Firma del cliente	_____ Fecha
_____ Firma del adulto responsable*	_____ Relación con el cliente
	_____ Fecha

* Adulto responsable: tutor, tutor designado por la Ley Lanterman-Petris-Short (LPS), padre o madre del menor, de ser necesario.

Explicué los beneficios y efectos secundarios de la neurorretroalimentación mencionados en las páginas 1 y 2, y obtuve el consentimiento informado del cliente o del adulto responsable.

_____ Firma del médico y especialidad	_____ Fecha
--	----------------

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones aplicable, el Código Civil y los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Queda prohibida la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado al que pertenece, a menos que la ley lo permita. Se requiere la destrucción de esta información una vez que se haya cumplido el propósito declarado de la solicitud original.

Nombre:	N.º de identificación del DMH:
Agencia:	N.º de proveedor:
Condado de Los Ángeles - Departamento de Salud Mental	