



Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles

Consentimiento para el tratamiento con Estimulación Magnética Transcraneal (EMT)

¿Qué es el tratamiento con Estimulación Magnética Transcraneal (EMT)?

La Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) incorpora los últimos avances en neurociencia para ayudar a tratar a los pacientes con depresión. El tratamiento con EMT consiste en el uso de un dispositivo que emite breves pulsos electromagnéticos a determinadas regiones del cerebro que controlan el estado de ánimo. En los pacientes con depresión, estas regiones cerebrales pueden presentar una actividad reducida o anómala. Los pulsos de TMS ayudan a estimular las neuronas (células cerebrales) de esas regiones para mejorar el estado de ánimo, lo cual permite modificar su nivel de actividad con el tiempo.

Descripción del procedimiento y plan de tratamiento

- **Comodidad del paciente y entorno:** Los pacientes estarán despiertos y sentados cómodamente. No se utiliza anestesia ni sedación.
- **Colocación de la bobina y dosificación:** Se coloca una bobina electromagnética sobre el cuero cabelludo. Se realiza una prueba inicial para determinar la dosis adecuada del pulso magnético. A continuación, la bobina se coloca sobre la zona específica del cerebro que controla el estado de ánimo.
- **Sensaciones y sonidos:** El dispositivo produce chasquidos y una sensación de golpeteo en el cuero cabelludo. Se proporcionan tapones para los oídos para mitigar el ruido.
- **Duración y supervisión:** Cada sesión dura entre 30 y 40 minutos. El personal estará presente durante todo el tratamiento. Puede solicitar que se interrumpa el procedimiento en cualquier momento.
- **Frecuencia y duración:** La frecuencia recomendada es de 5 días a la semana durante 4 a 6 semanas. Se pueden ofrecer tratamientos de mantenimiento con menor frecuencia en función de la respuesta clínica.
- **Evaluación continua:** El paciente completará semanalmente las escalas de valoración del estado de ánimo. Un psiquiatra revisará el progreso y comentará las novedades del tratamiento semanalmente.

Posibles beneficios, riesgos y alternativas

Posibles beneficios:

La TMS puede ayudar a reducir o aliviar los síntomas de la depresión y potenciar la respuesta a otros tratamientos contra la depresión (como los fármacos y la psicoterapia).

Riesgos y efectos secundarios conocidos:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Dolores de cabeza• Molestias en el cuero cabelludo en la zona de tratamiento• Pérdida auditiva• Empeoramiento del tinnitus• Dificultad para dormir• Empeoramiento del estado de ánimo depresivo o aparición de manía | <ul style="list-style-type: none">• Convulsión• Sin mejoría en el estado de ánimo• Sus síntomas pueden reaparecer si se interrumpe el tratamiento• Pensamientos suicidas• Es posible que necesite pruebas o tratamientos adicionales |
|---|--|

Esta información confidencial se le facilita de conformidad con las leyes y las normativas estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las normas de privacidad de la HIPAA. Queda prohibida la reproducción de esta información con fines de divulgación posterior sin la autorización previa por escrito del cliente o del representante autorizado al que se refiera, salvo que la ley permita lo contrario. Se exige la destrucción de esta información una vez cumplido el propósito indicado en la solicitud original.

Nombre: _____ N.º de identificación: _____

Agencia: _____ Proveedor #: _____

Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental

Alternativas al tratamiento: Las opciones de tratamiento alternativas para la depresión incluyen medicamentos psicotrópicos, psicoterapia y Terapia Electroconvulsiva (TEC).		
Consentimiento informado y declaraciones		
Verificación del idioma/de la lectura: ☐ HE LEÍDO ESTE FORMULARIO. ☐ ME HAN LEÍDO ESTE FORMULARIO. ☐ ME HAN TRADUCIDO ESTE FORMULARIO AL _____ (idioma). <i>(Observación: Si se ha firmado una versión traducida de este formulario, adjúntela a esta copia en inglés.)</i>		
<u>Declaración del cliente/adulto responsable:</u> Se me ha explicado la información sobre la TMS, incluidos 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 paciente:	Nombre completo del paciente:	Fecha:
Firma del padre/madre, tutor legal o curador:	Relación con el paciente	Fecha:
<u>Declaración del profesional:</u> He explicado los beneficios, los efectos secundarios y los riesgos de la TMS tal y como se detallan anteriormente y he obtenido el consentimiento informado del paciente o del adulto responsable.		
Firma del profesional:	Nombre completo y especialidad:	Fecha:

Esta información confidencial se le facilita de conformidad con las leyes y las normativas estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las normas de privacidad de la HIPAA. Queda prohibida la reproducción de esta información con fines de divulgación posterior sin la autorización previa por escrito del cliente o del representante autorizado al que se refiera, salvo que la ley permita lo contrario. Se exige la destrucción de esta información una vez cumplido el propósito indicado en la solicitud original.	Nombre: _____ N.º de identificación: _____ Agencia: _____ Proveedor #: _____ Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental
---	--