



## **Transcripción del webinar de TBI TARC: "Guía de Salud Conductual: Consideraciones para las Mejores Prácticas para Niños, Jóvenes y Adultos con Lesión Cerebral Traumática (LCT)**

Este webinar se transmitió originalmente el 22 de junio de 2022

---

### **ORADORES**

Terry Camacho-Gonsalves, Judy Dettmer, Thomasine Heitkamp, Maria Crowley, John Corrigan, Maria Kajankova, Theo Tsaousides, Lindsey Gurin, y Michael Chiou

### **TERRY CAMACHO-GONSALVES**

Buenas tardes, buenos días. Voy a dar unos minutos para que la gente se una. Los números están subiendo. Solo unos minutos y comenzaremos. Veo que los números siguen subiendo. Estamos cerca de los 300 participantes. Muy bien, voy a empezar. Siguiendo diapositiva, por favor.

Buenos días, buenas tardes a todos. Mi nombre es Terry Camacho-Gonsalves y soy la directora del Centro de Asistencia Técnica y Recursos para Lesiones Cerebrales Traumáticas, gracias por acompañarnos. Este seminario web está patrocinado por TBI TARC. Brinda asistencia técnica y apoyo a las garantías del programa de asociación estatal de lesiones traumáticas y otras partes interesadas, incluidos otros estados, legisladores y personas con TBI y sus familias. Es administrado por el Instituto de Investigación de servicios humanos para el que trabajo. Con la asistencia de la Asociación Nacional de Administradores Estatales de Lesiones en la Cabeza. El seminario web es gratuito y abierto al público. Estamos aquí hoy para hablar sobre la Guía de salud conductual. Se puede descargar del sitio web de Administración para la Vida Comunitaria. El enlace al documento está en esta página. Ha sido ingresado en el chat. Antes de ponernos en marcha tenemos algo de logística. Todos los participantes están en escuchar solamente. Utilice la función de chat para preguntas y comunicaciones. Al final de cada sección nuestros ponentes podrán responder preguntas en el chat. Estaremos monitoreando esas preguntas. El seminario web es subtulado en vivo en inglés y español. Puede acceder a los subtítulos en vivo usando el enlace externo en la pantalla. También se ingresará en el chat. También tendremos subtítulos en español. Tendrás que usar el enlace externo para los subtítulos en español. Este seminario web en vivo incluye encuestas y preguntas de evaluación. Esté preparado para interactuar



durante las encuestas.

Después del seminario web, puede enviar preguntas de seguimiento y comentarios a la dirección de correo electrónico [tbitarc@hrsi.org](mailto:tbitarc@hrsi.org). Esto no será monitoreado durante el seminario web. Una versión en PDF de las diapositivas estará disponible en sitio web de ACL [acl.gov](http://acl.gov). Tenemos una encuesta, pero primero se supone que debo presentarme. Soy una mujer hispana con cabello corto y oscuro. Estoy sentada frente a un fondo verde. Tengo una camisa beige y un suéter negro.

Queremos saber quién está aquí y qué roles tienen: autoidentificación. Queremos tener una idea de quién está aquí. Es útil para nosotros mientras nos preparamos. Vamos a darle unos minutos. Cerca de la mitad de nosotros somos personal de atención directa. Eso tiene sentido. 30 por ciento son proveedores de servicios o empleados. Y tenemos algunos defensores de sí mismos y especialistas en pares. Alguien dijo que era un trabajador social en el chat. Y el 5% son analistas de investigación. Estamos cerca de que todos respondan. Luego lo cerraremos y compartiremos los resultados. Gracias por estar con nosotros. Tenemos algunas manos levantadas. Introduce cualquier duda que tengas en el chat. ¿Deberíamos cerrarlo? Cerca de lo que tenemos antes. La siguiente diapositiva. Ahora me gustaría presentarles a mi colega Judy Dettmer. Ella presentará a los panelistas y la Guía de salud conductual.

## **JUDY DETTMER**

Gracias Terry, bienvenidos todos. Es emocionante que todos ustedes asistan a este seminario web. Nos complace poder presentar este trabajo. Esperamos que sea de gran ayuda para el campo. Llevo 33 años trabajando en lesiones cerebrales. Sé que esta es una herramienta necesaria. Mi nombre es Judy Dettmer, soy directora de asociaciones estratégicas en la Asociación Nacional del Instituto de Lesiones en la Cabeza. Soy asistente técnica principal del Centro de Recursos y Asistencia Técnica de TBI que mencionó Terry. Voy a hablar de la sección 1. Antes de hacerlo, quiero mencionar algunas cosas. Permítanme describirme a mí mismo. Soy una mujer blanca con anteojos y pelo corto. En mi fondo hay algunos carteles antiguos de Hawái y Minnesota. Es un placer estar aquí hoy. Una cosa que quería mencionar en forma de transparencia es que la Asociación Nacional de Administradores de Lesiones en la Cabeza tiene varios productos y recursos relacionados con la detección y la salud del



## TBI TARC

Traumatic Brain Injury  
Technical Assistance and  
Resource Center

comportamiento. Nos hemos asociado con muchas personas que están presentando hoy. Pero fuera de esa gente también. Esos recursos están disponibles en nuestro sitio web. Muchos están disponibles de forma gratuita. Otros tienen una tarifa. Si tiene alguna pregunta relacionada con nuestros recursos, no dude en comunicarse. Voy a poner mi nombre y correo electrónico en el chat. Si necesitas más información ya sabes cómo encontrarme. A continuación, voy a presentar a todos nuestros presentadores. Por cuestiones de tiempo, tenemos mucha información que cubrir. Los voy a presentar en el orden en que se presentarán. Tendrá cierta familiaridad con quién presentará. Después de mí será Thomasine Heitkamp. Thomasine es una trabajadora social clínica licenciada. Chester Fritz Distinguida Profesora Emérito de la Universidad de Dakota del Norte. La bio completa está en el PDF que tenéis. Después de Thomasine está mi colega Maria Crowley. Ella es directora nacional de desarrollo profesional y líder asistente técnica de TBI junto a mí. Después de María estará John Corrigan. Es el director del Ohio Center Valley para la Prevención y Rehabilitación de Lesiones Cerebrales. Así como el Programa de Rehabilitación de Ohio. Después de John estará Maria Kajankova. Ella es la directora de Medicina de Rehabilitación. En la escuela de medicina en de Icahn en Mount Sinai. Cerrando nuestras sesiones de hoy y copresentando estará la Dra. Lindsay Gurin y ella es profesora asistente clínica de neurología, psiquiatría y medicina de rehabilitación en la Universidad de Nueva York. Su copresentador será el doctor Michael Chiou, que es miembro de medicina de lesiones cerebrales en la Escuela de Medicina Grossman de la NYU. Me complace tener a todas estas personas presentando con nosotros hoy. La siguiente diapositiva. Voy a presentar rápidamente el propósito de esta guía. Así como el impulso detrás de su desarrollo. Desde nuestra perspectiva del centro de asistencia, vemos que muchos estados están luchando para apoyar a las personas con lesiones cerebrales y problemas de salud conductual. Pedimos mucha ayuda de esa área. Sentimos la necesidad de desarrollar una guía para que los estados apoyen a estas personas. La guía está dirigida a los gobiernos estatales. Sin embargo, cualquiera puede beneficiarse de revisar esta guía. Creemos que los programas del gobierno estatal están en una posición única para afectar la política y aumentar la capacitación e implementar prácticas. En asociación con sus sistemas de salud conductual. Esta guía brinda a los estados una herramienta para iniciar o mejorar asociaciones dentro de los sistemas de salud mental y brinda nuevas estrategias para apoyar a las personas con lesiones cerebrales o de salud concurrentes. La guía proporciona una descripción general



# TBI TARC

Traumatic Brain Injury  
Technical Assistance and  
Resource Center

de la prevalencia y los problemas sistemáticos que se suman a la complejidad del apoyo. Estoy seguro de que eres consciente de esto. Revisamos socios y estrategias para asociarse. Brindamos información sobre la capacitación. Brindamos una descripción general del protocolo de detección que se puede implementar en entornos de salud conductual. Brindamos estrategias para la intervención clínica y orientación para la intervención farmacológica. Es probable que muchos de ustedes sepan que la concurrencia de lesión cerebral y salud conductual es un problema importante. Siento que estamos ganando mucha más tracción. Si observa algunos de los datos, aproximadamente 1/3 de las personas con lesión cerebral experimentarán problemas de salud mental hasta un año después de la lesión. Las personas con lesiones cerebrales de cualquier gravedad tendrán hasta por veces el riesgo de muerte por suicidio. Entre 23 y 51 por ciento de los adolescentes y adultos que sufrieron TBI estaban intoxicados cuando ocurrió la lesión. 1/4 de las personas hospitalizadas tienen antecedentes de abuso de sustancias. Estos fueron algunos puntos de datos. Hay muchos más. Este es un problema importante. Algunos de los problemas sistémicos que enfrentan los estados en términos de implementar un apoyo efectivo para las personas con lesiones cerebrales dentro de un entorno de salud conductual son multifacéticos. Ha estado presente durante muchos años en el paradigma médico.

Lo que nos esforzamos por hacer es cambiar ese pensamiento. Obviamente, hay un evento médico que ocurre con una lesión cerebral, pero a medida que las personas sobreviven y viven con una lesión cerebral, se convierte más en un paradigma comunitario de salud conductual que debemos adoptar para que las personas tengan resultados exitosos a largo plazo. Eso no quiere decir que sepamos que una lesión cerebral es una condición de salud crónica. Y así, sus condiciones de salud pueden haber sido constantes a lo largo de su vida. Estamos trabajando para ayudar a las personas a comprender que la lesión cerebral va más allá de lo médico y se convierte en un problema comunitario y de salud conductual, y es por eso que esta guía es realmente importante.

Otro problema sistémico es la falta de capacitación para la fuerza laboral de salud conductual. Y, francamente, la falta de confianza en que puedan ayudar a las personas con lesiones cerebrales. Una de las cosas que tratamos de promover es que usted realmente está apoyando y tratando la condición de salud conductual en el contexto de una lesión cerebral y no tratando la lesión



cerebral. Es importante, ya que pensamos en la capacitación, la revisión de la fuerza laboral de salud conductual tiene las herramientas para tener el apoyo que necesitan para el tratamiento. Realmente falta entender cómo la lesión cerebral podría estar afectando su capacidad para tener éxito. Y esas son algunas de las cosas clave que estamos tratando de vincular.

En términos de abordar problemas sistémicos, hay un par de pasos tangibles que los estados pueden tomar. Una es pensar en cuáles son las políticas de sistemas. Y por sistema me refiero al sistema de salud conductual. Y realmente para garantizar que el lenguaje no sea exclusivo de apoyar a las personas con lesiones cerebrales. Esto puede suceder sin darse cuenta. A veces, los estados quedan atrapados en esta pregunta del huevo y la gallina: ¿la lesión cerebral causó la condición de salud conductual?

Por lo que esperamos esforzarnos es que realmente eso es difícil de responder, número uno. Número dos, no importa per se. Porque, nuevamente, no estamos tratando lesiones cerebrales, están tratando la condición de salud conductual. Entonces, sin importar qué fue primero, todavía estamos tratando a alguien que tiene una afección de salud conductual diagnosticable.

El segundo es desarrollar e implementar protocolos de capacitación para que las personas se sientan seguras y tengan las habilidades necesarias para intervenir en nombre de las personas con lesiones cerebrales. Realmente está desmitificando la lesión cerebral para el sistema de salud conductual. Esos son dos pasos tangibles que puedes tomar.

Voy a considerar cualquier pregunta que tengan en este momento, y se la pasaré a Thomasine para que hable sobre las asociaciones. ¿Hay alguna pregunta en este punto?

### **TERRY CAMACHO-GONSALVES**

Por favor envíe sus preguntas al chat. Veo a algunas personas levantando la mano.

### **JUDY DETTMER**

No veo ninguno, así que creo que voy a mantenernos en movimiento. Podemos volver y puedo responder en el chat también. Ya veo, ¿por qué cree que hay tal



desconexión entre la salud conductual y las lesiones cerebrales?

Sinceramente, creo que se debe en parte al paradigma que mencioné anteriormente. Esa lesión cerebral ha sido considerada una condición física. Existe este tipo de separación en la mente de las personas entre la salud del comportamiento y las condiciones físicas y las condiciones médicas. Creo que eso ha llevado a algo de la separación.

El otro problema tiene que ver con la financiación, para ser franco. Esos son algunos de los problemas de política que tenemos que abordar en los estados: la gente se preocupa de que si apoyar a las personas con lesiones cerebrales requerirá más fondos, no tienen fondos de los estados para hacerlo. Una vez más, es por eso que promovemos el pensamiento de que no se trata de desarrollar un sistema completamente diferente de apoyo a la salud del comportamiento para las personas con lesiones cerebrales, integrando a las personas con lesiones cerebrales en el sistema existente, sino brindando a los profesionales de ese sistema el conocimiento y capacidad para comprender cómo la lesión cerebral afecta su capacidad para tener éxito en el tratamiento.

Creo que podría ser él. Veo que John añadió algunas cosas. Gracias por hacer eso. Te lo voy a dar a ti, Thomasine. Gracias.

### **THOMASINE HEITKAMP**

Gracias a todos. Estoy encantada de estar aquí con ustedes desde Grand Forks, Dakota del Norte. Soy blanca, pelo rojo largo, vengo a ustedes desde mi oficina que está decorada con el fondo de arte de Dakota del Norte que incluye grandes silos, margaritas y algunas columnas decorativas. Trato de traer un poco de lo que soy como Dakota del Norte y alguien que valora las complejidades y las asociaciones en las comunidades rurales y alianzas en comunidades rurales.

Hoy voy a hablar un poco sobre las asociaciones. Pero diré que cuando comencemos esto, este material y compartir con ustedes se basa en mis errores. Mis errores del pasado de los que aprendí.

Cuando trabajábamos con la pospandemia, hacíamos todo tipo de colaboración en telesalud, y pude ver que algunas de las asociaciones no fueron tan efectivas como esperaba. Escribí una guía rápida sobre la colaboración entre sistemas



solo como una ayuda de trabajo. Esa ayuda de trabajo despegó. Mucha gente lo estaba usando y era parte del trabajo que estaba haciendo en una subvención para SAMHSA la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. Cuando Judy y Maria me llamaron para escribir algo sobre asociaciones, se me ocurrió que me había sumergido un poco y también me había sumergido y colaborado con ellas en un producto que llamamos lesión cerebral traumática y trastornos por uso de sustancias. Haciendo la conexión donde ayudé con la edición de ese proyecto.

Si desea aprender sobre un tema, una de las mejores maneras de hacerlo es cortarlo. Esta fue una oportunidad para mí. Agradezco la oportunidad de participar.

Ventajas para las asociaciones. Siempre decimos que necesitas asociarte. Necesitamos colaborar. Necesitamos trabajar juntos. Eso no es tan fácil. Pero la investigación es muy clara. Las asociaciones efectivas mejorarán su capacidad para servir a los clientes. Aquellos de ustedes que están de guardia con personas con lesión cerebral traumática, saben cuándo están involucrados en la prestación del servicio si la asociación no está funcionando.

Usted sabe cuándo está haciendo la gestión de casos donde esas asociaciones se desmoronan. Solo quiero realmente agradecer a la audiencia que está con nosotros hoy en términos de su capacidad para comprender las asociaciones y aprender.

Mejores prácticas. Deberíamos poder hacer traspasos cálidos. Dado que mi experiencia es trabajar con muchas subvenciones de SAMHSA, hablamos sobre la derivación de intervención breve de detección para tratamiento. Esa selección debe ser holística y debe ser un proceso que brinde apoyo a ese agente o cliente.

Aumentando nuestra base de conocimientos a través de aprender más, todos tenemos la capacidad de aprender y mejorando nuestra capacidad organizativa. Aquellos de ustedes aquí hoy, la mayoría de nosotros representamos a organizaciones financiadas por subvenciones, universidades, centros de salud. Trabajamos en organizaciones más grandes que muchas veces somos solo una pequeña pieza en esa organización.



Necesitamos trabajar dentro de ese contexto más amplio. Y así atraer a nuevas audiencias, lo que hizo Judy cuando comenzó a trabajar con nuestra región ocho esfuerzos financiados por SAMHSA en estados muy rurales para ampliar el conocimiento sobre la lesión cerebral traumática y el uso de sustancias. Eso condujo al conjunto de herramientas que mencioné anteriormente. Por lo tanto, la construcción de esas redes organizacionales es fundamental, y fue a esa relación de hacer esta capacitación que me llevaron a escribir algo sobre el conjunto de herramientas.

Entonces, ingredientes para asociaciones efectivas. Tenemos que tener una visión compartida. Tenemos que entender nuestra visión. Tenemos que tener un propósito. ¿Cuál es nuestro propósito? Aquellos que pueden leer en sitios web y pueden ver cómo su visión y propósito podrían alinearse con otra organización en términos de atender a personas con lesiones cerebrales traumáticas. Pero la confianza y el respeto mutuos son a menudo los momentos en los que esas asociaciones se desmoronan.

Al final, todo se trata de relaciones y construcción de relaciones. En la confianza en esas relaciones. También requiere se llamarán comunicaciones transparentes. Esos temores a veces de que las personas se frustran y envían un correo electrónico, y no sabes quién está en copia ciega de ese correo electrónico, y no sabes exactamente de dónde viene la ira y esa asociación. Realmente hacer que esas comunicaciones sean transparentes.

Para los administradores de casos en el grupo, por ejemplo, los trabajadores sociales observan lo que funciona y lo que no funciona y son transparentes en esas comunicaciones. Sirvió como parte de la junta de salud mental donde estuvimos involucrados en una situación de casos en la que necesitamos ver algunas de nuestras políticas. Traes esa información adelante, eso es útil.

La otra pieza es la flexibilidad. No vas a empezar sociedades y luego quedarte. Hay rotación en las organizaciones. Las organizaciones son fluidas y flexibles y, a menudo, cambiarán en función del liderazgo administrativo. Esa capacidad de ser flexible es realmente muy crítica.

Anticiparse a los desafíos. Las asociaciones vienen con desafíos. No hay forma de evitar esto. Las personas se aportan a sí mismas y su personalidad, su



comprensión. Entonces, a medida que buscamos expandir ese esfuerzo para analizar ampliamente la salud del comportamiento y el uso de sustancias, y algunos de los datos que proporcionó Judy, esos no fueron datos que usé en la capacitación sobre el uso de sustancias y la salud mental en el pasado.

Una vez que me asocié con Judy entendí esa información de manera diferente. Y entonces ese desafío de no tener una comprensión lo suficientemente buena, que se fomentó a través de esta asociación, con la Asociación Nacional de Administradores de Lesiones en la Cabeza del Estado. Ese proceso de colaboración implica, y aquí es donde también nos obsesionamos, qué tipo de tecnología usamos.

La gente viene a mí y me dice qué tipo de software de gestión de programas, software de gestión de casos podría funcionar. A menudo respondo diciendo algo que la gente usará. A veces es así de simple. Que la tecnología debe ser ágil y disponible, y debe haber un compromiso para usarla.

La otra pieza es la importancia, a medida que observamos las asociaciones, y el compromiso con la práctica culturalmente receptiva. Esa diversidad, equidad, e inclusión. Solo tenemos que mirar los datos para ver las poblaciones que no reciben el mismo nivel de atención y atención de apoyo. Tomando ese tipo de cambios. Y para alguien que creció en un pueblo donde mi familia era una población (indiscernible), a veces eso es acceso a atención en comunidades rurales. En las comunidades donde vivo, la gente maneja hasta dos horas de ida para ver a un psicólogo para un diagnóstico. O para ver a un neurólogo, y eso podría ser aún más.

Tener ese sentido de disponibilidad, tener una comprensión de la cultura y un compromiso.

Entonces, lecciones que he aprendido. Cuando analizamos este trabajo, debemos comprometernos con la diligencia debida. Eso significa actuar profesionalmente. Tenemos que hacer un compromiso para evitar la fanfarronería con los socios.

Una de las lecciones que usé con frecuencia en mi salón de clases fue elogiar en público, expresar inquietudes en privado. No se eleve por encima del grupo, y las



organizaciones tienen diferentes capacidades. Trabajo en una institución bastante grande del Medio Oeste. Tengo la capacidad que las instituciones más pequeñas podrían no tener cuando nos asociamos con ellas.

Esta es una pieza crítica. Su parte del trabajo sea honesto y comuníquese. Hablo de comunicación honesta y transparente. Tenga un compromiso de hacer su trabajo y ese tipo de culpar a los demás, todas las razones por las que las cosas no ocurren, asociaciones si no está siendo honesto al respecto. Mantenga un enfoque en los objetivos y en la población a la que sirve. ¿Cuáles son esas necesidades? ¿Cuál es el enfoque? ¿Cuál es la dirección? ¿Qué esperas que avance? Este nido estaciona – Marque la siguiente parte es gente para su consideración. Un breve resumen de cada uno de estos socios para su consideración. Muchas gracias por su tiempo hoy. Gracias por la oportunidad de participar en este conjunto de herramientas. No sé si hay tiempo para preguntas. Puede que me haya pasado un poco.

### **JUDY DETTMER**

No estoy viendo preguntas. Creo que estamos bien. Si cuando haya terminado, pudiera monitorear el chat y ver si aparece algo, sería genial. Maria, creo que eres la siguiente.

### **MARIA CROWLEY**

¡Hola! Hola a todos. Soy María Crowley con NASHIA. Estoy muy feliz de ser parte de la creación de esta guía. A medida que lo use, esperamos que lo encuentre beneficioso. Si tiene preguntas, puede comunicarse con nosotros. Soy una mujer blanca con raíces cubanas. Tengo una estantería detrás de mí. Estoy usando una camisa blanca y una chaqueta multicolor. En lugar de hablar con usted sobre cómo brindar capacitación, quiero centrarme en por qué la capacitación es tan importante. Muchos de ustedes ya brindan capacitación y están acostumbrados a brindar capacitación. ¿Por qué es tan importante con el sistema de salud del comportamiento? En primer lugar, debería haber puesto esto en la parte superior, es parte de establecer una asociación sólida. Confianza y respeto mutuo y conciencia a ambos lados de la valla. Muchas de las razones por las que brinda capacitación se remontan a esto. No puede asumir que todos en el sistema de salud conductual conocen o tienen experiencia sobre lesiones cerebrales solo por el lugar donde se sientan o que conocen las estadísticas predominantes y los problemas y estadísticas concurrentes que Judy compartió



con usted anteriormente.

Estoy bastante seguro de que hablo en todos los estados cuando digo que la salud del comportamiento con muy pocas excepciones para aquellos que tienen la suerte cuando, lo suficiente como para tener un seguro médico, el apoyo recae en el sistema estatal de salud del comportamiento. Es un sistema que tiene mucha gente a la que servir. Una amplia variedad de personas para servir. A menudo con recursos limitados. Es importante saber que cuando se acerque a ellos para el entrenamiento.

Otra cosa importante a tener en cuenta es que los lectores, proveedores en un sistema de salud mental, si no tienen capacitación y no están inmersos en lesiones cerebrales, a menudo las personas piensan que una persona representa a todas las personas con lesiones cerebrales. Muchos de ustedes saben que este no es el caso.

Las personas con lesiones cerebrales son como copos de nieve. No hay una representación para todos. Todos tienen necesidades y desafíos únicos. Si alguien no ha conocido a una persona con problemas leves de salud del comportamiento, podría pensar que todos entran en esa categoría. O al revés. Y eso simplemente no es cierto. La formación es importante. Aumenta la conciencia de las lesiones cerebrales. Eso debe suceder en todas las áreas de la salud del comportamiento.

¿Por qué? Porque entonces los sistemas de salud del comportamiento pueden reducir el riesgo. Riesgo de problemas de compensación, riesgo de recaída si alguien está en recuperación. Riesgo de crisis. Y ciertamente importante es el riesgo de suicidio. Ya sea ideación o prevención en general. Si reduce esas cosas, puede aumentar la intervención exitosa en un sistema.

Todos quieren que eso suceda porque es lo mejor para las personas a las que sirven. ¿Alguien es un experto en salud conductual? No. Pero necesitan saber que está ahí. Como mencionó Judy, algo que es clave dentro de la salud del comportamiento como en otros sistemas, un miembro del personal puede estar trabajando con alguien con una lesión cerebral traumática y no ser consciente de ello. Puede no ser diagnosticado o mal diagnosticado. Pueden estar trabajando con alguien que no sabe que ha sufrido una lesión cerebral.



Es posible que estén trabajando con alguien que sabe que tiene una lesión, pero que no... puede que no sepa el alcance de la lesión. Es importante que todos tengan algún nivel de entrenamiento. Diferentes niveles de proveedores van a necesitar diferentes tipos de capacitación. Todo el mundo necesita saber lo básico. Algunos necesitan saber más allá de eso. ¿Por qué es eso importante? Conduce a mejores resultados y mejores asociaciones con su programa estatal de salud mental.

Hay una variedad de entrenamientos. Tendemos a abordar esto en términos de pensar en lágrimas de entrenamiento. Todo el mundo va a necesitar lo básico. Está incluido en la guía. Causas, síntomas, desafíos asociados con la lesión cerebral. Recursos disponibles. Alguna información básica sobre los fundamentos. A partir de ahí está el nivel intermedio de formación. Eso implica más información y exposición. Eso puede incluir diferentes herramientas de detección de las que hablará el Dr. Corrigan. Por qué es importante la detección. Puede comenzar a echar un vistazo a algunos enfoques terapéuticos.

Judy dijo que puedes iniciar a las personas con muchas herramientas que tienes. La mayoría de las veces, puede ser solo un pequeño ajuste para una intervención exitosa. La capacitación avanzada está reservada para aquellos que recetan medicamentos o brindan una intervención terapéutica significativa. Aquellos que se encuentran con personas para quienes la prevención de daños, la prevención del suicidio son claves. Es posible que necesiten mucho más entrenamiento. Debe ser proporcionado por un compañero que tenga conocimientos en el campo de las lesiones cerebrales y la salud del comportamiento.

Por supuesto, ¿cuál es el enemigo del entrenamiento y de las herramientas de entrenamiento exitosas? Rotación de personal. Ocurre en todos los campos y ciertamente aparece en este campo. A medida que brinda capacitación a su sistema estatal, debe incorporar soluciones para enfrentar el desafío de la rotación de personal. Como mencioné, hay una variedad de plataformas en las que puede introducir la capacitación. Puedes hacerlo de forma virtual o presencial. Puede grabarlo o insertarlo en un sitio web al que la gente pueda acceder. Una gran cantidad de componentes de formación que proporcionará. Hay una serie de recursos en la guía que hemos compartido con usted. Usa lo que ya está disponible. Tal vez en lugar de tomarse el tiempo para recrear la



rueda, puede llamarnos a nosotros, su personal de TBI/TARC. Hay mucha información en el sitio web. Mucha información de NASHIA e información en el sitio web.

Su programa estatal de lesiones cerebrales está bien versado en brindar capacitación. Los afiliados estatales y las organizaciones de defensa a través de la alianza de lesiones cerebrales de EE. UU. y la Asociación de lesiones por lluvia de América. Y los programas de protección y defensa en cada estado. Por último, pero no menos importante, está el programa nacional de lesiones cerebrales que tiene recursos para usted. Al visitar esos sitios web, se enumeran en la guía. Más allá de cualquiera de estos, hay algunos recursos que puede contactarnos para obtener capacitación o herramientas personalizadas.

Estaremos encantados de ayudar con cualquiera de esas piezas. ¿Alguna pregunta relacionada con la formación? No veo ninguno todavía. Se lo entregaré a John Corrigan.

### **JOHN D. CORRIGAN**

Gracias, María. Soy John Corrigan. Soy un hombre blanco con cabello gris corto que me gusta fingir que es rubio. Llevo gafas y una camisa blanca a cuadros con un blazer azul. Hay estanterías sobre mi hombro izquierdo y una pintura abstracta sobre mi hombro derecho. La siguiente diapositiva. Es importante comenzar con la pregunta clave: ¿Por qué realizaría pruebas de detección de lesiones cerebrales traumáticas? Como puede ver, no es raro que los efectos de una lesión cerebral causen debilidades que pueden interactuar con el éxito del tratamiento que está brindando.

Estos puntos pueden afectar cualquier tratamiento que esté brindando. Es importante saber acerca de un historial de lesión cerebral para que sepa buscar y acomodar algunos de estos problemas. Todos estos pueden superarse si sabes que están ahí.

Sin embargo, la detección de TBI no es tan simple como preguntarle a alguien si ha tenido una lesión cerebral. Nunca haría un diagnóstico de esquizofrenia preguntando si tienen esquizofrenia. Lo que describimos en la guía y lo que cubriré aquí es un peso sistemático y comprobado de obtener el historial de lesiones cerebrales traumáticas de por vida de alguien. De esa manera, puede



saber las probabilidades si hay efectos actuales de esa historia pasada.

Comprenda que 1/4 a 1/3 de la población general ha tenido al menos una lesión traumática en su vida. No es solo si lo ha tenido, también es la gravedad de los efectos acumulativos, qué edad tenías y qué tan reciente es, la siguiente diapositiva. También es importante saber en la detección que las técnicas que usamos, que son autoinformes retrospectivos, son bastante diferentes de las técnicas que usamos para diagnosticar o identificar una lesión cerebral traumática que ocurrió recientemente.

Usamos evaluación neuropsicológica o imágenes o biomarcadores, pero son buenos para lesiones recientes, pero no abarcan toda la vida de una persona. Tal vez podríamos mirar los registros médicos y entonces lo sabríamos. Un estudio reciente realizado por los CDC dice que el 60% de las lesiones cerebrales traumáticas en adultos no reciben atención médica. No están en los registros. El 40% de las lesiones en niños tampoco se denuncian.

Tenemos que poder interrogar al individuo para que podamos averiguar si ha tenido un historial significativo de lesión cerebral traumática.

Usamos este autoinforme retrospectivo, el llamado patrón oro, sabemos que tiene debilidades. Algunas debilidades se enumeran aquí. Hay mejores formas de preguntar, ese es el resultado final. Eso es lo que hacen las herramientas estandarizadas que vamos a ver. Piden de manera comprobada minimizar algunas de estas debilidades.

No le piden a alguien que se auto diagnostique. Les ayudan a recordar lesiones particularmente menos graves. No se basa solo en los síntomas, sino también en los signos de una lesión cerebral traumática.

Estas son algunas de las herramientas de detección que se han desarrollado. Todos estos tienen un nivel de trabajo de validación detrás de ellos. No son algo que alguien inventó. Hay una tabla completa en la guía que se muestra allí. Está a la derecha. Se analizan algunas de las características de estos.

Desarrollamos el método de identificación del que vamos a hablar más. Hablaré con usted acerca de la confiabilidad y la validez, pero es importante cuando se



usa una prueba de detección para saber que se ha observado que los evaluadores la están usando. La confiabilidad es, si vuelvo a preguntar ¿qué obtengo el mismo resultado?

La validez es este resultado que estoy obteniendo, ¿es realmente lo que estoy buscando? Y en la selección hay un poco más de sutileza y los tipos de validez varían. Alguien puede realizar una evaluación porque quiere saber con certeza exactamente qué lesión cerebral traumática ha tenido una persona en su vida. Alguien más puede estar evaluando porque quiero saber qué tan probable es que, dado su pasado, hoy, mientras trabajo con ellos, tengan consecuencias. Estarán mostrando algunos de los efectos de esa lesión. Esa es particularmente en entornos de salud conductual la pregunta crítica para la validación.

Entonces, esto es solo un resumen de lo que es uno de esos métodos. La identificación de OSU TBI ID. Es relativamente corto, toma de 3 a 5 minutos. El entrenamiento también es muy rápido. Ha sido objeto de múltiples estudios que analizan la confiabilidad. Tiene mucha evidencia para todo tipo de validez, ya sea correspondiendo con registros médicos desde el momento de la lesión, o lesiones, o siendo capaz de predecir el funcionamiento actual.

En una serie de estudios ahora se ha demostrado que se correlaciona con cosas como la estructura y función del cerebro. Da múltiples dimensiones. La peor lesión de por vida, la edad en que tuvo la primera lesión, si tuvo múltiples, cuándo fue el trabajo más reciente, y esos son los tipos de puntos de datos que necesitamos para poder decir que hay una bandera roja aquí, ya que estoy trabajando con esta persona. Debería buscar problemas cognitivos o de comportamiento que sean resultado de la lesión cerebral.

Y me quedaré aquí, no se puede enfatizar lo suficiente, que muchas veces en mi trabajo he visto dónde el terapeuta percibe erróneamente los efectos de la lesión cerebral como un reflejo de la motivación de una persona para el tratamiento, o su compromiso con el tratamiento. Cuando se comete ese error, puede socavar gravemente la alianza terapéutica.

Es muy importante que, si existe esa historia, estemos atentos a ella.

Muy rápido, y no dedicamos suficiente tiempo a esto en la guía, pero hay otras



lesiones cerebrales adquiridas, TBI es solo un tipo. Un interés particular en la salud del comportamiento son las lesiones anóxicas e hipóxicas, lo que significa que al cerebro se le negó algo de oxígeno. Puede dejar algunos de los mismos efectos residuales que una lesión cerebral traumática. Ambos afectan desproporcionadamente a los lóbulos frontales del cerebro y, por lo tanto, a lo que llamamos funciones ejecutivas. Si va a detectarlo, debe recordarle a la gente las formas en que podría haber ocurrido y tener una idea de la gravedad de esa pérdida de oxígeno donde solo hubo que perder el conocimiento, o tal vez en realidad requirió que alguien reviviera a través de RCP.

Muchas formas de lesiones anóxicas y tóxicas no reciben atención médica, por lo que no funciona como con otras lesiones cerebrales adquiridas, como un derrame cerebral u otras, preguntarle a alguien, ¿alguna vez ha sido tratado, alguna vez le han diagnosticado? Esa es una técnica que podemos usar para la detección y otras lesiones cerebrales previas, pero para la anoxia, la hipoxia no funciona tan bien. Un pequeño aparte sobre las lesiones cerebrales adquiridas.

Entonces, creo que no lo hice tan mal a tiempo. Si hay pregunta.

### **JUDY DETTMER**

No veo ninguna pregunta todavía. Gracias a los que las estáis poniendo en el chat. Los atraparemos durante los presentadores individuales a los que llegaremos mientras miran el chat.

¿Son apropiadas las herramientas de detección para clientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia?

### **JOHN D. CORRIGAN**

Dependería de su conciencia y conciencia actuales. Alguien estaba confundido y no era consciente de su entorno actual puede no ser un reportero lo suficientemente bueno. En su lugar, es posible que tenga que usar una persona importante o un representante. Pero alguien que ha sido estabilizado de esquizofrenia u otros trastornos del espectro psicótico se ha utilizado con esa población.

### **JUDY DETTMER**

Siguió diciendo que la mayoría de sus clientes son malos historiadores cuando



se informan a sí mismos. Entonces parece que si tienen un proxy que podría ser una forma de evitar esa preocupación.

Creo que eso es todo, John. María y Theo.

## **MARIA KAJANKOVA**

En esta sección, brindaremos una breve descripción general sobre cómo modificar las intervenciones para personas con TBI. Comenzaré hablando sobre el diagnóstico de trastornos de salud mental en esta población. Al diagnosticar trastornos psiquiátricos en personas con TBI, es importante conocer la prevalencia. Las personas con TBI presentan una variedad de trastornos psiquiátricos y en una tasa más alta que la población general.

Algunas de las condiciones psiquiátricas más comunes en las personas con TBI que se diagnostican o presentan incluyen trastornos del estado de ánimo, ansiedad y TEPT. Para minimizar este diagnóstico, creo que es importante que los proveedores consideren si los síntomas emocionales y conductuales son de origen neurológico o psicológico. Es posible que los proveedores primerizos no consideren que la causa de algunos síntomas emocionales o conductuales podría ser neurológica o debido a la lesión cerebral misma.

Algunos tradicionales dirán que los tratamientos psicológicos o psiquiátricos podrían no ser tan aceptados en tales casos. Y aunque la causa no siempre puede ser clara, ya menudo no lo es, es importante que consideremos ambas. Creo que también es importante considerar modificar el uso de medidas de detección y medidas de evaluación para personas con TBI cuando sea posible.

Aunque los métodos y procedimientos de diagnóstico generalmente no difieren para los pacientes con TBI, es importante considerar las limitaciones de las medidas o métodos existentes para usar con esta población. A menudo recopilamos información colateral, a veces tenemos que leer elementos de medición o instrucciones a los pacientes según sus diferentes desafíos. Así que hay formas de modificar estos instrumentos. También es importante considerar el impacto de la reducción de la conciencia y el funcionamiento cognitivo en el proceso de evaluación. Es por eso que usar información colateral, usar miembros de la familia para llenar algunos de los vacíos puede ser realmente importante.



Idealmente, los proveedores también seleccionarán medidas que sean apropiadas para personas con TBI. Hay algunos recursos excelentes disponibles para ayudar a los proveedores a hacer referencia a diferentes tipos de medidas que se han desarrollado, validado o modificado para personas con TBI, incluido el (término desconocido) o el sitio web de elementos de datos comunes. Estos están en la guía. Puede hacer referencia a ellos allí.

La otra cosa es que la detección y/o la identificación de problemas con TBI pueden ayudar a los proveedores a hacer referencias apropiadas a especialistas en TBI. Por lo tanto, recoger algunos de estos problemas relacionados con TBI, incluido el deterioro cognitivo, puede ayudar a hacer referencias a especialistas en TBI.

Le pasaré las cosas a mi colega, quien discutirá el tratamiento.

### **THEO TSAOUSIDES**

Gracias, María. Soy un hombre blanco con cabello castaño oscuro, una barba clara. Estoy usando una camisa azul claro y estoy parado frente a paredes blancas con algunos marcos.

Escuchaste mucho hoy. Hablamos de la identificación y la detección. Esperamos haberle dado una buena idea de que, debido a la prevalencia de la TBI en sí misma y a la cantidad de personas con TBI que también tienen problemas de salud mental comórbidos, es bastante probable que trabaje con alguien con TBI si los tiene. Ya, lo hará en el futuro. Lo principal que queríamos transmitir hoy es que la experiencia que tiene como médico, como administrador de casos, alguien que trabaja con una persona con TBI como una persona con TBI, el cliente, va a ser diferente del tratamiento con pacientes. que no tienen lesiones cerebrales.

El par de cosas que queríamos señalar es el hecho de que si piensa en el tratamiento más común para el asesoramiento o la psicoterapia de salud mental, o la terapia de conversación es un proceso muy complejo cognitivamente que tiene como objetivo mejorar la comprensión de una persona, a menudo las personas con TBI tienen debilidades cognitivas, cambios en sus habilidades cognitivas y deterioros cognitivos, y también una reducción de la autoconciencia, todo lo cual hace que el proceso sea aún más exigente.



Entonces, pensemos en el hecho de que puede terminar trabajando con personas que no han sido identificadas con TBI, en este caso lo que esperamos animarlo a pensar es en una ideología alternativa para los síntomas que está observando. Por ejemplo, si ves a una persona que exhibe habilidad emocional. Entonces tienen cambios de humor y son bastante severos, tienen arrebatos, en lugar de pensar en esto como un símbolo del trastorno bipolar o el trastorno límite de la personalidad, piénselo en términos de desregulación emocional, pero a menudo acompaña a la lesión cerebral traumática.

Si trabaja con una persona que se ha identificado como una persona con TBI, el trabajo que hace solo se enfoca en ayudar a la persona a obtener los máximos beneficios del tratamiento al capitalizar sus fortalezas y sortear las debilidades cognitivas que experimenta que se han convertido en obstáculos.

Entonces, ¿qué pueden estos obstáculos, cómo puedes convertirte en obstáculos?

Las personas con Daño Cerebral Traumático experimentan déficits cognitivos en memoria, atención, procesos de función ejecutiva son algunos de los más comunes.

Tomemos algo tan simple como una cita. ¿Cómo pueden estas capacidades cognitivas disminuidas interferir con el empleo? Pensemos en cómo la memoria puede interferir con una cita. Persona, olvida que tenía una cita y eso significará que esta persona no se presentará. ¿Eso no significa que están interesados en el tratamiento o que no están interesados? ¿No son capaces? Su papel es pensar en cómo puedo ayudar a esta persona a recordar la cita la próxima vez.

Tenemos mucha información en la guía. Es por eso que recomiendo descargar la guía para ejemplos más específicos que proporcionamos allí. Volviendo a la cita, otros asuntos que pueden interponerse en el camino. Atención. Alguien tiene problemas de atención que pueden estar en casa, construido por otra cosa y luego se olvidan de presentarse a su cita.

Problemas del funcionamiento ejecutivo. Es posible que pierdan la tarjeta de la cita o no la hayan puesto en el lugar correcto en su teléfono y de esa manera también perderán la cita.



Otro problema común puede ser la fatiga. Con TBI experimenta mucha fatiga. Puede haber un día en que no puedan asistir a la cita. Por lo tanto, tenga en cuenta que estos problemas pueden ocurrir y no son indicativos de falta de motivación o falta de inversión en una alianza terapéutica, pero son problemas con los que realmente puede ayudar para maximizar los beneficios del tratamiento.

En cuanto a las intervenciones, existen, por un lado, las intervenciones existentes que son muy utilizadas por los proveedores de salud mental. Esas fueron algunas de las recomendaciones que hacemos sobre intervenciones que se han adaptado a personas con TCE.

Ha habido tratamientos que tratan la depresión y la ansiedad en personas con TBI. Hay ensayos clínicos y entrevistas motivacionales o entrenamiento en mindfulness. Hay intervenciones existentes con las que puede estar familiarizado que se han adaptado para esta población. Estas intervenciones están diseñadas para ser utilizadas por proveedores que no son especialistas en TBI. Como se mencionó anteriormente, el papel de un proveedor de salud mental no es, en este caso, tratar la LCT y los déficits cognitivos. Es trabajar en el contexto de la TBI.

Estas intervenciones existen para este propósito y tenemos una vista previa, proporcionamos una lista de ellas. Soy consciente de la hora y quería preguntar si había alguna pregunta.

### **JUDY DETTMER**

Hay un par de preguntas. Una es, ¿podría hablar sobre la intervención y la evaluación de riesgos de las personas con TBI e ideación suicida?

### **THEO TSAOUSIDES**

Háblales en... Déjame pensar qué ángulo tomar. La ideación suicida es común entre las personas con TBI. Hemos estado rastreando en nuestros ensayos clínicos el porcentaje de personas que presentan ideación suicida. La ideación suicida suele ocurrir en el contexto de un episodio depresivo mayor o una depresión prolongada.

El enfoque apropiado sería el monitoreo y la prevención del suicidio similar a



cualquier tipo de intervención de salud mental que usaría con los clientes. Lo que puede encontrar es que, a veces, las personas con: la gravedad y el perfil cognitivo difieren. Por lo general, las personas con un funcionamiento superior son las que tienen una mayor conciencia y pueden presentar un mayor riesgo de ideación suicida.

Lo que recomendamos son nuestras medidas de evaluación del suicidio que están ampliamente disponibles. Podemos hablar sobre cuáles estamos usando actualmente en nuestro estudio de regulación emocional y descubrimos que son muy buenos para detectar y ayudar, evaluar el riesgo.

### **MARIA KAJANKOVA**

Creo que estos métodos son muy exitosos con la población con TBI. Mientras las modificaciones de las que habla el Doctor Tsaosides sean relevantes, esa es la advertencia principal. No hay mucha investigación sobre pulgones específicos para esta población, pero hay suficiente evidencia para respaldar que lo que ya está haciendo por estas personas puede ser efectivo siempre que se modifique para tener en cuenta las cosas complejas que acompañan a las lesiones cerebrales traumáticas.

Creo que el Doctor Corrigan expresó muy bien en el chat que tienden a ser más impulsivos. Las personas con lesión cerebral traumática tienden a tener eso como un problema. Tener en cuenta estos factores y la frecuencia con la que trabaja con ellos y ajustar los problemas de memoria puede ayudar a mejorar la eficacia.

### **MARÍA CROWLEY**

Hay otra pregunta en el chat que pregunta si puede hablar sobre el sentimiento tradicional relacionado con TBI. ¿Algún pensamiento allí?

### **THEO TSAOUSIDES**

¿Un poco más de contexto sobre la curación tradicional?

### **MARÍA CROWLEY**

Crystal, si pudieras proporcionar algo de contexto, sería genial. Otra pregunta es: ¿recomendaría una intervención sobre las demás?



### **THEO TSAOUSIDES**

Bueno. Eso sería un conflicto de intereses, pero hemos desarrollado una intervención, una intervención cognitiva conductual para la depresión posterior a una LCT que publicamos en 2014. Hemos desarrollado intervenciones de resolución de problemas que fueron muy efectivas: son intervenciones metacognitivas que las personas realmente disfrutaban al usarlas como una herramienta en su vida cotidiana.

Hemos estado trabajando en una intervención de regulación emocional que actualmente estamos terminando en nuestra segunda ronda de nuestro ensayo de cinco años en aquellas intervenciones que desarrollamos; esas no son intervenciones que desarrollamos, pero las que, según los ojos, tienen la mejor evidencia son los que te recomiendo.

Si ve algo publicado con un ensayo controlado aleatorio con un número significativo de participantes inscritos, diría que entonces está seguro con esa elección.

### **MARÍA CROWLEY**

Excelente. Otra pregunta: ¿qué tan cerca trabajan todos ustedes con las personas que están estudiando CTE? Encefalopatía Traumática Crónica. Se debe enseñar a las personas con TBI capacitación racional y llevar un diario para comprender cualquier desafío o distorsión que experimenten?

### **THEO TSAOUSIDES**

Puedo responder eso. Sí. La terapia cognitiva conductual hace exactamente eso. Es una forma de ayudar a una persona a convertirse en un mejor observador de sus propios procesos de pensamiento y determinar si estos procesos se basan en la realidad o son racionales. O si les sirven para algo.

Es un tratamiento muy eficaz que se ha utilizado para la ansiedad y la depresión en personas con TBI. Creo que es muy recomendable. No se si a alguien más le gustaría participar.

### **MARÍA CROWLEY**

Genial, algo de contexto para la pregunta de curación: basado en la cultura de una persona. ¿Algún método de curación a tener en cuenta?



## **THEO TSAOUSIDES**

Voy a hablar primero como investigador y luego como persona. Como investigador, diría que elija intervenciones que estén basadas en evidencia, si quisiera hacer una recomendación, a mayor escala para una organización o un grupo de proveedores que tengan capacitación.

Debido a que trabajo con individuos, personas, clientes con diferentes sistemas de creencias y filosofías, diría que abrazar ese aspecto de ti mismo, del cliente mismo, y compartirlo y obtener cualquier fuerza que derives de eso es muy importante. Sobre todo en el contexto de una relación terapéutica donde están presentes otros componentes que facilitarán nuestro objetivo que es la independencia, la autonomía y una vida mejor.

## **MARÍA CROWLEY**

Gracias, hay muchas otras preguntas. María, es posible que puedas abordar algunos de ellos. Tenemos dos presentadores más de los que quiero que escuche. Si nos queda tiempo, quiero llegar a esto al final, posiblemente. ¡Gracias!

## **THEO TSAOUSIDES**

Gracias.

## **MARÍA CROWLEY**

Lindsay, Michael, ¿están listos?

## **LINDSEY GURIN**

¿Me escuchas? Hola, mi nombre es Lindsay Gurin. Soy psiquiatra clínica en Nueva York. Soy una mujer blanca con cabello rubio. Una especie de camisa roja rosada. No tengo nada en mis paredes, todos los demás me están superando en ese frente. Estoy aquí con el doctor Michael Chiou y vamos a hablar sobre la modificación de los procedimientos psicofarmacológicos para pacientes con TBI.

Me formé en psicología y neurología y quería hacer psicología en la escuela de medicina y estuve en una clínica de TBI en el Hospital de veteranos de Providence Rhode Island. Vi este buen enfoque integrado para tratar problemas de salud mental a medida que surgían en pacientes con TBI.



Después de eso, mientras me dedicaba a la elegía de la psique y la neurología, vi que ese no era el caso en la mayoría de las situaciones. Olegía y neurología Vi que ese no era el caso en la mayoría de las situaciones. En muchos de los entrenamientos de salud mental no se enfoca en TBI como hemos escuchado hoy. Pero ver lo bien que pueden ir las cosas cuando TBI tiene los tratamientos adecuados me motivó a trabajar en este campo.

Es un testimonio de cómo el entrenamiento puede proporcionar buenas intervenciones cuando lo miras. Tengo esta cita aquí de varios juicios: Sir Charles, que era neurólogo en la década de 1930, era una época en la que la neurología y la psiquiatría estaban en el mismo campo. La cita es "no es el, no solo el tipo de lesión lo que importa, sino el tipo de cabeza. "Es tan importante tener en cuenta en estos casos.

Estamos tratando a la persona en su totalidad y TBI es una parte de esto. Causa cambios en el cerebro que necesitan ser entendidos. Especialmente en el contexto de quién es esta persona y su personalidad y su vida antes de la TBI. Cualquier cosa psiquiátrica o de salud mental preexistente que haya tenido anteriormente. Lo importante es que cuando me propusieron trabajar en este increíble proyecto, pensé en el hecho de que ya lo estamos haciendo como una evaluación psiquiátrica.

Estamos pensando en los aspectos biológicos, psicosociales y conductuales; los comportamientos que están comprendiendo más sobre la TBI pueden mejorar nuestras evaluaciones y tratamientos. En general, voy a hablar un poco sobre el enfoque y la evaluación. Entonces el Doctor Chiou se hará cargo. Los objetivos generales de dicho truco de atención psiquiátrica en lesiones cerebrales, el número uno, es mejorar la claridad del diagnóstico.

Puede ser confuso averiguar si estos son síntomas bipolares o problemas de regulación relacionados con una lesión cerebral. ¿Hay algunos síntomas aquí que se asemejan a las enfermedades psiquiátricas que pueden ayudar a comprender estos problemas o están directamente relacionados con la TBI? Como deterioro cognitivo u otras cosas de las que hemos oído hablar. Desea identificar síntomas objetivo específicos sobre los que se puede intervenir. Entonces desea tratar los síntomas. El pilar son las intervenciones no farmacológicas de las que hemos oído hablar.



La terapia farmacológica también puede ser útil. Hablaremos de eso. Para decidir acerca de los medicamentos, y esta es la parte difícil, realmente la forma en que pienso sobre esto es usando datos que se derivan de enfermedades psiquiátricas primarias y medicamentos que se usan para problemas psiquiátricos o medicamentos que tienen datos para usar en TBI. No hay medicamentos etiquetados para TBI, pero hay una serie de medicamentos que tienen evidencia que los respaldaría en la población con TBI.

O puede tomar lo que sabe sobre la lesión y la persona y desarrollar una hipótesis sobre qué vías cerebrales y neurotransmisores podrían verse afectados y abordar los síntomas de esa manera.

A durante el agudo o post agudo. Eso sucedió recientemente quiero pensar con la reciente amnesia postraumática presente. ¿Y esta persona todavía se está recuperando activamente? Después de TBI, especialmente en la fase inicial, esperamos una gran recuperación natural y, por lo tanto, algunos de los síntomas que estamos viendo en la fase inicial pueden ser una especie de objetivo móvil. También queremos pensar en otras complicaciones médicas que podrían estar contribuyendo. Hay problemas médicos que pueden surgir después de una TBI, algo sobre cómo podrían estar contribuyendo a algunos de los problemas de salud mental.

En la etapa crónica quiero pensar si puede haber algunos problemas cognitivos. Sabemos que estamos viendo y comenzando a aprender más sobre esto, la TBI es una enfermedad crónica. Hay un proceso inflamatorio crónico que puede ocurrir después de una TBI más en algunas personas que en otras, y luego resulta en un deterioro cognitivo que progresa en el futuro. ¿Podría haber algún deterioro cognitivo que esté contribuyendo a algunas de las piezas que estamos viendo?

¿Y ya hicimos esto como parte de una evaluación psiquiátrica que los sistemas de revisión médica? Pero, en particular, desea tratar las obligaciones neurológicas de la TBI que podrían empeorar los síntomas psiquiátricos. Algunos comunes se enumeran aquí. Dolores de cabeza, dolor crónico, medicamentos utilizados para el dolor, a veces estos pueden exacerbar, también medicamentos anticonvulsivos. (término desconocido) Este también es grande, leve y más grave. Las personas pueden haber cambiado en el sistema nervioso autónomo



que puede sentir y desencadenar ansiedad y desencadenar agitación y autoidentificar esto como un problema, a veces se puede abordar esto directamente y reducir la psiquiatría y la ansiedad como efecto secundario.

Finalmente, las alteraciones visuales son bastante comunes. Particularmente en lesiones cerebrales leves, los pacientes describirán tener dificultades para leer, concentrarse, dificultades con los movimientos oculares y esto puede contribuir a una gran fatiga cognitiva, mucha angustia psicológica de no poder moverse por el mundo viendo las cosas de la forma en que está acostumbrado. Es bueno identificar eso también.

Luego, finalmente nos enteramos de esto en la discusión de la proyección. Quiere obtener tantos detalles sobre las lesiones como sea posible. Qué tan grave, cuál era la extensión, dónde estaba la lesión en el cerebro si había una escena en la imagen. En cierto modo, use eso para informar su enfoque. En cierto modo, use eso para informar su enfoque.

Creo que de hecho se lo voy a entregar al Doctor Chiou.

### **MICHAEL CHIOU**

Me describiría a mí mismo como un hombre asiático de mediana edad, cabello negro y corto. Estoy usando anteojos. Tengo una camisa violeta claro que contrasta con mi corbata violeta oscuro. Estoy sentado en una sala de trabajo y detrás de mí es parte de nuestros estimados residentes de la Universidad de Nueva York.

No se puede subestimar la importancia de complementar los exámenes psiquiátricos y psiquiátricos mentales con la evaluación cognitiva. Su ayudante para la detección, pero también para la tendencia y el seguimiento de la eficacia de cualquier medicamento o intervención no farmacológica o no farmacológica que pueda estar usando para tratar una lesión cerebral y la salud mental.

Proporcionamos aquí algunos ejemplos de la Evaluación Cognitiva de Montreal que pueden realizar otros médicos o miembros del equipo de atención médica, incluidos los psicólogos, si están disponibles. Los SLUMS y el Mini Examen de Estado Mental también son opciones. Estos se pueden usar al principio, pero también se pueden volver a aplicar a lo largo del tratamiento para cuantificar y



calificar mejor cómo están funcionando sus tratamientos.

Es importante no solo usar la información que está reuniendo en el momento, sino también la información previa de pacientes en el pasado. Y también teniendo en cuenta la información adicional que desee recopilar. Esto puede ser en forma de imágenes cerebrales, MRI, MRI funcional. El EEG puede ser útil en el contexto de síntomas episódicos o, en algunos casos, los pacientes tienen síntomas que realmente no tienen sentido. Pero pueden ser útiles para identificar algunas convulsiones clínicas que pueden contribuir a muchos de los síntomas que presentan los pacientes con lesiones cerebrales, incluida la agitación o la desorientación. Los análisis de sangre pueden ser útiles además de los psiquiátricos, como la función tiroidea y B-12. Es posible que desee incluir algunos laboratorios de hormonas pituitarias, laboratorios de detección y realmente está adaptando el trabajo de laboratorio y las imágenes que usted debe a los síntomas del paciente.

Ciertamente, comprender y explorar los diversos síntomas, la constelación de síntomas que hacen que los pacientes con lesiones y los pacientes de salud mental tengan tutorías o pruebas de diagnóstico sobre lo que informan, puede ser extremadamente beneficioso.

Creo que tal vez se ha dicho una y otra vez que tener un diagnóstico psiquiátrico primario sin duda se puede ejemplificar en el paciente con lesión cerebral, desafortunadamente puede hacer que el tratamiento sea más desafiante, pero al mismo tiempo identificar la enfermedad psiquiátrica subyacente puede ayudarnos a dirigir mejor la atención.

Ese conocimiento, aunque nos recuerda que este puede ser un caso más desafiante, ese conocimiento de un diagnóstico psiquiátrico subyacente en realidad puede ayudarnos a guiar nuestros tratamientos y adaptar los tratamientos que se suman a las necesidades de esa persona en particular.

Hay una variedad de síntomas. Aprecio que hay una variedad de síntomas que vienen con varios diagnósticos psiquiátricos, por lo que incluso si una persona no presenta todos los síntomas como un diagnóstico específico, podemos aplicar el diagnóstico más adecuado para tratar a este paciente.



Síntomas específicamente relacionados con lesiones cerebrales, TBI, algunos de estos se superponen con diagnósticos psiquiátricos, pero también pueden ser el resultado directo de una lesión cerebral. Aludí a lo que la Doctora Gurin mencionó con el modelo psicosocial que puede explicar mucho de esta constelación de síntomas que se muestran en la diapositiva, que pueden incluir trastornos del sueño/vigilia, control del disco emocional, estado de ánimo conductual, falta de motivación, dominios de deterioro cognitivo como la memoria, el procesamiento ejecutivo, la falta de atención. Y ciertamente agitación que a menudo es impulsada por causas multifactoriales.

Entonces, diré que en la guía hay una variedad de opciones farmacológicas y no farmacológicas para nuestra población de pacientes. Pero estos son los principios rectores que, en general, nos permitirán elegir las mejores intervenciones.

Primero, es importante conocer sus síntomas objetivo. Como dice aquí. Sin un mapa no puede llegar a su destino. En términos de elegir el tratamiento de elección, es importante conocer los síntomas para poder elegir el primer agente cuando sea posible, y por sustracción primero.

Me gusta dar el ejemplo de un paciente agitado que toma muchos medicamentos, posiblemente estimulantes, y en lugar de tratar agregando un medicamento que lo calme, puede ser útil eliminar los medicamentos que elevan al paciente. Quitar algo podría ser una mejor opción que agregar otro medicamento.

Comience bajo y vaya lento. Comience bajo y vaya lento. Muchos pacientes con TBI son más susceptibles a los medicamentos debido a su lesión cerebral. Cuando se inicia una nueva terapia, es importante y valioso comenzar con la dosis más baja posible y aumentar la titulación lentamente. La respuesta puede ser que tengan una respuesta muy dramática a una dosis lenta debido a la lesión. En la forma en que se reorganiza el cerebro.

Vuelva a evaluar con frecuencia. Cada vez que realice un cambio o comience un nuevo medicamento, evalúe la eficacia del medicamento, pero también tenga en cuenta los efectos secundarios y, si es necesario, realice ajustes en los medicamentos de manera oportuna.



Evitar la polifarmacia de lo posible. A menudo, en entornos hospitalarios, los pacientes terminan con una gran cantidad de medicamentos y solo tenga en cuenta que a veces es valioso tener en cuenta que si no necesita agregar medicamentos, no lo haga. No siempre tiene que seguir agregando medicamentos. Es valioso revisar la lista de medicamentos.

Parece que estamos fuera de tiempo, pero el se puede leer, está disponible en el sitio web.

La siguiente diapositiva proporcionamos una lista de opciones de medicamentos. Solo quiero cerrar con las intervenciones no farmacológicas que son tan importantes como las farmacológicas. Una combinación de los dos conducirá a tener un buen éxito en el tratamiento.

### **MARIA CROWLEY**

Gracias a los dos. Creo que son los 90 minutos más rápidos que he experimentado. Hay un montón de preguntas. Hay un montón de preguntas. Michael y Lindsay te van a tirar rápido. ¿Alguna recomendación con respecto a la TOC y la terapia?

### **LINDSEY GURIN**

Esa es una gran pregunta. Creo que dejaría que el neuropsicólogo hablara sobre los aspectos de la terapia, pero creo que la cosa es que, como sabemos, en general, el tipo de tratamiento del TOC a menudo es TCC en esa exposición o respuesta, particularmente si la persona puede participar en ese nivel. y luego también los ISRS. Nuevamente, creo que este es un ejemplo de si puede identificar algo que se parece al TOC, incluso si no se trata exactamente de otras características que son bastante claras y tienen sentido tratarlas como lo haría con el TOC estándar, en realidad, los ISRS no tuvimos la oportunidad. para profundizar en el medicamento específicamente, pero los ISRS son excelentes para la TBI por varias razones. Potencialmente, incluso podría ayudar con otras características asociadas con TBI también.

### **MARIA CROWLEY**

Excelente. Veo algunas otras preguntas. Creo que John ha estado respondiendo sobre el cannabis medicinal y las lesiones cerebrales. En los trastornos por uso de sustancias. Y se está desplazando rápidamente por aquí.



### **TERRY CAMACHO-GONSALVES**

Si las personas pueden quedarse unos minutos, tenemos una encuesta de evaluación al final y nos encantaría que la respondieran. Si pudiera tener paciencia con nosotros y quedarse con nosotros unos minutos más.

### **MARIA CROWLEY**

Ojalá tuviéramos más tiempo para eso. Muchas gracias. Esperamos que esto haya sido beneficioso para usted. Quiero agradecerles una vez más a los presentadores de hoy por contribuir con la Guía de salud conductual. Úselo y comuníquese con nosotros si nos necesita. Terry?

### **TERRY CAMACHO-GONSALVES**

Tenemos una encuesta, hay como seis preguntas, si pudiera verlo ahora mismo, es para que podamos mejorar futuros seminarios web que organiza TBI TARC. Tómese unos minutos para responder la encuesta y también puede comunicarse con nosotros y enviarnos un correo electrónico si tiene algún comentario sobre cómo podemos mejorar futuros seminarios web. Gracias por estar con nosotros hoy, y puede desplazarse hacia abajo.

Si bajas hay seis preguntas en el lado derecho. Gracias. Esto ha sido genial. He aprendido mucho y leí la guía. Como señalamos, la guía se encuentra en el sitio web de ACL. Haremos que la grabación esté disponible en el sitio web de ACL y queremos agradecer a la Administración para la Vida Comunitaria por patrocinarnos en este seminario web, y esperamos que se una a nosotros en futuros seminarios web.

Estamos a mitad de camino, así que, por favor, gracias. Esperamos verlos a todos pronto. Solo espero que esta encuesta atraiga a algunas personas más.

### **MARÍA CROWLEY**

Ponemos la información en el chat. ¿Volveremos a apagar eso?

### **TERRY CAMACHO-GONSALVES**

Si, lo haremos. Veré si está publicado en el seminario web y enviaré un correo electrónico porque estamos publicando la grabación en el sitio web de ACL.



**TBI TARC**

Traumatic Brain Injury  
Technical Assistance and  
Resource Center

**MARÍA CROWLEY**

Excelente.

**TERRY CAMACHO-GONSALVES**

Te recuerdo que puedes descargar todas las diapositivas y que también puedes descargar el documento. Gracias.

Gracias a todos.