

# Mi Plan de Acción para la Depresión

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor traer este plan y una lista de sus medicamentos a cada proveedor de salud o visita a la sala de emergencia.

## Cosas que voy hacer cada día:



- Ser activo(a) y caminar todos los días. Levantarme y hacer cosas.
- Hacer cosas que disfruto.
- Buscar y hablar con la gente que me apoya.
- Hacer algo para controlar mi dolor como mi proveedor de salud y yo hablamos.
- Hacer cosas para relajarme y reducir mi ansiedad.
- Dormir de 7 a 9 horas todas las noches.
- Tomar mi medicina de la manera que mi proveedor de salud y yo hablamos, aunque me sienta bien.
- Ir a todas mis citas de salud.
- Comer alimentos saludables, bajos en sodio (sal), grasa y colesterol, y no agregar sal a la comida.
- Mantenerme alejado de lugares ahumados y no fumar.
- Mantenerme alejado del alcohol, drogas y medicinas no recetadas para mí.
- Reflexionar sobre la forma en que estoy pensando o como me siento cada día. ¿En qué zona estoy?
- Seguir mi plan de seguridad si tengo uno.

## Me Siento Normal para Mí



- Me levanto de la cama.
- Mi medicina funciona para mí.
- Mis pensamientos son claros.
- No tengo pensamientos de hacerme daño.
- Me siento esperanzado(a).
- Me siento bien de enfrentarme me al día y estar con la gente.
- Hago mis cosas normales.
- Como y duermo bien para mi.

## ACCIÓN — yo haré

Seguir haciendo las cosas que hago cada día.

---

---

---

---

## PRECAUCIÓN — Me Siento Peor



### Necesito tomar medidas si tengo alguno de los siguientes

- Quiero quedarme en la cama todo el día.
- Quiero estar solo(a).
- No estoy tomando mi medicamento de la manera que mi proveedor de salud y yo hablamos.
- Pienso en el suicidio o querer hacerme daño, pero yo no lo hago porque ~ Yo no creo en el suicidio. ~ Tengo miedo de morir.
- Me siento triste, cansado o nervioso, de hacer mis cosas normales.
- Tengo un cambio en mi sueño, tales como ~ Dormir más o menos de lo normal. ~ Dificultad para conciliar o mantener el sueño. ~ Permanesco despierto y preocupado.
- Amigos o familiares me han dicho que necesito buscar ayuda.

## ACCIÓN — yo haré

Llamar a mi proveedor de salud

# de Teléfono \_\_\_\_\_

- Avisar a mi proveedor de salud cómo he cambiado mi forma de tomar mi medicina.
- Avisar a mi proveedor de salud si tengo pensamientos de lastimarme.

Llame al 1-800-273-TALK si necesita hablar en este momento. Esta es una línea de vida gratuita para prevención de crisis, 24 horas / día.

### Recursos de emergencia

---

---

## PELIGRO — Me Siento Mucho Peor



### Necesito tomar medidas si tengo alguno de los siguientes:

- Me he hecho daño a mí mismo o a los demás.
- No siento nada.
- Me siento desesperado y abrumado con tristeza.
- Siento que no vale la pena vivir.
- Tengo un plan para herirme o matarme o a los demás.
- He dejado de tomar mi medicamento.
- No puedo pensar con claridad.
- Me preocupo la mayor parte de la noche.
- Duermo mucho durante el día y mantengo mi habitación oscura.

## ACCIÓN — yo haré

### Llamar al 911

Voy a buscar ayuda de inmediato.

~O~

Ir al Departamento de Emergencia del hospital más cercano.

---

---