

# AGENDA DE RECUPERACION



## ¿Qué es recuperación?

La manera más simple de definir recuperación es: lograr que tu vida vaya de la forma que tú quieres que vaya. La manera como tú haces esto, es decidiendo que tú quieres hacer, diseñar un plan para lograrlo y rendir la labor para lograrlo. Parte de tu plan envuelve el hecho de seleccionar las personas que a ti te gustaría que te ayudaran en este proceso.

## ¿En qué consiste la "Agenda de Recuperación"?

La **Agenda de Recuperación** es un "cuaderno de trabajo" rápido y bien fácil que te ayudará a pensar en algunos de tus problemas y te ayudará a pensar también en lo que ya tú tienes y lo que te hará falta para ponerte a tono con la solución de esos problemas.

Luego de que tú escribas en este cuaderno, ¿qué sucede?

Tu puedes elegir, ya sea compartirlo con tu equipo de tratamiento, el gerente de tu caso, tu médico o con quien sea que tu elijas. En caso de que lo compartas con las personas que te están ayudando con tu plan de tratamiento, te va a permitir obtener los servicios y el soporte que tú necesitas para trabajar en tu recuperación.

## ¿Qué tal si me encuentro en el hospital cuando empiezo por primera vez mi "Agenda de Recuperación"?

Si te encuentras en el hospital al recibir por primera vez una **Agenda de Recuperación**, esta te puede ayudar a enfocarte en lo que tú necesitas para colocar tu recuperación de nuevo en marcha. Esta te puede ayudar a ser más exitoso luego de salir del hospital.

## ¿Habrá alguien que tome esto en serio?

Sí. Si te encuentras en uno de los hospitales o centros donde **SC SHARE** está ofreciendo la *Agenda de Recuperación*, tu equipo de tratamiento sabrá que tú recibiste una. Ellos tienen la expectativa de que tú comenzarás a trabajar en tu **Agenda de Recuperación**. Ellos te pedirán que compartas con ellos para que así te orienten asignándote a grupos y clases que estarán de acuerdo con tus necesidades. Es tu responsabilidad ser diligente y preciso con tu **Agenda de Recuperación** para que esta te sirva realmente.

# Lista de Verificación

## ¿Qué piensas acerca de cambiar?

- No estoy a favor
- Quizás
- Estoy listo, las cosas no marchan bien para mí en la manera en que están ahora.

## ¿Cuáles son las cosas más importantes que tú tienes o quisieras tener en tu vida?

YA TENGO	QUIERO TENER

## Seguridad

¿Te sientes seguro en este momento? **SI NO**    ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño? **SI NO**

¿Cuándo fue la última vez que pensaste en hacerte daño a ti mismo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has pensado en hacerle daño a otros? **SI NO**

¿Cuándo fue la última vez que tuviste esos pensamientos? \_\_\_\_\_

¿En cuáles maneras tu no te sientes seguro en tu vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué tú necesitarías para sentirte seguro? \_\_\_\_\_

Si te encuentras en el hospital ahora, ¿te sientes seguro? \_\_\_\_\_

En caso de que "no", ¿qué tú necesitas para lograr sentirte seguro dentro de este hospital? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Lista de Verificación

---

## Cuidado Inmediato de ti mismo

¿En cuáles maneras tú estás en capacidad de tomar cuidado de ti mismo en estos momentos? *(si estás en el hospital, aún eres responsable de muchos aspectos de tu propio cuidado.)*

---

---

¿Estás comiendo bien? **SI NO**      ¿Estás practicando buenos hábitos de sueño? **SI NO**

¿Estás manteniéndote limpio y bien vestido? **SI NO**

¿Has estado usando alcohol y otras drogas? **SI NO**

¿Estás tomando tus medicamentos como fueron prescritos? **SI NO**

Luego de revisado todo, "creo que estoy tomando muy buen cuidado de mi mismo" **SI NO**

¿Qué obstáculos te impiden tener cuidado de ti mismo? \_\_\_\_\_

---

---

## Síntomas mentales/emocionales más preocupantes

En este momento, ¿cuáles síntomas de tu enfermedad mental te preocupan más? \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué te ayuda? \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué no te ayuda? \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué es lo más preocupante para ti, tus síntomas o alguna otra situación difícil en tu vida?

\_\_\_\_\_ Mis síntomas                      \_\_\_\_\_ Otra situación difícil

Esa situación difícil es: \_\_\_\_\_

---

---

# Lista de Verificación

---

## Problemas Físicos

¿Tienes algún problema de salud al que prestas atención o necesitas prestar atención de manera diaria como diabetes o alta presión arterial?

\_\_\_\_\_ No, no tengo.

\_\_\_\_\_ Si, yo tengo \_\_\_\_\_  
(Haga una lista de sus problemas de salud)

¿Crees que tu vida sería mejor si tuvieras más energía?

\_\_\_\_\_ No, no quiero más energía.

\_\_\_\_\_ Si, pienso que mi vida sería mejor si tuviera más energía.

¿Qué piensas acerca del hecho de “empezar a tomar más responsabilidad” sobre sentirte mejor?

\_\_\_\_\_ Listo y Dispuesto

\_\_\_\_\_ No estoy listo, no tengo intención

## Uso, Abuso o Adicción a Sustancias

¿Cuánto tomas (bebidas alcohólicas) durante una semana normal? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia fumas yerba o usas alguna otra  
droga de la calle? \_\_\_\_\_

¿Consumes medicinas que son prescritas a otras personas para tú sentirte mejor? (para hacer  
que tus síntomas desaparezcan) \_\_\_\_\_

¿Consumes alcohol u otras drogas mientras estás tomando medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia interrumpes tus medicinas para poder así, beber alcohol o usar drogas? \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Lista de Verificación

---

## Espiritualidad

¿Tienes preocupaciones de naturaleza espiritual que te gustaría discutir con alguien?

\_\_\_\_\_ No, no tengo.

\_\_\_\_\_ Si, me gustaría conversar con alguien acerca de \_\_\_\_\_

¿Tienes problemas con amigos o miembros de tu familia por razones de tus creencias o las de ellos? \_\_\_\_\_ No.

\_\_\_\_\_ Si, tengo problemas con \_\_\_\_\_, porque \_\_\_\_\_

¿De qué manera piensas que tu espiritualidad te va a ayudar o te va a dificultar en tu

Recuperación? \_\_\_\_\_

## Vivienda

¿Tienes un lugar donde vivir? **SI NO**

¿Es este seguro? **SI NO**

¿Te gusta el lugar donde vives? **SI NO**

Si no te gusta donde vives, ¿qué tú entiendes que es lo que te impide vivir en un lugar que a ti sí te guste? \_\_\_\_\_

¿Qué cosas estarías en la voluntad de hacer para lograr ser capaz de vivir donde quieres vivir?

## Educación / Entrenamientos

¿Estás satisfecho con la cantidad o el tipo de educación que tienes? **SI NO**

En caso de que no, ¿estás pensando en volver de nuevo a la escuela? **SI NO**

¿Existe cosa alguna que te impediría hacer esto? (volver a la escuela) \_\_\_\_\_

¿Existen algunas otras cosas acerca de las cuales te gustaría aprender que entiendes

mejorarían tu vida? Como por ejemplo:

¿Cómo comenzar y mantener una relación con un novio o una novia? \_\_\_\_\_

¿Cómo obtener una licencia para conducir? \_\_\_\_\_

¿Cómo cocinar? \_\_\_\_\_

¿Cómo mantener mi apartamento más limpio? \_\_\_\_\_

¿Cómo empezar a hacer ejercicios?

Otros \_\_\_\_\_

# Lista de Verificación

## Dinero

¿Tienes dinero suficiente para pagar tus cuentas? **SI NO**

¿Te hayas a ti mismo viviendo en lugares que no son seguros o confortables porque no tienes

dinero suficiente para vivir el otro lado? **SI NO** ¿Estás ahora sin comida? **SI NO**

¿Estás ahora sin cosas que necesitas para tu seguridad y tu confort porque no tienes dinero suficiente? **SI NO**

¿Estás sin medicina para el dolor de cabeza o un resfriado? **SI NO**

¿Estás ahora desprovisto de un buen par de zapatos? **SI NO**

Si es así, ¿qué ideas tienes acerca de cómo vas a conseguir más dinero? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Trabajo

¿Tú trabajas? **SI NO**

¿Cuándo fue la última vez que estuviste empleado?, ¿Ya sea voluntario o por paga?

\_\_\_\_\_

¿Qué trabajos has tenido que has disfrutado? ¿Qué tipo de trabajo tú entiendes que disfrutarías?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si no estás trabajando o no estás satisfecho con tu actual trabajo, ¿sabes de lo que estás

dispuesto a hacer para conseguir trabajo o conseguir un empleo que vaya de acuerdo a ti y a tus intereses?

Yo estoy en la voluntad de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo no estoy en la voluntad de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Lista de Verificación

---

## Tiempo de Ocio

¿En qué pasas la mayor parte de tu tiempo? \_\_\_\_\_

Durante el día, ¿cuánto tiempo tú pasas “*simplemente perdiendo el tiempo*”?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Por qué tú crees que haces eso (perder el tiempo)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué crees que necesitas para lograr hacer mejor uso de tu tiempo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Relación con Parientes y Amigos

¿Quiénes son las personas más importantes en tu vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué tan bien te llevas con esas personas? \_\_\_\_\_

¿Existen personas en tu vida que no son buenas o provechosas para ti?

\_\_\_\_\_ No, No hay. \_\_\_\_\_ Si, las siguientes personas no son provechosas para mí \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Existen personas que a ti te gustaría tener en tu vida y de las cuales careces (no las tienes)?

\_\_\_\_\_ No, yo no quiero a nadie más en mi vida.

\_\_\_\_\_ Si, yo quiero que \_\_\_\_\_ sea parte de mi vida.

¿Qué tu crees que podrías hacer para tener más amigos y relaciones con otras personas? ¿Qué

crees que podrías hacer para ser más exitoso con los amigos o lograr mayor trascendencia en

las relaciones que ya tienes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Lista de Verificación

---

## Asuntos Legales

¿Tienes algún tipo de problema con la policía / el departamento del alguacil (Sheriff Department)

o la corte y la justicia? **SI NO** -en caso de que SI, el problema es \_\_\_\_\_

Si estás en un hospital psiquiátrico, ¿tienes problemas legales relacionados con esta admisión

(ingreso) al hospital? **SI NO** -en caso de que SI, necesito saber \_\_\_\_\_

¿Necesitas un abogado? **SI NO** ¿Necesitas consejos de alguien que no sea un abogado? **SI NO**

-en caso de que SI, ¿qué consejo necesitas? \_\_\_\_\_

¿Tienes depresión, ansiedad u otros síntomas que tú entiendes que están relacionados con tus

problemas legales? \_\_\_\_\_ No, no tengo. \_\_\_\_\_ Puede ser que tenga.

Si, se me está haciendo difícil \_\_\_\_\_ (dormir, comer, quedarme quieto.)

## Y así sigue

Por ahora, has escrito, probablemente, muchísima información acerca de ti mismo. Revisa sobre

lo que ya has escrito. ¿qué cosas sobresalen como las más importantes que tienes que cambiar

o que tienes que trabajar con ellas? ¿Relaciones sociales? ¿Salud Física? ¿En que pasas tu

tiempo? \_\_\_\_\_

¿Quiénes son las personas que a ti te gustaría que te ayudaran con estas cosas? ¿De qué

maneras pueden ellos ayudarte?

Dentro de tres meses me gustaría estar en capacidad de \_\_\_\_\_

Me gustaría estar pasando mis días \_\_\_\_\_

¡Si estás en el hospital, piensa en maneras en que te gustaría que el personal del hospital te

ayude a arrancar con estos cambios! ¿Quieres información acerca de ciertas cosas? Alguien con

quien hablar, que más que nada te escuche. ¿Necesitas ayuda para entender tu enfermedad o

los medicamentos que tomas? \_\_\_\_\_

¿Otros? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cuando deje el hospital, quiero estar en capacidad de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Plan de Mantenimiento Diario

---

Un Plan de Mantenimiento Diario puede ayudarte a encontrar energía y motivación para comenzar tu recuperación. Un Plan de Mantenimiento Diario comienza tan simple como un horario para tu día. Aún si tu no tienes nada específico que hacer es útil tener un plan para el día para ayudarte a levantarte y ponerte en movimiento. Si estás en el hospital, puedes, incluso aquí, desarrollar y utilizar un Plan de Mantenimiento Diario. Te va a ayudar a hacer buen uso de tu tiempo dentro del hospital y te ayuda a estar preparado para la vida al salir.

Un Plan de Mantenimiento Diario para los días que no tienes compromiso alguno en particular puede verse de esta manera:

8:00am – levantarte, tomar una ducha y vestirse

9:00am – comer algo saludable

10:00am – 12:00 meridiano – Salir en busca de aire fresco o hacer ejercicio, hacer uno o dos pequeños mandados, diligencias, etc.

12:00 Mediodía – comer el almuerzo

1:00pm - 3:00pm – leer, descansar, ver un programa en la televisión

3:00pm – 6:00pm – Tener algún contacto con amigos o miembros de la familia (llamadas telefónicas, visita, escribir y enviar por correo un par de cartas o notas cortas)

6:00pm – comer la cena

7:00pm – 9:00pm – realizar alguna actividad saludable

9:00pm – 10:00pm – prepararse para ir a la cama

Recuerda: cuando hagas tu propio PMD (Plan de Mantenimiento Diario) ¡incluye las horas en que tomas tus medicamentos! Añade más actividades a tu PMD en la medida en que tu recuperación continúa. Comienza tu Plan de Mantenimiento Diario en la próxima página.

# Plan de Mantenimiento Diario

---

Mañana

---

---

---

---

---

---

---

---

Tarde

---

---

---

---

---

---

---

---

Noche

---

---

---

---

---

---

---

---

# Mis Metas en mi Recuperación

---

## Muestra de Metas de una "Agenda para la Recuperación"

Luego que has trabajado en esta "Agenda de Recuperación" tú debes tener ciertas ideas de cosas que no están funcionando para ti en tu vida. Esto te puede guiar a desarrollar algunas metas para tu recuperación. Más abajo hay una lista de metas que algunas personas han traído luego de haber terminado sus agendas.

### Lista de ejemplos de metas para la "Agenda de Recuperación":

Me tengo que llevar mejor con mi hermano

Tengo que obtener un GED (Diploma)

Quiero vivir en un lugar más bonito.

### Mis Metas de Recuperación Son:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_