Sochitab
Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares
Filial de la International Society for Bipolar Disorders

REGISTRO del ÁNIMO

Calendario de doce meses

Mail: sochitab@gmail.com

Números de Teléfonos Importantes

Nombre: Teléfono:

Persona a contactar en caso de emergencia

Nombre: Teléfono:

Su médico

Nombre: Teléfono:

Su terapeuta

Nombre: Teléfono:

Su farmacia

Usted no está solo

Los trastornos del ánimo son más comunes de lo que cree mucha gente. Según estudios realizados en Chile, el 15% de las personas mayores de 15 años sufre alguna forma de enfermedad del ánimo. Afortunadamente, más y más personas como usted están encontrando alivio a sus síntomas con la ayuda de su equipo de salud mental. Lo más frecuente es el tratamiento con ciertos medicamentos acompañado de una psicoterapia que pueden ayudarle a llevar una vida más estable y productiva. Del mismo modo, la regulación del ciclo sueño-vigilia (conciliar el sueño siempre a la misma hora y no dormir más allá de 8 a 9 horas), no dormir durante el día, la realización de ejercicio físico en forma regular y el posible uso de la luz (fototerapia) ayudan a mejorar y estabilizar el ánimo.

La comunicación frecuente entre Ud. y su médico es vital para el éxito de su tratamiento. Cuanto mejor reconozca usted sus cambios de ánimo, los anote y colabore para que su doctor los comprenda, mejor podrá éste ayudarle a manejar estos cambios. Ya que los cambios de ánimo pueden durar días, semanas o incluso meses, es importante que lleve un registro de cómo se siente usted todos y cada uno de sus días. Luego podrá revisar esta información con su doctor y éste podrá ayudarle a planificar su tratamiento adecuadamente.

Cómo reconocer sus cambios de ánimo

Los síntomas de los trastornos del ánimo pueden ser diferentes para cada persona. Pueden incluir períodos prolongados de síntomas depresivos que pueden durar desde días y hasta varios meses. Si los episodios depresivos se repiten a lo largo de la vida, se trata de una Depresión Mayor Recurrente o Trastorno Unipolar.

Si Ud. presenta síntomas maníacos, que a veces pueden durar semanas, seguidos por un cambio repentino hacia la depresión, lo denominamos Trastorno Bipolar. Otras personas pueden experimentar síntomas de manía y depresión en la misma semana o el mismo día.

Cuando los síntomas de manía y depresión se presentan al mismo tiempo, lo denominamos episodio mixto. Cuando una persona presenta más de cuatro episodios de depresión o manía separados por un intervalo libre en el curso de un año, hablamos de un trastorno del ánimo con ciclos rápidos.

Síntomas de depresión

- Ánimo deprimido, tristeza, irritabilidad, sentimientos de vacío.
- Disminución de la energía.
- Disminución del interés o placer en actividades normales.
- Dificultad de concentración.
- Pérdida o aumento significativo del peso.
- Cambio en los patrones del sueño, incapacidad para dormir, insomnio medio o aumento en los períodos de sueño (hipersomnio).
- Sentimientos de desvalorización o culpa inadecuados.
- Indecisión.

Síntomas de manía / hipomanía

- Ánimo elevado, exaltación o irritabilidad.
- Autoestima exagerada o sentimientos de grandiosidad.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Más comunicativo que lo usual, o presión para seguir hablando.
- Vuelo de ideas o pensamientos acelerados.
- Distracción fácil.
- Excesivo involucramiento en actividades placenteras (rachas de gastos excesivos, que normalmente no realiza, actividad sexual de riesgo, inversiones tontas, o aventuras de negocios, abuso de alcohol o drogas).

Utilice este calendario para registrar sus cambios de ánimo

Este calendario lo ayuda a monitorear su ánimo diariamente. Provee una recapitulación diaria y mensual para usted y para su doctor (u otro profesional de la salud) a medida que revisen su tratamiento.

Es fácil de usar. Al final de cada día, antes de su medicación nocturna, tómese un momento para pensar sobre su día, lo que experimentó, cómo se sintió, cómo funcionó, etc. Luego, siga estos pasos para registrar la información.

1. Medicamentos

Haga la lista de los medicamentos que su doctor le ha recetado en los espacios previstos, incluyendo las dosificaciones totales y cantidad de tabletas que deben tomarse diariamente. Al final de cada día, indique el número exacto de tabletas o cápsulas de cada medicamento que tomó realmente ese día en el espacio que corresponda.

2. Horas de sueño

Estime el número de horas de sueño que durmió la noche anterior.

3. Califique la severidad de sus episodios de cambio de ánimo

Indique cómo su ánimo afectó a su capacidad de realizar sus roles sociales habituales y ocupacionales en el hogar, trabajo o escuela, rellenando el círculo (◯) correspondiente al nivel adecuado de incapacidad funcional.

Utilice la siguiente escala como referencia:

MANÍAS

Severa: Euforia o irritabilidad extrema, sentimientos de grandiosidad o de capacidades inusuales. Familiares o médicos sugieren hospitalización.

Marcada: Euforia, irritabilidad, hiperactividad, aumento de proyectos, gastos inadecuados, disminución marcada de la necesidad de sueño (3 a 4 horas). Familiares sugieren consultar.

Moderada: Aumento de actividad física y de la energía, acelerado, verborrea, irritable, conductas inadecuadas, disminución de la necesidad de sueño (4 a 5 horas), comentario de familiares y amigos.

DEPRESIÓN

Severa: Desánimo extremo, es incapaz de levantarse o de realizar actividades de la vida diaria como asearse, salir, ideas recurrentes de muerte o suicidio.

Marcada: Ánimo muy decaído, dificultad significativa para realizar actividades de la vida diaria, aunque las realiza, incapacidad para experimentar placer, pensamientos de muerte sin ideas de suicidio, alteraciones de sueño.

Moderada: Ánimo decaído, dificultad para realizar actividades habituales, ha dejado aficiones y actividades placenteras, disminución de la motivación y de la energía, alteraciones del sueño, mantiene actividades habituales.

Leve: Disminución del ánimo y la motivación, alteraciones de sueño, mantiene actividades habituales.

Leve: Aumento de la energía, disminución de la necesidad de sueño, verborrea, sentimientos de bienestar, mayor irritabilidad.

ÁNIMO ESTABLE

Por favor, note:

- Cuando el estado de aceleración es desagradable o irritable, indíquelo marcando (✓) en el espacio que corresponda a ese día.
- Si está hospitalizado, use una "x" para continuar calificando la severidad de su ánimo en el espacio correspondiente (x).

4. Registre el número de cambios de ánimo

Registre el número de cambios de ánimo repentinos, claros y grandes (si los hubiere) que ocurran dentro de un solo día. Los cambios de ánimo pueden ocurrir dentro del mismo estado de ánimo o entre estados de ánimo. No cuente la variación gradual diaria como un cambio de ánimo; en vez de ello, califique su nivel más severo de incapacidad funcional para todo el día).

5. Indique su período menstrual

Coloque una marca (✓) al lado de los días en que tenga su período menstrual.

Las siguientes dos páginas son un ejemplo de cómo usar su calendario. Tomando sólo unos minutos al final de cada día para llenarlo y revisándolo con su doctor en cada visita, podrá tener un impacto positivo sobre su tratamiento y su vida cotidiana.

MES ENERO **AÑO** 2018

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	**NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA**																														
CARBONATO DE LITIO	900 mg	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
ÁCIDO VALPROICO	1.500 mg	2																											1	1	2	2	2
LAMOTRIGINA	200 mg	3																0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
QUETIAPINA	200 mg	1	1	1	1	1	1	1	1															1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HORAS DE SUEÑO			7	7	7	6	6	7	8	10	9	6	7	7	6	5	4	4	2	1	0	0	1	2	3	6	7	7	7	8	8	6	6

PÁGINAS DE MUESTRA

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)																				✓	✓									
MANÍA																														
Severa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Marcada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Moderada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Leve	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○
ESTABLE	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
DEPRESIÓN																														
Leve	○	○	○	●	●	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	●	●	●	○	○	●	●
Moderada	○	○	○	○	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	●	○	○
Marcada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Severa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA															3	2														
PESO (Kg)																														
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE											✓	✓	✓	✓	✓															

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

MES _____ AÑO _____

SU RECETA			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MEDICAMENTO	Dosis diaria	Nº tabletas diarias	NÚMERO TOTAL DE TABLETAS TOMADAS AL DÍA																														
HORAS DE SUEÑO																																	

MANÍA IRRITABLE: SI ES ASÍ, MARQUE CON UN (✓)	
MANÍA	
Severa	○ ○
Marcada	○ ○
Moderada	○ ○
Leve	○ ○
ESTABLE	○ ○
DEPRESIÓN	
Leve	○ ○
Moderada	○ ○
Marcada	○ ○
Severa	○ ○
NÚMEROS DE CAMBIOS DE ÁNIMO/DÍA	
PESO (Kg)	
PERÍODO MENSTRUAL (✓) SI CORRESPONDE	

PRÓDROMOS DE RECAIDA FASE MANÍACA

Sochitab
Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares
Filial de la International Society for Bipolar Disorders

1.

2.

3.

4.

5.

6.

PRÓDROMOS DE RECAIDA FASE DEPRESIVA

Sochitab
Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares
Filial de la International Society for Bipolar Disorders

1.

2.

3.

4.

5.

6.

MI PLAN DE SEGURIDAD

Sochitab
Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares
Filial de la International Society for Bipolar Disorders

PASO 1

Mis señales de alerta (imágenes, pensamientos, conductas) que anuncian una crisis de ideación suicida.

1. _____
2. _____
3. _____

PASO 2

Cosas que puedo hacer para distraerme y aliviarme (dar un paseo, escuchar música, ejercicios de relajación, deporte).

1. _____
2. _____
3. _____

PASO 3

Mis razones para vivir: mis hijos, pareja, padres, amigos.

1. _____
2. _____
3. _____

PASO 4

Personas a quienes puedo llamar para pedir ayuda: amigos(as), familiares, persona GAM.

Nombre: Teléfono:

Nombre: Teléfono:

Nombre: Teléfono:

PASO 5

Profesionales o instituciones para llamar en crisis.

Nombre Psiquiatra: Teléfono:

Nombre Psicólogo: Teléfono:

Círculo de ayuda mutua: Teléfono:

Servicio de urgencia: Teléfono:

MINSAL, Salud responde: Teléfono: 600 360 7777

PASO 6

Haciendo mi entorno seguro: alejar objetos o situaciones de riesgo.

1.

2.

3.

Sochitab
Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares
Filial de la International Society for Bipolar Disorders

PLAN de SEGURIDAD

Persona con Trastorno del Ánimo

Gentileza de Laboratorios SAVAL

SAVAL

X0000 / 07-2021