**SiS: Modelo de Suicidio en las Escuelas**

**Herramienta de seguimiento del riesgo de suicidio (SMT 2.0)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante |  | Fecha de hoy |  |
| Completado por (nombre/cargo): |  | Fecha de seguimiento anterior |  |

**I. IDEACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Has tenido pensamientos suicidas desde la última vez que un miembro del personal de la escuela se reunió contigo?** | ❑ | SI | ❑ | No (*pase a la sección II)* |
| En este momento | ❑ | SI | ❑ | No |
| *Por favor encierra en un círculo/marque la respuesta más precisa:* |  |  |  |  |
| ¿Qué tan a menudo tienes esos pensamientos? (Frecuencia): por hora / diario / semanal / otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuánto tiempo duran estos pensamientos? (Duración): algunos segundos/ minutos / horas / días /una semana o más |
| ¿Qué tan disruptivos son estos pensamientos para tu vida (intensidad): nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho |

**II. INTENTO**

¿Cuánto quieres **vivir**? nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = mucho

¿Cuánto quieres **morir**? nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho

**III. PLAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Tienes un plan?**  | ❑ | SI | ❑ | No *(si no, pase a la sección IV)* |
| ¿Has escrito una nota suicida? | ❑ | SI | ❑ | No |
| ¿Has identificado el método? | ❑ | SI | ❑ | No  |
| ¿Tienes acceso a ese método? | ❑ | SI | ❑ | No ❑ N/A |
| ¿Has identificado cuándo y dónde llevaras acabo este plan? | ❑ | SI | ❑ | No ❑ N/A |
|  **¿Has hecho un intento reciente?** | ❑ | SI | ❑ | No |

*Si es así, ¿cuándo/cómo/dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

¿Qué tan seguro está de que tú:

serás capaz de evitar suicidarte? nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho

le dirás a alguien sobre tus ideas suicida? nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho

**IV. ANGUSTIA INTERPERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué tan desesperado(a) te sientes?  | nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho  |
|  ¿Qué tanto te sientes una carga para los demás?  | nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho  |
| ¿Qué tan deprimido(a), triste o decaído(a) te sientes?  | nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho  |
| How disconnected do you feel from others?  | nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho  |
| Escribe tu mayor desencadenante/estresor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Qué tan desencadenante/estresor es en este momento? | nada= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho  |

**V. FACTORES DE PROTECCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZONES PARA VIVIR*****(cosas en las que soy bueno / me gusta hacer / disfruto / otras)*** | **PERSONAS DE APOYO*****(familia/adultos/amigos/compañeros)*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**¿Qué podría cambiar en tu vida que haría que ya no quisieras morir?**

**Resumen:** compare esto con la línea de base en la SRA o SMT anterior y observe cómo se compara el estado de riesgo actual con la SMT anterior o de línea de base/más reciente. Desea poder responder a la pregunta: "¿el riesgo parece aumentado o disminuido y por qué?"

**VII. ACCIONES TOMADAS / RECOMENDACIONES:**

Las recomendaciones para el tratamiento y la gestión adicionales del riesgo de suicidio deben basarse en su SMT de referencia y el SMT actual en colaboración con el procedimiento de su distrito escolar.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Recibida una consulta con otro proveedor de salud mental de la escuela/coordinador de prevención del suicidio/administrador? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ¿Se contactó al padre/acudiente legal? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ¿Se firmó la información de dada de alta? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ¿Entregado al padre/acudiente legal? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ¿Se entregó una copia de SRA para referencia? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ¿Se Desarrollo/revisó/ actualizó el plan de seguridad? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ¿Se recomendó remover método/recursos? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ¿Se les entregó una copia del plan de seguridad a los padres/acudiente? | ❑ | Si | ❑ | No |
| Si está en tratamiento ahora, ¿se contactó al terapista/psiquiatra? | ❑ | Si | ❑ | No |
| Si no está en tratamiento, ¿se les proveyó referencias a los padres? | ❑ | Si | ❑ | No |
| ❑terapia ambulatoria ❑Crisis center / hospitalización |
| ❑Línea de crisis local ❑988 / text “home” to 741-741 |
| Otras? Por favor describa: |

 **PARA EL CLÍNICO – PÁGINA DE RESUMEN**

**Propósito:** Esta herramienta no es una medida integral de evaluación del riesgo de suicidio. A veces, debemos monitorear la tendencia suicida en curso de los estudiantes que ya han sido evaluados por usted, un profesional de salud mental externo o en un entorno hospitalario. Los profesionales que trabajan con estudiantes en riesgo suicida a menudo informan que no están seguros de cuándo un estudiante puede necesitar una nueva hospitalización o una intervención adicional y cuándo los niveles de tendencias suicidas permanecen relativamente estables para ese estudiante individual. Como usted conoce mejor a su estudiante, este formulario es un lugar para documentar los factores desencadenantes o estresantes particulares del estudiante. Esto le permitirá monitorear y rastrear su riesgo de suicidio fluctuante a lo largo del tiempo.

Con estudiantes mayores de secundaria y preparatoria, complete este formulario con ellos la primera vez, explicando cada área y asegurándose de que entiendan cómo completarlo. Durante las sesiones posteriores, pueden completar el formulario de forma independiente, seguido de una discusión colaborativa sobre el riesgo y la planificación del tratamiento.

Con los estudiantes de primaria y de los primeros años de la escuela intermedia, el médico debe completar este formulario a través de una discusión colaborativa con el niño durante cada sesión o reunión. Modifique la redacción según sea necesario para que sea apropiada para el desarrollo y asegurarse de que el niño comprenda lo que está preguntando.