**SiS: Modelo para Suicido en Escuelas**

**Formulario de Evaluación de Riesgo para Jóvenes (SRA 2.0)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante |  | Fecha de evaluación |  |

Evaluación realizada ❑ Presencial ❑ Virtual

|  |  |
| --- | --- |
| Fuente de referencia (nombre/ título): |  |
| Evaluado por (nombre/título) |  |

***\*Nota: Para todas las secciones, favor tomar nota del contenido en línea y fuera de línea que indica seguridad o riesgo de suicidio.***

Motivo de referencia y/o de completar este formulario:

Descripción del estudiante del problema o evento(s) que precedió a esta crisis suicida (utilice las palabras del estudiante):

[Si el estudiante reporta pensamientos de **daño a otros**, active el protocolo de evaluación de amenazas de su escuela.]

**I. IDEACION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿El estudiante reporta pensamientos de suicidio?** | | | | ❑ | Sí | ❑ | No | **Si es no, ir a Sección II** |
|  | Espacio de tiempo: | Últimas 24 horas | | ❑ | Sí | ❑ | No |  |
|  | Ultima semana | | ❑ | Sí | ❑ | No |  |
|  | Mes pasado | | ❑ | Sí | ❑ | No |  |
|  | Año Pasado / durante su vida | | ❑ | Sí | ❑ | No |  |
| En este momento | | | | ❑ | Sí | ❑ | No |  |
| ¿Cuándo recuerda el estudiante haber tenido pensamientos suicidas por primera vez? | | | | | | |  |  | |
| Describa la ideación actual en las palabras del estudiante, incluidos los eventos precipitantes:  ¿Ha expresado el estudiante pensamientos suicidas a otros en línea y/o fuera de línea? | | | | | | | | | |
| **Frecuencia** (cada minuto / hora / diario / semanal): | | |  | | | | | | |
| **Duración** (unos segundos / minutos / horas / días): | | |  | | | | | | |
| **Intensidad** (no disruptiva / completamente disruptiva): | | |  | | | | | | |
| **Ubicación**: (¿Dónde estás cuando tienes pensamientos?) | | |  | | | | | | |

¿Qué detiene o interrumpe la ideación? ¿Cuándo y dónde **no** está presente?

¿Qué tan probable es que le cuenten a alguien sobre sus pensamientos suicidas?

**II. INTENCION**

¿Qué tanto quieren **vivir**? Del todo= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = mucho

¿Cuándo es más fuerte el deseo del estudiante de vivir? ¿Qué es diferente cuando quieren vivir?

¿Qué tanto quieren **morir**? Del todo= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = mucho

Describa la intención en las palabras del alumno (cuándo es más fuerte el deseo de morir, qué tan fuerte es la intención, etc.):

¿Qué tan seguros están de que NO intentarán suicidarse en el futuro? Del todo = 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ = mucho

**III. PLAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿El estudiante reporta un plan?** | | | ❑ | Sí | ❑ | No hay plan |
|  | | | ❑ | Específico | ❑ | Vago |
|  | | | ❑ | Inminente | ❑ | Futuro |
| **¿Ha escrito el estudiante una nota de suicidio (en línea/fuera de línea)?** | | | ❑ | Sí | ❑ | No |
|  | | |  |  |  |  |
| **¿Cómo prevé el estudiante morir?** | | | ❑ | Ningún método | | |
| ❑ arma de fuego ❑ ahorcado ❑ asfixiado❑ cortándose ❑ pastillas ❑ saltando ❑ otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| ¿El estudiante tiene acceso a los medios? | | | ❑ | Sí | ❑ | No ❑ N/A |
| ¿El estudiante sabe utilizar los medios? | | | ❑ | Sí | ❑ | No ❑ N/A |
| ¿Dónde prevé el estudiante morir? | | |  | | | |
| ¿Cuándo prevé el estudiante morir? | | |  | | | |
| Describa el **plan de suicidio actual** en las propias palabras del estudiante, incluyendo si divulgó el plan en línea/fuera de línea: | | | | | | |
| ¿Qué **haría más probable** que el estudiante siga adelante con el plan (**disparadores**)?  Incluso si no hay un plan actual, ¿qué haría más probable que el estudiante intente suicidarse? | | | | | | |
| ¿Qué podría **reducir la probabilidad** de que el estudiante siga adelante con el plan?  O, si no hay un plan, ¿qué reducirá la probabilidad de un intento de suicidio? | | | | | | |
| **¿Ha hecho el estudiante un intento de suicidio previo?** | | | ❑ | Sí | ❑ | No |
| ¿Qué tan reciente? |  |  | ¿Cuántos? \_\_\_ | |  | |
| Para el intento más reciente: ¿Fue interrumpido por alguien? | | | ❑ | Sí | ❑ | No |
| ¿Se detuvo el estudiante a sí mismo(a)? | | | ❑ | Sí | ❑ | No |
| ¿Resultó en heridas y/o hospitalización? | | | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describa el **intento anterior** (método utilizado, su respuesta al resultado, etc.).) | | | | | | |

**IV. FORTALEZAS Y RECURSOS**

¿Cuáles son las **razones** del estudiante **para vivir**?

¿Qué **miembro de la familia** o **adulto** identifica el estudiante como apoyo?

¿Qué **amigos/compañeros** identifica el estudiante como apoyo (en línea o fuera de línea)?

¿Qué **personal de la escuela** identifica el estudiante como apoyo?

¿En qué es bueno/le gusta/disfruta hacer el estudiante? ¿Qué cosas el estudiante ansía poder hacer?

**V. FACTORES DE RIESGO** (S = Sí, aplica. N = No, no aplica. U = No se puede evaluar)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Intento de suicidio previo |  | Arma en la casa |  | Enfermedad crónica |
|  | Fracasando/repitiendo el grado |  | Insatisfecho con sus notas |  | Conflicto con personal |
|  | Suspendido de la escuela |  | Crisis disciplinaria |  | Desorden de conducta |
|  | Humillación reciente frente a compañeros |  | Aislado socialmente |  | Ansiedad |
|  | Tratado injustamente/victimizado debido a (círculo): origen étnico, identidad de género percibida u orientación sexual | | | | |
|  | Muerte (por suicidio) reciente de amigo/familiar |  | Contusión/Herida craneal |  | ADHD |
|  | Víctima/testigo de violencia con pareja íntima |  | Abuso sexual |  | Abuso físico |
|  | Problemas/conflictos con relaciones familiares |  | Descuido |  | Desorden alimenticio |
|  | Disturbios de sueño/insomnio |  | Víctima de ciberacoso |  | Uso de sustancias |
|  | Depresión/depresión bipolar |  | Perpetrador de ciberacoso |  | Estrés postraumático |
|  | Carga percibida a otros |  |  | Problemas legales |
|  | Auto heridas no letales (cortes, etc.) |  | Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**VI. ANGUSTIA INTERPERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se siente desesperanzado(a)? | del todo= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho |
| ¿Se siente como una carga a otros? | del todo= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho |
| ¿Se siente deprimido o triste? | del todo= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho |
| ¿Se siente desconectado(a) de los demás? | del todo= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho |
| Anote el mayor disparador/ estresor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| ¿Qué tanto es disparador/estresor ahora? | del todo= 1❑ 2❑ 3❑ 4❑ 5❑ =mucho |

**VII. EVALUACION DE ENTORNO ESCOLAR**

|  |  |
| --- | --- |
| Personal entrevistado |  |
| Documentos revisados |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cambios recientes en **trabajos escolares**? | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |
| ¿Cambios recientes en **emociones/estado de ánimo**? | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |
| ¿Cambios recientes en **pensamientos/cogniciones**? | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |
| ¿Cambios recientes en **comportamiento** (disciplina)? | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |
| ¿Cambios en **apariencia?** | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |
| ¿Cambios en la interacción entre **compañeros**? | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |
| ¿Algún estresor **socioambiental**? (p. ej., debido a raza/etnicidad, identidad sexual o de género, pruebas académicas o actividades tales como pérdidas deportivas significativas o asambleas perturbadoras, presentaciones en el salón de clases, interrupciones escolares o cambios de maestros, pandemia, etc.) | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |
| **¿Algún comentario que indique ideación suicida, autodestrucción o muerte?** | ❑ | Sí | ❑ | No |
| Describir: |  |  |  |  |

**VIII. EVALUACIÓN DE PADRE(S)/ACUDIENTE(S)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Padre/acudiente entrevistado |  | | | | |
|  | | | | | |
| **¿Alguna vez su hijo(a) mencionó tener pensamientos de suicidio o de muerte?** | | ❑ | Sí | ❑ | No |
| 1. Si es así, ¿cuándo y con qué frecuencia? Díganos si alguna vez han recibido asesoramiento o apoyo psiquiátrico (incluida la hospitalización) por problemas emocionales o de comportamiento, incluidos pensamientos o comportamientos suicidas. Describir: | | | | | |
| 1. ¿Qué tan probable crees que es que actúen de acuerdo con estos pensamientos? Por favor describa: | | | | | |
| 1. ¿Puede pensar en algo que haya sido muy estresante para su hijo(a) últimamente, como la pérdida de un miembro de la familia, un cambio en la estructura familiar (p. ej., los padres se mudan afuera o se mudan adentro), adaptarse a vivir en los EE. UU., o conflicto su hijo y un miembro de la familia? Por favor describa: | | | | | |
| 1. ¿Ha notado un cambio en lo que usted o su comunidad considerarían normal para su hijo(a) en términos de su **comportamiento**, ya sea significativamente más activo (p. ej., participar en comportamientos de riesgo o hacerse daño a sí mismo/agitación) o retraído (p. ej., no participar en actividades que él/ella haría normalmente/problemas para dormir)? Describir: | | | | | |
| 1. ¿Ha notado un cambio en lo que usted o su comunidad considerarían normal para su hijo(a) en términos de sus **emociones**, ya sea significativamente más emocional (p. ej., triste, enojado, asustado) o menos emocional (p. ej., tranquilo, retraído, insensible)? ¿que de costumbre? Por favor describa: | | | | | |
| 1. ¿Ha notado un cambio en lo que usted o su comunidad considerarían normal para su hijo(a) en términos de sus **pensamientos**, ya sea significativamente más preocupado o significativamente menos capaz de concentrarse y enfocarse en una sola cosa? | | | | | |
| 1. 7. ¿Conoce su hijo(a) a alguien que haya muerto por suicidio o intento de suicidio? Si es así, ¿quién y cuándo? | | | | | |

**IX. PRESENTACION A LA HORA DE EVALUACION (Marcar todas las que apliquen)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado emocional** | | ❑ | Dentro de límites normales |  |  |
| ❑ | Entumecido | ❑ | Triste | ❑ | Ansioso |
| ❑ | Irritable | ❑ | Enojado | ❑ | Con miedo |
| ❑ | Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ |  | ❑ |  |
| **Estado cognitive** | | ❑ | Dentro de límites normales |  |  |
| ❑ | Desesperanzado del future | ❑ | Auto culpa | ❑ | Culpa otros |
| ❑ | Disociado | ❑ | Pensamiento rígido | ❑ | Confundido |
| ❑ | Alucinaciones visuales, táctiles, auditivas | ❑ | Percepción pobre | ❑ | Juicio pobre |
| ❑ | Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ | Habla pobre | ❑ | Irrealista |
| **Estado de comportamiento** | | ❑ | Dentro de límites normales |  |  |
| ❑ | Letárgico | ❑ | Agitado | ❑ | Impulsivo |
| ❑ | Movimientos anormales | ❑ | Amenazante | ❑ | Toma riesgos |
| ❑ | Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ |  | ❑ |  |

**X. EVALUACION DE RIESGO**

1. **Riesgo bajo:** ningún riesgo o ideación transitoria que no interfiere con las actividades de la vida diaria; informa que no desea morir (es decir, intención), no tiene un plan específico, exhibe pocos factores de riesgo y tiene factores de protección identificables**.**
2. **Riesgo moderado:** Refiere ideación suicida frecuente con intensidad y duración limitadas; tiene algunos planes específicos para morir por suicidio, pero no se ha informado de ninguna intención. Demuestra algunos factores de riesgo, pero es capaz de identificar razones para vivir y otros factores de protección.
3. **Riesgo alto:** Refiere ideación suicida frecuente, intensa y duradera. Informes de planes específicos, incluida la elección de métodos letales y la disponibilidad/accesibilidad del método. El estudiante presenta múltiples factores de riesgo e identifica pocos o ningún factor de protección. El estudiante ha escrito una nota de suicidio, el estudiante se considera inmediatamente en alto riesgo.

**XI. RESUMEN DEL NIVEL DE RIESGO GENERAL**

El estudiante cumple con los criterios de riesgo de suicidio bajo/moderado/alto con base en la siguiente información (si un estudiante se encuentra entre los niveles, errar por el lado de la precaución y asumir una categoría de mayor riesgo):

* Estado de riesgo actual (en comparación con la línea de base o anterior, si se conoce):
* Recursos disponibles en la escuela, el hogar y la comunidad:
* Cambios previsibles que podrían aumentar o disminuir el riesgo:

**XII. ACCIONES TOMADAS / RECOMENDACIONES**

Las acciones tomadas deben ser un resultado directo del nivel de riesgo identificado anteriormente en colaboración con el procedimiento de su distrito escolar. En todos los casos, los padres deben ser notificados para informarles que se reunió con su hijo(a).

❑ Al momento de la evaluación el joven se presentaba SIN RIESGO de suicidio.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Recibió consulta con otro profesional de Salud Mental/Coordinador de prevención de suicido/Administrativo? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| ¿Se contactó al padre/acudiente? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| ¿Se firmó formulario de liberación de información? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| ¿Entregado a padre/acudiente? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| ¿Se entregó copia del RFA a la referencia? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| ¿Se entregó copia del SRA y Plan de Seguridad al padre/acudiente? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| Plan de Seguridad desarrollado/revisado/actualizado | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| ¿Se recomendó remover métodos/medios? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| Si está en tratamiento, ¿se contactó al terapista/psiquiatra? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| Si no está en tratamiento, ¿Se entregó referencia al padre/acudiente? | ❑ | | | Sí | | ❑ | No | |
| ❑Terapia ambulatoria ❑Centro de crisis, hospitalización | | | | | | | | |
| ❑ Número de crisis local ❑ 988 / enviar texto “home” a 741-741 | | | | | | | | |
| Si el estudiante informó pensamientos de daño a otros, ¿se completó el protocolo de evaluación de amenazas? | | ❑ | Sí | | ❑ | | | No |
| ¿Otros? Favor describir: | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma y credenciales del evaluador |  | Fecha |
| **Revisado por:** |  |  |
|  |  |  |
| Nombre y credenciales |  |  |
|  |  |  |
| Firma |  | Fecha |

***Nota:*** *Este formulario está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud mental calificados que han recibido capacitación sobre cómo realizar una evaluación del suicidio juvenil. Para obtener una explicación más detallada de cómo usar este formulario, consulte el capítulo 6 de Erbacher, Singer y Polonia (2023): Suicidio en las escuelas: una guía para profesionales sobre prevención, evaluación, intervención y posvención de niveles múltiples (segunda edición).). Routledge Press.*