

Herramienta para la evaluación y referido de niños y jóvenes

El Programa de Asistencia y Capacitación para la Consejería en Tiempos de Crisis (CCP, por sus siglas en inglés) debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre cómo un consejero debe actuar si mientras usa esta herramienta observa indicios de reacciones graves. Muchos CCP tienen líderes de equipo u otro personal con una formación en salud mental que utilizan esta herramienta para garantizar una evaluación y referido correcta. Todo el personal de asistencia en situaciones de crisis que use esta herramienta debe tener una capacitación y orientación detallada sobre el uso de la misma y cuándo hacer un referido a servicios más extensos. Antes de usar esta herramienta, el CCP debería haber identificado al menos una organización o agencia que esté dispuesta a aceptar los referidos del CCP a servicios más extensos de salud mental o a servicios de intervención en caso de abuso de sustancias.

Por favor use esta herramienta como guía para la entrevista:

- 1) Con los niños que reciben consejería individual en tiempos de crisis en la tercera y quinta visita, o
- 2) Con cualquier niño en cualquier momento si se sospecha que el niño está teniendo reacciones graves a la experiencia traumática o desastre.

INFORMACIÓN DE LA VISITA

Nombre del proveedor Proveedor #

Fecha del servicio (dd/mm/año) Condado del servicio

1er empleado # 2do empleado # Código postal del servicio

VISITA NÚMERO Primera visita Segunda visita Tercera visita Cuarta visita Quinta visita o más

DURACIÓN 15 - 29 minutos 30 - 44 minutos 45 - 59 minutos 60 minutos o más

¿Estaba el padre o el cuidador presente durante la visita? Sí No

¿Estaba el líder del equipo o el personal de supervisión presente cuando se usó esta herramienta? Sí No

LEER: En ocasiones encontramos útil hacerles a los niños o adolescentes o a sus padres o cuidadores unas pocas preguntas específicas relacionadas con cómo se vieron afectados por el desastre y cómo se sienten ahora. ¿Puedo hacerle estas preguntas? Mis primeras preguntas son acerca de varias experiencias que usted ha tenido en el desastre.

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione solo una opción)

Escuela y guardería (todas las edades hasta la universidad) Hogar temporal (incluso hogar de un familiar/amigo, hogares funcionales de grupo, refugios, apartamentos, casas rodantes y otros tipos de vivienda)

Centro comunitario (ej., club de recreación) SI ES UN HOGAR TEMPORAL: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ.

Sitio del proveedor/agencia de salud mental (agencia involucrada con el CCP) Hogar permanente

Lugar de trabajo (lugar de trabajo del sobreviviente del desastre o del personal) SI ES UN HOGAR PERMANENTE: SELECCIONE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE ALLÍ.

Centro de recuperación de desastres (ej., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] y la Cruz Roja Americana) Consejería por teléfono (de 15 minutos o más)

Lugar de culto (ej., iglesia, sinagoga, mezquita) Marque aquí si es una LÍNEA DIRECTA, LÍNEA DE AYUDA O LÍNEA PARA SITUACIONES DE CRISIS.

Comercios (ej., restaurante, centro comercial, tienda) Centro médico (ej. doctor, dentista, hospital, centro de salud mental especializado)

Lugar o evento público (ej., calle, acera, plaza de la ciudad, feria, festival, evento deportivo) Otro (especifique en la casilla)

CATEGORÍAS DE RIESGO (seleccione todas las opciones que correspondan)

Familiares desaparecidos o muertos Herido o lesionado físicamente (la persona o miembros del hogar) Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse

Amigos desaparecidos o muertos Amenaza de vida (de la persona o de miembros del hogar) Desplazado del hogar por 1 semana o más

Mascotas desaparecidas o muertas Presenció la muerte o lesiones (la persona o algún miembro del hogar) Tuvo que refugiarse en sitio o buscar refugio debido a amenaza inmediata de peligro

Hogar dañado o destruido Asistió con el rescate/recuperación (la persona o algún miembro del hogar) Antecedes de abuso de sustancias o problemas de salud mental

Vehículo u otros bienes importantes dañados o destruidos Tuvo que cambiar de escuelas (para los niños o jóvenes) Discapacidades físicas preexistentes

Otras pérdidas financieras Separación prolongada de la familia Experiencia traumática anterior

Sin empleo por el desastre (la persona o alguien en el hogar)

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad (elija una) Preescolar (0 - 5 años) Niño (6 - 11 años) Adolescente (12 - 17 años) **Grado escolar**

Si usted tiene una discapacidad u otra necesidad de accesibilidad o funcional, indique el tipo (seleccione todas las opciones que correspondan).

Física (de movilidad, visual, auditiva, médica, etc.) Intelectual/cognitiva (problema de aprendizaje, retraso mental, etc.) Salud mental/abuso de sustancias (psiquiátrica, dependencia de sustancias, etc.)

Sexo Hombre Mujer

Idioma principal que se habló durante esta visita (seleccione uno) Inglés Español Otro

Grupo étnico (seleccione uno) Hispano o latino Ni hispano ni latino

RAZA (seleccione todas las que correspondan)

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o isleño del Pacífico Blanco

PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN (continúa)

PREGUNTAS ADICIONALES PARA LOS PADRES (se requieren para padres de niños entre 0-7 años de edad; se recomiendan para padres de todos los niños y adolescentes)

PREGUNTAS QUE LEERÁ

RESPUESTAS DEL PARTICIPANTE

16. ¿Ha estado su niño más apegado a alguien o preocupado por una separación?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado su niño más reservado y aislado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. ¿Ha estado su niño hablando repetidamente o a menudo haciendo preguntas sobre el desastre?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. ¿Ha sido el juego de su niño acerca del desastre?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. ¿Ha notado cambios en el comportamiento o el desarrollo del niño (ej., moja la cama, habla como niño más pequeño, peleas, comportamientos riesgosos o disminución en el rendimiento escolar)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

CUENTE LA CANTIDAD DE ENTRADAS EN LAS ÚLTIMAS DOS COLUMNAS DE ARRIBA QUE TIENEN UN PUNTAJE DE 3 O DE 4. SI LA CANTIDAD TOTAL ES 4 O MÁS, HABLE SOBRE LA POSIBILIDAD DE UNA REMITIRLE A ALGUNO SERVICIO.

CANTIDAD

PARA LOS NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS O SI USTED ESTÁ PREOCUPADO POR UN NIÑO MENOR,

PUEDA PREGUNTAR: ¿Has tenido pensamientos o planes de lastimarte o matarte?

SÍ SI responde **SÍ**, refiéralo para intervención psiquiátrica inmediata. El CCP debe tener protocolos o procedimientos establecidos sobre la manera cómo un consejero de crisis debe responder o reaccionar si la respuesta es "SÍ."

NO SI responde **NO**, continúe.

REFERIDO (seleccione todas las opciones que mencionaron)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Servicios del programa de consejería en tiempos de crisis (ej. terapia de grupo, referido al líder del equipo, visita de seguimiento) | <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios (ej., FEMA, préstamos, vivienda, servicios sociales) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental (ej., consejería profesional a largo plazo o servicios de tratamiento, de comportamiento o psiquiátricos) | <input type="checkbox"/> Recursos para personas con discapacidades u otras necesidades de accesibilidad o funcionales |
| <input type="checkbox"/> Servicios para el abuso de sustancias (ej., profesionales, conductuales, de tratamiento médico o grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en la casilla) <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> |

¿Aceptó el niño el referido? SÍ NO

¿Aceptó el padre o cuidador el referido? SÍ NO

INSTRUCCIONES: HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN Y REFERIDO DE NIÑOS Y JÓVENES

Se recomienda usar este formulario con todos los niños o jóvenes que son usuarios intensivos de los servicios. Se considera que un "usuario intensivo" si está participando en su tercera visita individual de consejería de crisis con cualquier consejero del programa o si sigue teniendo angustia profunda que puede estar afectando su capacidad para realizar las actividades diarias de rutina. Este formulario se debe usar como una guía para entrevistas (1) con niños que reciben consejería de crisis individualizada en su tercera y quinta visita o (2) con cualquier niño en cualquier momento si se sospecha que puede estar teniendo reacciones graves a la experiencia traumática o desastre.

PROYECTO #—Número de declaración del desastre de FEMA, ej., DR-XXX-Estado.

NOMBRE DEL PROVEEDOR—El nombre del programa o de la agencia.

PROVEEDOR #—El número único que usa su programa o agencia para otorgar servicios.

1er EMPLEADO #—Su número de empleado

2do EMPLEADO #—Número de empleado del compañero de equipo durante esta visita.

FECHA DEL SERVICIO—La fecha de la visita en el formato día/mes/año, ej., 01/01/2016.

CONDADO DEL SERVICIO—Condado donde se llevó a cabo la visita.

CÓDIGO POSTAL DEL SERVICIO—El código postal de la ubicación donde se llevó a cabo la visita.

VISITA NÚMERO—¿Es la primera, segunda, tercera, cuarta, quinta visita o más de esta persona a su programa? No es necesario que todas las visitas hayan sido con usted. ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

DURACIÓN—¿Cuánto tiempo duró su visita? ELIJA UNA SOLA OPCIÓN. Si la visita fue de *menos de 15 minutos*, regístrela en la "Hoja de cómputo semanal".

UBICACIÓN DEL SERVICIO—¿Dónde ocurrió la visita? ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

CATEGORÍAS DE RIESGO—Estos son factores que una persona puede haber tenido o puede tener presente en su vida que podrían aumentar su necesidad de recibir servicios.

PUEDA HABER MÁS DE UNA CATEGORÍA. SELECCIONE TODAS LAS CATEGORÍAS QUE CORRESPONDAN.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

EDAD—¿Qué edad dice el niño que tiene o qué edad indicó su padre que tiene? ELIJA SOLO UNA OPCIÓN. GRADO ESCOLAR—escriba el número, ej., 4= cuarto grado.

PERSONAS CON DISCAPACIDADES U OTRAS NECESIDADES DE ACCESIBILIDAD O FUNCIONALES—Si el participante o su padre considera que el participante tiene una discapacidad o una necesidad de accesibilidad o funcionalidad, ¿de qué tipo es (físico, intelectual o cognitivo, de salud mental o de abuso de sustancias)? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

- Física: Incluye trastorno que deterioran la movilidad, la vista y la audición, así como afecciones médicas, tales como diabetes, lupus, Parkinson, SIDA y esclerosis múltiple.
- Intelectual: Incluye problemas de aprendizaje, defectos de nacimiento, trastornos neurológicos, discapacidades del desarrollo o inhabilidad de desarrollo o lesiones traumáticas cerebrales (ej., síndrome de Down, retraso mental).
- Salud mental/abuso de sustancias: Incluye trastornos psiquiátricos, tales como trastorno bipolar, depresión, trastorno del estrés postraumático, esquizofrenia y dependencia de sustancias.

SEXO—El sexo que la persona indicó. ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

IDIOMA PRINCIPAL QUE SE USÓ EN ESTA VISITA O EN OTRAS VISITAS—¿Cuál fue el idioma en que realmente usó y habló principalmente con el participante durante la visita? Este puede ser diferente al idioma de preferencia. Si la respuesta es "OTRO" (ni inglés ni español), por favor escriba el idioma que usó la persona (esto puede incluir el lenguaje de señas). ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

RAZA—¿Con qué raza se identifica la persona? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

GRUPO ÉTNICO—¿Se considera la persona hispana o latina? ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

REFERIDOS—De acuerdo con su conversación con este niño o sus padres, quizás usted lo haya referido a otros servicios. En la casilla de REFERIDO, seleccione todos los tipos de servicios a los que remitió al participante.

REFERIDO ACEPTADO—Esto se refiere a si el niño o el padre aceptaron la información que usted les ofreció, no si siguieron con el referido. ELIJA UNA SOLA OPCIÓN.

Sírvase entregar el formulario completo a la persona designada en su agencia para revisarlo.

¡Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario correctamente y en su totalidad!