

El Marco Común de Monitoreo y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia

CON MEDIOS DE
VERIFICACIÓN
(VERSIÓN 2.0)



Agradecimientos

El contenido de la publicación original de prueba de campo de 2017 fue elaborado por el Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia (GR IASC SMAPS). El desarrollo de la publicación original fue gestionado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y producido por un grupo de trabajo temático de los organismos miembros del Grupo de Referencia, entre ellos, Visión Mundial Internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Universidad Johns Hopkins, la Peter C. Alderman Foundation, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC), MHPSS.net y la War Trauma Foundation (ahora ARQ National Psychotrauma Centre).

El contenido de la presente publicación, que incluye la selección de herramientas y orientaciones sobre los medios de verificación, también fue elaborado por el GR IASC SMAPS. La actualización fue gestionada por la OMS y supervisada por un grupo de trabajo temático de los organismos miembros del Grupo de Referencia, entre ellos, Action Acción Contra el Hambre (ACH), Church of Sweden/ACT Alliance, Americares, ARQ National Psychotrauma Centre, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Humanidad & Inclusión (HI), el Centro Psicosocial de la IFRC, International Medical Corps (IMC), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Universidad de Johns Hopkins, Medair, Médecins du Monde (MdM), Médicos del Mundo (MdM), Médicos sin Fronteras (MSF), la MHPSS Collaborative, Save the Children, Tierra de Hombres (TdH) y UNICEF.

A través de procesos de consulta y revisión por pares, también se recibieron valiosos aportes para el marco común y su actualización por parte de los organismos del GR IASC SMAPS y organizaciones adicionales, socios académicos y otras partes interesadas.

El GR IASC SMAPS reconoce y agradece a la Dra. Alison Schafer por gestionar tanto el desarrollo inicial de este marco como su revisión.

Para comunicarse y aportar observaciones sobre esta publicación, envíe un correo electrónico al Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia a: <mhpss.refgroup@gmail.com>.

Cita sugerida:

Comité Permanente entre Organismos (IASC), El Marco Común de Monitoreo* y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia: con medios de verificación (versión 2.0), IASC, Ginebra, 2021.

Traducciones

El propio Grupo de Referencia coordinará la traducción al árabe, chino, francés, ruso y español. Póngase en contacto con el Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) (mhpss.refgroup@gmail.com) para la coordinación de traducciones a otros idiomas. Todas las traducciones se publicarán en el sitio web del Grupo de Referencia del IASC sobre SMAPS. Si genera una traducción o una adaptación de esta obra, tenga en cuenta lo siguiente:

- » No está permitido agregarle al producto un logotipo personal (o el de una agencia de financiación).
- » En caso de adaptación (es decir, si se realizan cambios en el texto o en las imágenes), no está permitido el uso del logotipo del IASC. En ningún uso de esta obra debe insinuarse que el IASC respalda a una organización, un producto o un servicio específicos.
- » Su traducción o adaptación debe certificarse conforme a la misma licencia Creative Commons o una equivalente. Se sugiere CC BY-NC-SA 4.0 o 3.0. Esta es una lista de las licencias compatibles: <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>
- » Debe añadirse el siguiente descargo de responsabilidad en el idioma de la traducción: “Esta traducción/adaptación no fue creada por el Comité Permanente entre Organismos (IASC). El IASC no es responsable del contenido ni de la fiabilidad de esta traducción. La edición original en inglés titulada *Inter-Agency Standing Committee, The Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: with means of verification (Version 2.0)*, licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, será la edición vinculante y auténtica”.

©IASC, 2021. Esta edición se publicó conforme a la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Según los términos de esta licencia, usted puede reproducir, traducir y adaptar esta obra con fines no comerciales, siempre que se cite debidamente la fuente de información.

- Aclaración: En la versión 1.0 (IASC (2017) del Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia del IASC), “monitoring” se tradujo como “seguimiento”. En la versión 2.0 se decidió traducir “monitoring” como “monitoreo” para brindar una traducción más precisa.

Índice

CAPÍTULO 1	
Introducción.....	04
CAPÍTULO 2	
¿Por qué son importantes el monitoreo y la evaluación?.....	07
CAPÍTULO 3	
Uso de un lenguaje común.....	09
CAPÍTULO 4	
El objetivo y los resultados del marco común.....	11
CAPÍTULO 5	
Una descripción de los resultados e indicadores del marco.....	23
CAPÍTULO 6	
Consejos prácticos para usar el marco común.....	34
CAPÍTULO 7	
Revisión del diseño del programa con el marco común.....	36
CAPÍTULO 8	
Seleccionar un medio de verificación.....	37
CAPÍTULO 9	
Establecer planes y procedimientos para la recopilación de datos.....	42
CAPÍTULO 10	
Informe de datos.....	49
CAPÍTULO 11	
Compartir resultados y lecciones aprendidas.....	50
CAPÍTULO 12	
Conclusión.....	51
ANEXO 1	
Revisiones académicas para respaldar el desarrollo del marco común.....	52
ANEXO 2	
Proceso sistemático para la selección de medios de verificación.....	55
ANEXO 3	
Adaptación de un medio de verificación existente.....	57
NOTAS SOBRE LOS ANEXOS 4 A 7.....	60
ANEXO 4	
Marco de muestra para proporcionar suministros de emergencia en respuesta a un terremoto.....	61
ANEXO 5	
Marco de muestra para un programa destinado a proteger y apoyar a mujeres afectadas o en riesgo de violencia sexual.....	62
ANEXO 6	
Marco de muestra para un programa de educación informal para niños y niñas.....	63
ANEXO 7	
Marco de muestra para un programa de salud destinado a prestar atención a personas con afecciones de salud mental en clínicas de atención primaria de salud.....	64
ANEXO 8	
Resumen de los medios de verificación cuantitativos recomendados.....	65
ANEXO 9	
Resumen de los enfoques de medios de verificación cualitativos recomendados.....	106
ANEXO 10	
Formulario de muestra para el monitoreo de la adaptación/traducción.....	118
ANEXO 11	
Glosario de términos utilizados en el monitoreo y la evaluación.....	119
ANEXO 12	
Lagunas y limitaciones de la medición cuantitativa que requieren una investigación ulterior.....	121
REFERENCIAS.....	122

Introducción

El presente documento ofrece orientación sobre el diagnóstico, la investigación, el diseño, la implementación y el monitoreo y la evaluación de los programas de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en situaciones de emergencia. Aunque está diseñado específicamente para contextos de emergencia (incluidas las crisis prolongadas), el marco también puede aplicarse a las etapas de transición de la emergencia al desarrollo (incluidas las iniciativas de reducción del riesgo de desastres). El marco supone la familiaridad con la Guía del Comité Permanente entre Organismos (IASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes¹ y una comprensión de la programación en ayuda humanitaria o desarrollo.

La salud mental y el apoyo psicosocial se refieren a cualquier tipo de apoyo local o externo que tenga como objetivo proteger o promover el bienestar psicosocial, o prevenir o tratar los trastornos mentales. Por lo tanto, el marco común descrito en la presente publicación es importante para todo el personal de emergencia o desarrollo que participe directa o indirectamente en programas dirigidos a influir en la salud mental y el bienestar psicosocial de otras personas. Esto puede incluir (pero no se limita a) profesionales de salud mental, educadores o agentes de protección de la infancia, proveedores de salud, nutricionistas, comunidades religiosas o administradores de programas y profesionales comprometidos en iniciativas como la consolidación de la paz, la preparación de competencias para la vida o el aprendizaje vocacional.

El campo de la salud mental y el apoyo psicosocial en contextos humanitarios avanza rápidamente, con varias actividades de SMAPS que ahora forman parte de las respuestas humanitarias estándar. En 2007 el Comité Permanente entre Organismos publicó la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, que ha sido ampliamente usada para guiar los programas de SMAPS en muchos contextos humanitarios. Al mismo tiempo, cada vez se publican más investigaciones rigurosas que evalúan la eficacia de actividades específicas de SMAPS.

No obstante, la amplia variedad de objetivos, resultados, indicadores y medios de verificación para la gran cantidad de proyectos de SMAPS que se implementan en diferentes contextos

humanitarios ha generado dificultades para demostrar su valor o impacto². Para abordar este desafío, en 2017 se elaboró un marco común de monitoreo y evaluación para complementar la guía del IASC. Esta versión revisada del marco de monitoreo y evaluación incluye ahora pautas y herramientas para apoyar la medición de los seis indicadores de impacto del objetivo previamente identificados.



¿CÓMO SE ELABORÓ EL MARCO COMÚN?

El Marco Común de Monitoreo y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia se desarrolló mediante un proceso de revisiones académicas y de expertos a nivel regional y nacional. Estas incluyeron una revisión bibliográfica de los constructos de SMAPS medidos frecuentemente;³ un panel de expertos y una consulta sobre un borrador del marco y los términos principales; consultas regionales y nacionales en contextos humanitarios en África, Asia y Oriente Medio; una revisión en profundidad de los indicadores y las herramientas de medición usados comúnmente;⁴ y múltiples revisiones por pares para establecer un consenso. El anexo 1 proporciona información sobre las revisiones académicas realizadas y la manera en que se aplicaron a los borradores iniciales del marco.

Los **medios de verificación** para los seis indicadores de impacto del objetivo se establecieron tras las revisiones bibliográficas y de expertos. Para las medidas cuantitativas, se evaluaron criterios relativos a su accesibilidad, pertinencia contextual, facilidad de uso, fiabilidad y validez. Las prácticas comunes y la orientación de expertos guiaron los enfoques cualitativos incluidos. El anexo 2 proporciona información sobre el proceso llevado a cabo para seleccionar los medios de verificación citados en este marco.

El marco común no abarca todas las iniciativas posibles de SMAPS ni todos los medios de verificación disponibles, pero será pertinente para la mayor parte del trabajo sobre SMAPS en situaciones de emergencia.

Seis principios fundamentales

Todas las acciones de SMAPS realizadas durante la respuesta a una emergencia deben procurar cumplir con los seis principios fundamentales descritos en la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes:

01

Derechos humanos y equidad para todas las personas afectadas, en particular la protección de las personas que corren mayor riesgo de vulneración de sus derechos humanos.

02

Participación de las poblaciones locales afectadas en todos los aspectos de la respuesta humanitaria.

03

Ante todo, no dañar en relación con el bienestar físico, social, emocional, mental y espiritual, y tener presente que debe garantizarse que las acciones respondan a las necesidades evaluadas, se comprometan con la evaluación y el escrutinio, respalden respuestas culturalmente apropiadas y reconozcan las distintas relaciones de poder entre los grupos que participan en las respuestas de emergencia.

04

Aprovechar los recursos y las capacidades disponibles mediante el trabajo con grupos locales, el apoyo a la autoayuda y el fortalecimiento de los recursos existentes.

05

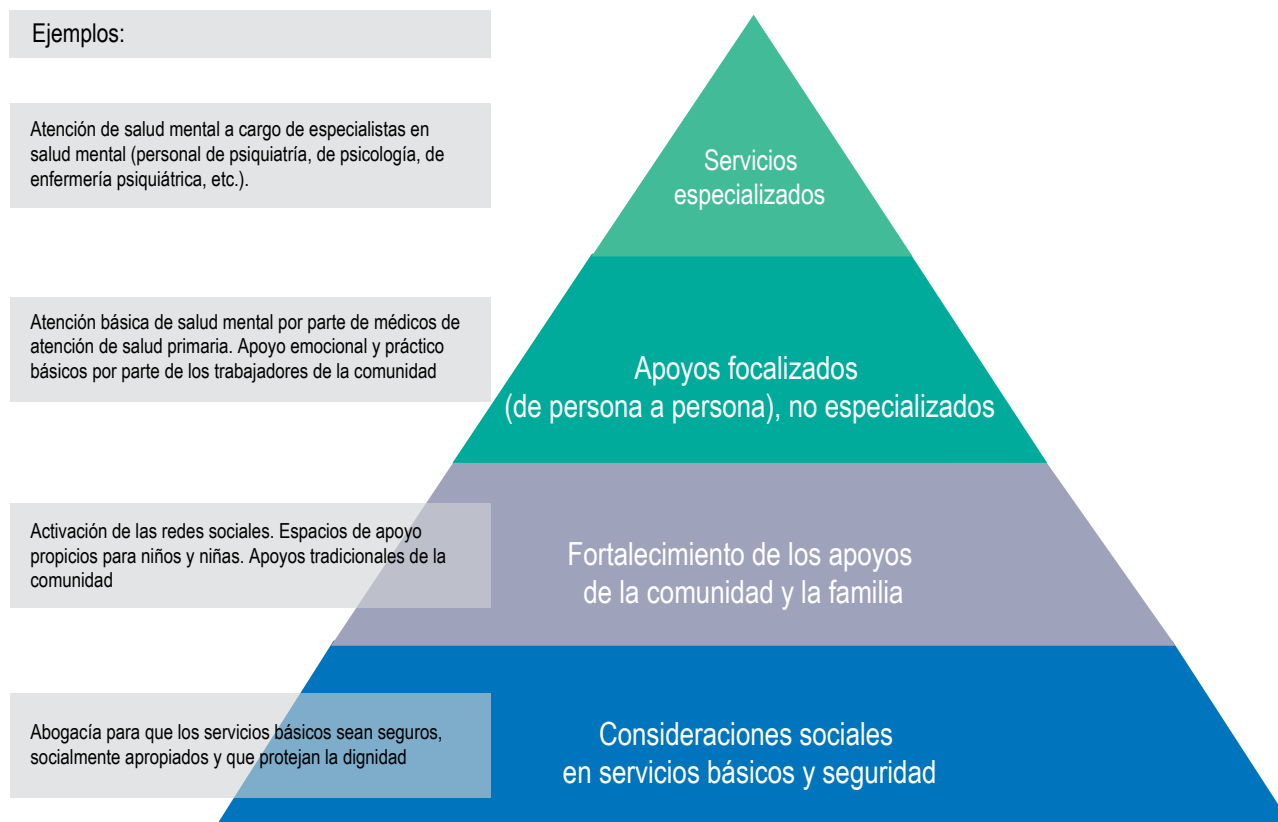
Sistemas de apoyo integrados para que la SMAPS no sea un programa independiente que funcione por fuera de otras medidas o sistemas de respuesta de emergencia (incluidos los sistemas de salud).

06

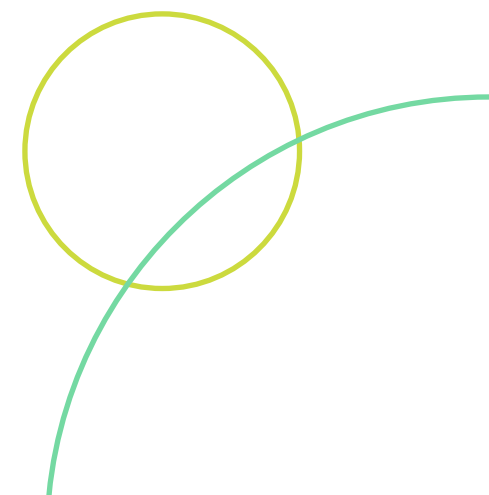
Apoyos a niveles múltiples, reconociendo que las personas se ven afectadas por las crisis de diferentes maneras y requieren distintos tipos de apoyo. Los apoyos a niveles múltiples, en condiciones ideales, se ponen en práctica de manera concurrente (aunque no todos los niveles serán implementados necesariamente por la misma organización). Estos se representan comúnmente mediante la “pirámide de intervenciones” que se muestra en el Gráfico 1.

GRÁFICO 1

Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias



La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes describe además una serie de acciones mínimas de SMAPS para el trabajo crítico que influye en la salud mental y psicosocial de los grupos afectados. La guía incluye 25 listas de acciones organizadas en 11 esferas de actividades básicas de SMAPS y áreas de trabajo que requieren consideraciones psicosociales. Casi todas estas esferas y listas de acciones están representadas en este marco común. Las únicas dos áreas que NO cubre este marco son las respuestas mínimas para (1) la coordinación y (2) los recursos humanos. Estas dos áreas representan acciones con impactos indirectos, más que directos, en las poblaciones afectadas por emergencias. Sin embargo, son fundamentales para garantizar servicios de SMAPS de calidad.



CAPÍTULO 2

¿Por qué son importantes el monitoreo y la evaluación?

El monitoreo y la evaluación son necesarios para determinar si un programa, un proyecto o una intervención está consiguiendo los resultados deseados. Cuando se hacen correctamente, el monitoreo y la evaluación usan información para demostrar los cambios positivos o negativos, directos o indirectos que se han producido y los objetivos alcanzados o no alcanzados, proporcionando al mismo tiempo lecciones para su consideración en trabajos futuros. El monitoreo y la evaluación también son necesarios para el aprendizaje, la contextualización, la adaptación de los programas y la rendición de cuentas. Es importante que la información de monitoreo y evaluación, se comparta, en formatos accesibles y aceptables, con las personas y las comunidades involucradas en el trabajo y con otros que puedan beneficiarse de la revisión de los resultados (como otras organizaciones, donantes y autoridades gubernamentales nacionales o regionales). El monitoreo y la evaluación forman parte de las buenas prácticas humanitarias y de programación y, además, contribuyen a cumplir con los principios fundamentales de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.

Para que el monitoreo y la evaluación midan de manera eficaz el estado antes, durante y después de un proyecto, deben integrarse en las actividades de un programa desde el principio. Un marco de monitoreo y evaluación debe incluirse como parte de cualquier buen diseño de programa.

GRÁFICO 2

Las diferencias y los vínculos entre el monitoreo y la evaluación⁵



Para nuestros propósitos, el “**monitoreo**” se refiere a las visitas, observaciones y preguntas que hacemos mientras un programa se está implementando para establecer si está progresando como se esperaba. Una de las cuestiones fundamentales, por ejemplo, en el monitoreo de los programas de SMAPS es asegurar que el programa no esté causando daño. El monitoreo puede ayudar a advertir si este es el caso.

De manera similar, la “**evaluación**”, como se usa aquí, se refiere al examen de un programa al principio, en medio (si el tiempo lo permite) y después de que se haya completado, para determinar si ha alcanzado los resultados deseados. Obviamente, es importante saber cuáles son los resultados deseados para evaluarlos.

Por ejemplo, un proyecto puede tener como objetivo reducir los síntomas entre las personas con afecciones específicas de salud mental. La gravedad de los síntomas, junto con otros indicadores del proyecto (como la cantidad de personal involucrado, los factores de riesgo y protección, o la cantidad de personas en grupos de riesgo que acceden a oportunidades de sustento), podrían **seguirse** a lo largo de todo el proyecto.

La gravedad de los síntomas también puede **evaluarse** cuando las personas son vistas por primera vez por los proveedores de servicios (base de referencia), en ciertos momentos durante el proyecto (evaluación media) y al final del proyecto (evaluación final). También es probable que se tomen medidas adicionales en estas diferentes etapas de recopilación de datos.



RECUADRO 1

USO DEL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN PARA ANALIZAR LA EFECTIVIDAD EN COSTOS⁶

Actualmente, el campo de la SMAPS no cuenta con fondos suficientes. ¿Cómo deben gastarse los recursos limitados? Los responsables de tomar decisiones buscan cada vez más información sobre la efectividad en costos como una de las distintas consideraciones a la hora de decidir cómo invertir los escasos recursos para la SMAPS. La “efectividad en costos” se refiere aquí a las comparaciones de (a) los costos financieros de diferentes programas con (b) los impactos resultantes de los programas medidos por indicadores comunes de bienestar (como los cambios en el funcionamiento, la salud o el bienestar subjetivo). Por lo tanto, brinda información sobre el uso óptimo del dinero. Actualmente, hay evidencia limitada y muy poco trabajo comparativo sobre la efectividad en costos de cualquier acción humanitaria, incluidos los programas de SMAPS en situaciones de emergencia. Esta es una deficiencia importante. Se alienta a los organismos a trabajar con economistas de bienestar y de la salud para comenzar a recopilar datos sobre la efectividad en costos, usando los indicadores de nivel de objetivos descritos en el marco común.

CAPÍTULO 3

Uso de un lenguaje común

Muchas organizaciones tienen sus propios enfoques, terminología y técnicas de monitoreo y evaluación. El lenguaje usado para describir los componentes de un marco de monitoreo y evaluación también varía. Algunas organizaciones comienzan sus diseños con una “visión” global o un “objetivo final”. A partir de ahí, los términos adicionales usados pueden incluir “objetivo del proyecto” u “objetivo principal”, mientras que otras pueden usar el término “propósito del proyecto”. De manera similar, algunas organizaciones se refieren a los “resultados” como “objetivos”, “productos”, “metas” o “actividades”. Los “indicadores” pueden denominarse “objetivos”, “medidas de éxito” o “medios de verificación”. Estos pueden dividirse en “indicadores de impacto”, “indicadores de resultados” o incluso “indicadores de procesos”. A la complejidad del monitoreo y la evaluación en el sector humanitario, se le suma el hecho de que las organizaciones y los donantes también usan diferentes marcos de diseño de proyectos (como varios marcos lógicos o teorías de cambio) y distintos “niveles” de detalle en sus diseños. Las organizaciones también difieren respecto a los elementos de un proyecto que serán realmente seguidos o evaluados.

El Marco Común de Monitoreo y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, descrito en esta publicación, no tiene la intención de reemplazar las estructuras o los enfoques de monitoreo y evaluación existentes o preferidos. Más bien, el marco está organizado de una manera sencilla que permitirá a las personas y las organizaciones utilizar el objetivo general y los resultados para complementar sus propios marcos de monitoreo y evaluación y diseños específicos de proyectos. Este marco también puede considerarse como un enfoque complementario para alcanzar objetivos más globales, como los descritos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) o el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. **En el Capítulo 6 se proporciona información práctica acerca de cómo puede aplicarse este marco común.**

TERMINOLOGÍA CLAVE

A efectos de este marco común, el significado de los términos clave de monitoreo y evaluación pueden entenderse de la siguiente manera:⁷

Objetivo general: El resultado final específico deseado o esperado como consecuencia, al menos en parte, de los resultados relevantes del proyecto que se han logrado. Los resultados en el nivel de un objetivo se conocen comúnmente como **impactos**. Un conjunto de múltiples programas puede ser necesario para lograr un objetivo general. Ejemplo: Reducir el sufrimiento en el área objetivo.

Resultados: Los cambios que ocurren como consecuencia de las actividades de un proyecto específico. Los resultados en este nivel se conocen comúnmente como **resultados** del proyecto. Ejemplo: Las personas con problemas de salud mental y psicosociales recurren a una atención focalizada y apropiada.

Actividades: El trabajo real implementado. El marco común no recomienda actividades específicas. Sin embargo, las actividades de cada organización deberán considerarse en relación con la forma en que procuran el posible logro del resultado y, en última instancia, del objetivo. **Los resultados en el nivel de una actividad a menudo se denominan productos.** Ejemplo: El personal de servicios sociales está capacitado en los procedimientos correctos para la remisión de SMAPS.

Indicadores: Una unidad de medición que especifica lo que se debe medir; mediante los indicadores se pretende conocer si se han alcanzado o no el impacto, los resultados o los productos deseados. Los indicadores pueden ser cuantitativos (por ejemplo, porcentajes o cantidad de personas) o cualitativos (como percepciones, calidad, tipo, conocimiento, capacidad).

OBJETIVO GENERAL DEL MARCO COMÚN:

Reducción del sufrimiento y mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial.

TERMINOLOGÍA CLAVE CONTINUACIÓN

» **Indicador de impacto del objetivo:** En este marco, los indicadores de impacto se relacionan con la declaración de objetivos y pretenden reflejar el resultado (o impacto) de las acciones en una escala social e institucional (u organizacional) más amplia. Ejemplo: Funcionamiento mejorado. Existen diferentes métodos para medir el impacto que comprenden indicadores tanto cuantitativos como cualitativos. En este marco, el impacto se identifica como un cambio a nivel del individuo y del colectivo o grupo.

» **Indicador de resultados:** En este marco, los indicadores de resultados se relacionan con las declaraciones de resultados y pretenden reflejar los cambios para las personas o los grupos de personas que han ocurrido como consecuencia de un programa o una intervención de SMAPS en particular. Ejemplo: La cantidad de personas que reciben tratamiento clínico de trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias a través de servicios médicos (atención de salud primaria, secundaria o terciaria).

» **Indicador de producto:** En este marco, los indicadores de productos están relacionados con el plan de actividades y pretenden reflejar si la actividad planificada se llevó a cabo según lo previsto. Dado que los indicadores de productos están vinculados a actividades específicas, no están comprendidos en este marco general. Ejemplo: La cantidad de personal de servicios sociales capacitados en los procedimientos de remisión de SMAPS.

Generalmente, un proyecto elaborará un marco lógico o una teoría del cambio para uno o algunos resultados. No obstante, el cambio puede ser necesario en múltiples proyectos a fin de observar el cambio en los indicadores de impacto y alcanzar el objetivo general.

Medios de verificación: La herramienta usada para medir el indicador. También puede denominarse “medida”, “herramienta de medición/evaluación” o “herramienta de recopilación de datos”. Un medio de verificación puede dar como resultado datos cualitativos o cualitativos. En su forma más simple, las medidas cuantitativas proporcionan datos numéricos, mientras que los datos cualitativos brindan información descriptiva. Ambos enfoques son importantes y pueden proporcionar conocimientos valiosos. Algunos indicadores pueden medirse de manera más apropiada a través de un medio de verificación cualitativo, mientras que otros pueden requerir herramientas cuantitativas. **Un buen sistema de monitoreo y evaluación debe incluir una combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos** para poder comparar, verificar y triangular diferentes tipos de datos (es decir, asegurar que los resultados cuentan una historia similar) o para que puedan destacarse resultados únicos.

El objetivo y los resultados del marco común usan muchos otros términos que podrían tener diferentes significados para diversos profesionales de asistencia humanitaria, de desarrollo, de SMAPS u otras personas implementadoras. Como referencia y para confirmar el significado de estos términos de acuerdo

con este marco, véase el Capítulo 5. Sin embargo, desde el principio, es importante confirmar los términos principales usados en el objetivo del marco común, que incluyen:

Sufrimiento:* Estado de padecer dolor, angustia o dificultad.^{9,9}

Salud mental: Un estado de bienestar (psicológico) (no simplemente la ausencia de trastorno mental) en el que cada individuo desarrolla su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.¹⁰

Bienestar psicosocial: La dimensión psicosocial del bienestar. Aunque no existe una definición ampliamente aceptada, los profesionales a menudo usan el adjetivo “psicosocial” para describir la interacción entre aspectos sociales (como relaciones interpersonales y sociales, recursos sociales, normas sociales, valores sociales, roles sociales, vida comunitaria, vida espiritual y religiosa) y aspectos psicológicos (como emociones, pensamientos, comportamientos, conocimiento y estrategias de afrontamiento) que contribuyen al bienestar general.

El término “salud mental” suele usarse erróneamente para referirse simplemente a la ausencia de enfermedad mental. Sin embargo, los términos “salud mental” y “bienestar psicosocial” se superponen. La salud mental no se puede lograr sin el bienestar psicosocial y viceversa. El término combinado “salud mental y bienestar psicosocial” a menudo se utiliza para reflejar el objetivo combinado entre diversos organismos y profesionales que trabajan en SMAPS.

* El sufrimiento puede ser individual y/o colectivo (Kleinman, A.; Das, V. y Lock, M. M., eds. Social Suffering. University of California Press, Berkeley, 1997). Las personas pueden sufrir de maneras únicas y como consecuencia de una variedad de experiencias, pero esto generalmente ocurre en un contexto social (o global) más amplio que informa qué es el sufrimiento; por lo tanto, las personas también pueden sufrir colectivamente frente a ciertos eventos y estructuras sociales (por ejemplo, estructuras sociales, políticas, económicas y humanitarias).

CAPÍTULO 4

El objetivo y los resultados del marco común

Cada programa, proyecto o actividad de SMAPS requerirá un marco propio y único de monitoreo y evaluación que sea apropiado y pertinente para su diseño. Sin embargo, para reunir evidencia respecto a la SMAPS a nivel mundial y para demostrar su eficacia en situaciones de emergencia, será necesario que diversas intervenciones de SMAPS midan algunos indicadores de impactos y resultados comunes. El objetivo, los resultados y los indicadores relacionados del Marco Común de Monitoreo y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia (véanse las páginas 19-22) reflejan la necesidad de un mayor aprendizaje compartido y mejores programas de SMAPS en las respuestas de emergencia.

No se espera que cada iniciativa de SMAPS implementada por cada organización brinde información sobre cada objetivo, impacto o indicador de resultados del marco común. Sin embargo, a medida que aumente el uso del marco común, el campo de la SMAPS comenzará a construir un lenguaje y una comprensión compartidos respecto a las prácticas más apropiadas en situaciones de emergencia.

OBJETIVO GENERAL DEL MARCO

El objetivo general del marco común es **la reducción del sufrimiento y la mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial.**

El objetivo comprende dos elementos importantes:

- » En primer lugar, el objetivo de reducir el sufrimiento está en consonancia con el imperativo de la Carta Humanitaria “de que se deben tomar medidas para prevenir o aliviar el sufrimiento humano que surge de un desastre o conflicto”.¹¹
- » En segundo lugar, el objetivo se centra en la SMAPS al afirmar que el propósito es mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas.

Seguir los principios fundamentales de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, ayudar a satisfacer las necesidades básicas de las personas o enfocarse en la reducción de los síntomas de afecciones de salud mental son acciones que probablemente mejorarán la salud mental y el bienestar psicosocial y/o reducirán el sufrimiento. En última instancia, el objetivo sugiere que cualquier programa de SMAPS debe orientarse a mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de una población afectada por una crisis humanitaria o a reducir la forma en que experimentan el sufrimiento.

INDICADORES DE IMPACTO DEL OBJETIVO

- » **Funcionamiento:** Por ejemplo, la capacidad de llevar a cabo actividades esenciales para la vida diaria, que diferirán según factores como la cultura, el género y la edad.
- » **Bienestar subjetivo:** Los aspectos del bienestar subjetivo que podrían medirse incluyen sentirse tranquilo, seguro, fuerte, esperanzado, capaz, descansado, interesado o feliz, y no sentirse indefenso, deprimido, temeroso o enojado.*
- » Alcance de la **angustia incapacitante y/o la presencia de un trastorno mental, neurológico y por consumo de sustancias** (o de sus síntomas).
- » **Capacidad de las personas con problemas de salud mental y psicosociales para enfrentar** los problemas (por ejemplo, a través de habilidades de comunicación, manejo del estrés, resolución de problemas, manejo de conflictos o competencias profesionales).
- » **Comportamiento social:** Por ejemplo, ayudar a otros, comportamiento agresivo, uso de la violencia o acciones discriminatorias.
- » **Conexión social:** Se refiere a la calidad y la cantidad de conexiones que un individuo tiene (o percibe tener) con otras personas en sus círculos sociales de familiares, amistades y conocidos. Las conexiones sociales también pueden ir más allá del círculo social inmediato de una persona y extenderse, por ejemplo, a otras comunidades.¹³

MEDIOS DE VERIFICACIÓN PARA INDICADORES DE IMPACTO DEL OBJETIVO

En función de las definiciones de los seis indicadores de impacto del objetivo, se determinaron medios de verificación a través de un proceso de revisión sistemática y para diferentes rangos de edad. El cuadro 1 presenta un resumen de los medios de verificación cuantitativos recomendados para estos indicadores, mientras que los cuadros 2 y 3 resumen los medios de verificación cualitativos recomendados. No obstante, la selección de un medio de verificación requiere una serie de consideraciones importantes y cuidadosas. En el Capítulo 8 se proporciona información sobre estos pasos. En los anexos 8 y 9 se facilita información específica sobre los medios de verificación, por ejemplo, referencias, enlaces, restricciones de derechos de autor y otros consejos para su uso.

En esta guía no se proporcionan ni se recomiendan medios de verificación para los indicadores de resultados, aunque algunos medios de verificación incluidos aquí pueden resultar útiles para medir estos indicadores. Los indicadores de resultados variarán en función del diseño del programa. En esta guía se proporciona información sobre cómo seleccionar medios de verificación apropiados y cómo adaptarlos (véase el Capítulo 8). Muchos indicadores de resultados de SMAPS no requieren herramientas específicas de SMAPS, pero pueden requerir el acceso a ciertos tipos de información. Por ejemplo, los medios de verificación para evaluar el resultado relativo al “Porcentaje de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que disponen de personal capacitado para identificar afecciones de salud mental y para apoyar a las personas con problemas de salud mental y psicosociales” (O5.1) no requieren herramientas específicas de SMAPS, pero requieren el acceso a registros que indiquen la cantidad de personal de cada instalación con la capacitación pertinente.

EL PROPÓSITO DE ESTE MARCO

El propósito del marco común es alentar el uso de un número selecto de resultados e indicadores y el uso de herramientas comunes como medios de verificación para construir la base de evidencia de SMAPS e informar mejor a quienes trabajan en esta área sobre los objetivos e impactos importantes. Para lograr esto, se recomienda que cada programa o proyecto de SMAPS use:

- » el objetivo general de este marco,
- » al menos UN indicador de impacto del objetivo, más
- » al menos UN medio de verificación recomendado relacionado con ese indicador de impacto del objetivo, más
- » al menos UN indicador de resultado del marco común.

* “Bienestar subjetivo” se refiere a todos los distintos tipos de evaluación, tanto positivos como negativos, que las personas hacen de sus vidas. Incluye evaluaciones cognitivas reflexivas, como la satisfacción con la vida y la satisfacción laboral, el interés y el compromiso y reacciones emocionales a acontecimientos de la vida, como sentimientos de alegría o tristeza.¹² Diversos aspectos del bienestar subjetivo pueden medirse para reflejar este indicador del objetivo.

CUADRO 1. RESUMEN DE LOS MEDIOS DE VERIFICACIÓN CUANTITATIVOS* PARA LOS INDICADORES DE IMPACTO DEL OBJETIVO POR RANGO DE EDAD

Véase el anexo 8 para obtener más información sobre cada medio de verificación.**

Rango de edad	Funcionamiento	Bienestar subjetivo	Angustia/síntomas incapacitantes	Afrontamiento	Comportamiento social	Conexión social
0-5	Herramienta de evaluación del desarrollo de Malawi (MDAT)		MSF PSYCa (6-36 meses)		Herramienta de evaluación del desarrollo de Malawi (MDAT)	Herramienta de evaluación del desarrollo de Malawi (MDAT)
	Índice de desarrollo de la primera infancia e indicadores de atención familiar en MICS		MSF PSYCa (3-6 años)		Índice de desarrollo de la primera infancia e indicadores de atención familiar en MICS	
	Escala de calificación de deterioro (IRS)					
6-11	Escala de calificación de deterioro (IRS)	Escala de bienestar infantil de Stirling (SCWBS)	Detector de angustia psicossocial infantil (CPDS)	Escala de esperanza infantil (CHS)	Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Escala de conexión social - Revisada (SCS-R)
			Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Medida de resiliencia infantil y juvenil (CYRM)	Escala de preocupación por los demás	Programa de inventario de apoyo social (SSIS)
			Escala revisada de ansiedad y depresión infantil-25 (RCADS-25)***			

* Se contactó a la mayoría de los desarrolladores de las medidas incluidas en este marco y se les pidió 1) su autorización y aprobación para la inclusión de la medida y 2) que proporcionaran orientaciones sobre la descripción de su uso. Sin embargo, a pesar de genuinos y repetidos intentos, en algunos casos no se pudo contactar al desarrollador original y no se obtuvieron ni el permiso ni la orientación. En estos casos, las medidas se incluyeron aquí y se describieron conforme a las orientaciones publicadas sobre su uso.

** Los medios de verificación incluidos en este cuadro fueron identificados y evaluados a través de consultas con expertos en el tema, así como de revisiones de la bibliografía pertinente. Estas medidas pueden no representar la totalidad de las herramientas de evaluación apropiadas y disponibles en cada ámbito y, asimismo, pueden no ser pertinentes en cada contexto. Las organizaciones no están obligadas a utilizar únicamente estos medios de verificación específicos; al contrario, estos se presentan como opciones. También se alienta a los usuarios a utilizar medios de verificación validados localmente cuando estén disponibles o a adaptar medios de verificación existentes.

*** Algunos de los medios de verificación recomendados en este marco (p. ej., PHQ-9, GAD-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT y ASSIST) son medidas de autoinforme de constructos clínicos. Estas medidas no se recomiendan para hacer una estimación de la prevalencia exacta de las afecciones de salud mental (es decir, cuántas personas tienen una afección en una población). Existen estudios que demuestran que las medidas de autoinforme sobrestiman frecuentemente las tasas de afecciones de salud mental.^{14,15,16} Se han incluido aquí porque pueden ser útiles para ofrecer una indicación aproximada del impacto de un programa o proyecto de SMAPS en la angustia, como los síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático. Como se menciona en otra parte de esta guía, los usuarios de estos medios de verificación deben prestar la debida atención a la evidencia para evaluar su validez en el contexto local o en contextos similares antes de usar estas medidas.

La escala RCADS-25 fue desarrollada para utilizarse con niños, niñas y adolescentes de 8 años o más.

Rango de edad	Funcionamiento	Bienestar subjetivo	Angustia/síntomas incapacitantes	Afrontamiento	Comportamiento social	Conexión social
12-17	Escala de calificación de deterioro (IRS)	Escala de bienestar infantil de Stirling (SCWBS)	Detector de angustia psicosocial infantil (CPDS)	Escala de esperanza infantil (CHS)	Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Escala de conexión social - Revisada (SCS-R)
		Breve escala de bienestar mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)	Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Cuestionario de resiliencia IFRC-PIA	Escala de preocupación por los demás	Programa de inventario de apoyo social (SSIS)
		Escala de satisfacción y frustración de las necesidades psicológicas básicas	Prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)			
			Escala revisada de ansiedad y depresión infantil-25 (RCADS-25)*			
18-25 26-59 60+	Cuestionario de la OMS para la evaluación de la discapacidad 2.0 (WHODAS 2.0)	Escala de necesidades psicológicas básicas y frustración (BPNFS)	Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)	Inventario breve de afrontamiento	Cuestionario de agresión (AQ)	Subescala de relaciones sociales WHOQOL
	Perfiles de resultados psicológicos (PSYCHLOPS)	WHOQOL-BREF	Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	Escala breve de resiliencia (BRS)	Cuestionario de vínculo en el posparto (PBQ)	Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS)
		Índice de bienestar general cinco de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5)	Lista de verificación de TEPT para el DSM-5 (PCL-5)**	Escala de esperanza de la persona adulta (AHS)	Escala de comportamiento informado e intencional (RIBS)	Instrumento de cohesión vecinal (NCI)
		Escala de discriminación y estigma (DISC-12)	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)		Enfermedad Mental: Escala de actitudes de los médicos (MICA-4)	Versión abreviada de la herramienta adaptada de evaluación del capital social (SASCAT)
		Evaluación de las barreras de acceso a la atención (BACE)	Prueba de detección de abuso de drogas (DAST)			Escala de apoyo social Oslo 3 (OSSS-3)
		Perfiles de resultados psicológicos (PSYCHLOPS)	Evaluación de las barreras de acceso a la atención (BACE)			Escala de discriminación y estigma (DISC-12)
			Perfiles de resultados psicológicos (PSYCHLOPS)			

* La escala RCADS-25 fue desarrollada para utilizarse con niños, niñas y adolescentes de 8 años o más.

** La lista de verificación PCL-5 se utiliza para evaluar los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Si bien el TEPT está incluido en la CIE-11 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud y por tanto mundialmente respaldada por los gobiernos, se trata de un constructo clínico que captura únicamente algunos aspectos del sufrimiento que padecen las poblaciones afectadas por situaciones de emergencia. En muchas crisis humanitarias tiende a haber un enfoque inapropiadamente limitado en el TEPT, y el concepto de TEPT suele ser un tema de debate entre las organizaciones humanitarias, las comunidades académicas y el personal clínico.

CUADRO 2. RESUMEN DE LOS ENFOQUES CUALITATIVOS DE MEDIOS DE VERIFICACIÓN Y EJEMPLOS DE MÉTODOS*

Véase el anexo 9 para obtener todos los detalles de cada medio de verificación.

Medios de verificación	Descripción	Ejemplos de métodos*
Mapeo	El mapeo implica delinear algún aspecto de una persona (p. ej., un mapa corporal para identificar las zonas de dolor o angustia), su comunidad (p. ej., para identificar las zonas donde los niños se sienten seguros e inseguros) o sus conexiones sociales (p. ej., para identificar los apoyos sociales)	El mapeo de riesgos y recursos invita a los participantes a crear mapas de riesgos y recursos en su comunidad.
		El mapeo social invita a los participantes a mapear sus relaciones sociales con diversas personas en sus vidas.
		Las caminatas por el vecindario consisten en caminar con los participantes a través de su localidad para identificar las zonas de importancia.
		El mapeo corporal consiste en delinear el cuerpo e identificar zonas importantes (p. ej., de dolor o angustia).
		La línea de vida invita a los participantes a dibujar una línea de vida de acontecimientos importantes y a discutir los efectos de las acciones de SMAPS.
Grupos de discusión	Los miembros de la comunidad o del grupo se reúnen para debatir sobre el beneficio y los efectos de intervenciones o proyectos específicos. Pueden utilizarse propuestas o sugerencias específicas para iniciar las conversaciones y recopilar datos.	Los debates en grupos focales clásicos consisten en hacer participar a los miembros del grupo en conversaciones interactivas abiertas o semiestructuradas sobre temas de interés, como proyectos, intervenciones, resultados o indicadores.
		Pueden utilizarse tarjetas o estímulos visuales para incitar el debate en torno a los resultados y los indicadores.
		La clasificación invita a los grupos a priorizar problemas o temas de interés.
		La lista libre invita a los grupos a identificar los problemas que los afectan.

* Varios de los métodos enumerados en el cuadro 2 pueden ser pertinentes para más de un medio de verificación. Por ejemplo, pueden utilizarse tarjetas o estímulos visuales tanto en los debates de grupos focales como en las entrevistas individuales. Esto también es válido para muchos de los ejemplos de métodos que figuran en la lista. El anexo 9 contiene una guía breve y vínculos a diversos recursos para aplicar estos métodos. Muchos de los medios de verificación cualitativos también pueden utilizarse para investigar más a fondo y contextualizar los resultados cuantitativos de los medios de verificación.

Medios de verificación	Descripción	Ejemplos de métodos*
Entrevistas	Estos enfoques implican entrevistar a los participantes y pueden llevarse a cabo mediante el uso de una serie de métodos diferentes.	Pueden realizarse entrevistas etnográficas breves para recopilar y evaluar los indicadores de bienestar.
		Pueden realizarse entrevistas a informantes clave después de una actividad de SMAPS para evaluar los resultados.
		El cambio más significativo es un método sistemático para recoger historias sobre resultados.
		PSYCHLOPS es una herramienta estructurada de métodos mixtos que invita a los participantes a calificar sus problemas individuales antes, durante y después de una intervención.
		La lista libre invita a los participantes a identificar y calificar los problemas o temas por prioridad.
Observación y documentación	Estos enfoques implican la observación de personas o grupos en diversos contextos y la revisión de la documentación pertinente del proyecto. Mediante la observación también es posible evaluar la implementación y el cumplimiento de los protocolos de intervención. Se recomienda el uso de enfoques estructurados y listas de verificación para apoyar la fiabilidad.	Pueden utilizarse tarjetas o estímulos visuales para incitar el debate en torno a los resultados y los indicadores.
		La observación durante las sesiones de una actividad puede usarse para evaluar resultados relevantes.
		La observación en la comunidad también puede usarse para evaluar resultados relevantes.
Métodos creativos de generación de datos	Estos enfoques ofrecen formas únicas e innovadoras para involucrar a los participantes en proveer información y para recopilar datos cualitativos. Para la interpretación de estos datos serán necesarios enfoques estructurados para maximizar la validez y la fiabilidad.	El análisis de la documentación implica la revisión de datos o información relativa al proyecto a fin de evaluar el impacto.
		Las anotaciones en un diario invitan a los participantes a documentar sus experiencias en un diario que puede analizarse posteriormente.
		La narración/elaboración de historias invita a los participantes a contar una historia sobre sus experiencias.
		La fotovoz implica pedir a los participantes que documenten sus vidas a través de fotografías.

* Varios de los métodos enumerados en el cuadro 2 pueden ser pertinentes para más de un medio de verificación. Por ejemplo, pueden utilizarse tarjetas o estímulos visuales tanto en los debates de grupos focales como en las entrevistas individuales. Esto también es válido para muchos de los ejemplos de métodos que figuran en la lista. El anexo 9 contiene una guía breve y vínculos a diversos recursos para aplicar estos métodos. Muchos de los medios de verificación cualitativos también pueden utilizarse para investigar más a fondo y contextualizar los resultados cuantitativos de los medios de verificación.

CUADRO 3. RESUMEN DE LOS ENFOQUES DE MEDIOS DE VERIFICACIÓN CUALITATIVOS PARA LOS INDICADORES DE IMPACTO DEL OBJETIVO, POR RANGO DE EDAD*

Rango de edad	Funcionamiento	Bienestar subjetivo	Angustia/síntomas incapacitantes	Afrontamiento	Comportamiento social	Conexión social			
0-5	Observaciones/documentación	Narración	Observaciones/documentación	Narración	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación Narración			
6-11	Debates en grupos focales clásicos	Mapeo corporal**	PSYCHLOPS NIÑOS Y NIÑAS	Debates en grupos focales clásicos	Mapeo social	Mapeo corporal** Mapeo de riesgos y recursos			
	Entrevistas a informantes clave	Mapeo de riesgos y recursos		PSYCHLOPS NIÑOS Y NIÑAS	Debates en grupos focales clásicos	Mapeo social	Mapeo social Caminatas por el vecindario		
	PSYCHLOPS NIÑOS Y NIÑAS	Mapeo social				Observaciones/documentación	Narración	Debates en grupos focales clásicos	Debates en grupos focales clásicos Entrevistas a informantes clave PSYCHLOPS NIÑOS Y NIÑAS
	Observaciones/documentación	Entrevistas a informantes clave	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación			Observaciones/documentación Narración	
		PSYCHLOPS			Observaciones/documentación			Observaciones/documentación	Observaciones/documentación
	12-17	Debates en grupos focales clásicos	Mapeo corporal	Línea de vida		Tarjetas o estímulos visuales	Clasificación		Mapeo corporal**
Mapeo de riesgos y recursos			Clasificación		Lista libre		Mapeo de riesgos y recursos Mapeo social		
Entrevistas etnográficas breves		Mapeo social			Línea de vida	Debates en grupos focales clásicos	Debates en grupos focales clásicos	Caminatas por el vecindario	
		Línea de vida	Cambio más significativo					Cambio más significativo	Lista libre
Cambio más significativo		Lista libre		Cambio más significativo	Cambio más significativo	Cambio más significativo	Lista libre Clasificación		
		Tarjetas o estímulos visuales					Entrevistas etnográficas breves		
PSYCHLOPS ADOLESCENTES		Entrevistas etnográficas breves	PSYCHLOPS ADOLESCENTES	PSYCHLOPS ADOLESCENTES	Cambio más significativo	Entrevistas etnográficas breves		Entrevistas etnográficas breves	
		Observaciones/documentación					PSYCHLOPS	Observaciones/documentación	PSYCHLOPS ADOLESCENTES
					Observaciones/documentación	Narración			Observaciones/documentación
		Observaciones/documentación					Observaciones/documentación	Observaciones/documentación	
Observaciones/documentación		Anotaciones en un diario	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación			Narración Fotovoz

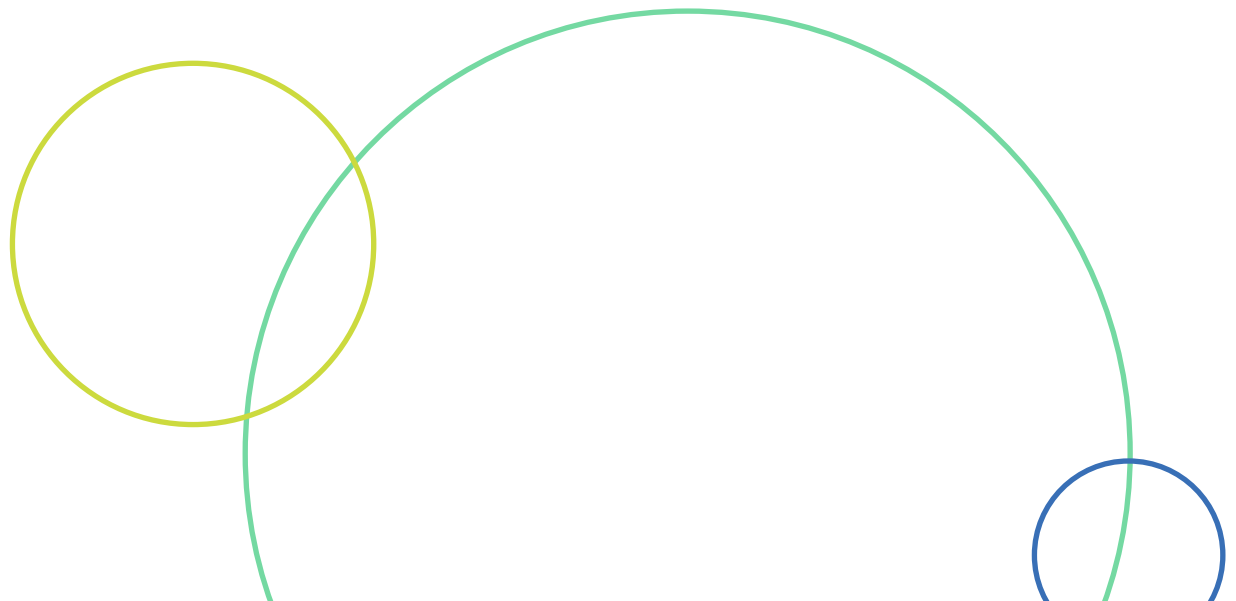
* Los medios de verificación cualitativos se muestran para cada indicador de impacto del objetivo (según se enumeran en el cuadro 1) y se codifican por colores de acuerdo con su descripción en el cuadro 2. Véase el anexo 9 para obtener todos los detalles de cada medio de verificación.

** El mapeo corporal también puede aplicarse en participantes mayores de 18 años, según la cultura y el contexto.

Rango de edad	Funcionamiento	Bienestar subjetivo	Angustia/síntomas incapacitantes	Afrontamiento	Comportamiento social	Conexión social	
18-25 26-59 60+	Debates en grupos focales clásicos	Línea de vida	Línea de vida	Lista libre	Lista libre	Lista libre	
	PSYCHLOPS	Clasificación	Cambio más significativo	Clasificación		Clasificación	Clasificación
		Lista libre		Debates en grupos focales clásicos		Debates en grupos focales clásicos	Debates en grupos focales clásicos
				Tarjetas o estímulos visuales	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves	
		Cambio más significativo		Tarjetas o estímulos visuales	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves
	Entrevistas etnográficas breves		Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves	
	Observaciones/documentación	Cambio más significativo	PSYCHLOPS	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves	Entrevistas etnográficas breves
		PSYCHLOPS		Observaciones	Observaciones	Observaciones	
		Anotaciones en un diario		Anotaciones en un diario	Anotaciones en un diario	Anotaciones en un diario	
		Narración		Narración	Narración	Narración	
			Observaciones/documentación	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación	Observaciones/documentación

Nota sobre el acceso a los medios de verificación:

En los anexos 8 y 9 se ofrece información sobre el uso y el acceso a todas las herramientas cualitativas y cuantitativas que se describen en los cuadros 1, 2 y 3 y en todo este documento. Estos anexos, las herramientas incluidas y otros materiales de orientación también están disponibles en esta página web de MHPSS.net: <https://mhps.net/toolkit/mhps-and-e-mov-toolkit>



RESULTADOS DEL MARCO

El marco común ha identificado cinco resultados que probablemente contribuyan a la realización de la declaración del objetivo. Estos cinco resultados pueden dividirse a su vez en los dos niveles en los que suelen aplicarse los programas de SMAPS:

- » **Focalizados en la comunidad**, en el caso de las actividades de SMAPS que se centran en consideraciones sociales para la provisión de seguridad, derechos humanos, dignidad y necesidades básicas, construyendo apoyos comunitarios y familiares, lo que incluye el trabajo para sustentar el desarrollo óptimo de los niños, niñas y jóvenes, y fomentando un entorno social para ayudar a las personas, familias y comunidades a realizar su potencial. Las iniciativas de SMAPS focalizadas en la comunidad generalmente involucran a grupos más amplios de niños o adultos, o se vinculan con sistemas o estructuras sociales o jurídicas en enfoques basados en la comunidad.
- » **Focalizadas en las personas**, en el caso de las actividades de SMAPS que se centran en personas y familias que pueden requerir asistencia específica por medio de apoyo focalizado, ya sea especializado o no. Las personas pueden recibir intervenciones de SMAPS de forma individual, familiar o en grupos pequeños, en las que las personas encargadas de implementar tales iniciativas de SMAPS focalizadas en las personas realizan algún tipo de seguimiento del progreso individual de los usuarios del servicio.

El marco común se resume en el cuadro 4. El cuadro 5 presenta el marco completo, incluidos el objetivo, los resultados y los indicadores. Los capítulos siguientes detallan la manera en que cada resultado se relaciona con una o más listas de acciones de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, presentan una justificación para cada resultado y ofrecen información específica sobre los términos clave utilizados en esas declaraciones de resultados y sus indicadores.

CUADRO 4. RESUMEN DEL MARCO COMÚN

Objetivo: Reducción del sufrimiento y mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial			
Resultados:			
Focalizado en la comunidad	1. Las respuestas de emergencia no causan daño y son dignas, participativas, de apropiación comunitaria, y social y culturalmente aceptables.	2. Las personas están seguras y protegidas, y se abordan las vulneraciones de los derechos humanos.	3. La familia, la comunidad y las estructuras sociales promueven el bienestar y el desarrollo de todos sus miembros.
Focalizado en las personas	4. Las comunidades y las familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales	5. Las personas con problemas de salud mental y psicosociales recurren a una atención focalizada y apropiada.	
Principios fundamentales subyacentes: 1. Derechos humanos y equidad. 2. Participación. 3. Ante todo, no dañar. 4. Servicios y apoyos integrados. 5. Aprovechar los recursos y las capacidades disponibles. 6. Apoyos a niveles múltiples.			

CUADRO 5.

EL MARCO COMÚN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN PARA LA SALUD MENTAL Y EL APOYO PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA*

Objetivo general	Indicadores de impacto del objetivo clave (Gi)
<p>Reducción del sufrimiento y mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial (G)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gi.1. Funcionamiento (por ejemplo, la capacidad de llevar a cabo actividades esenciales de la vida cotidiana, que diferirán en función de factores culturales, de género o de edad) • Gi.2. Bienestar subjetivo (aspectos del bienestar subjetivo que podrían medirse incluyen sentirse tranquilo, seguro, fuerte, esperanzado, capaz, descansado, interesado o feliz y no sentirse indefenso, deprimido, ansioso o enojado) • Gi.3. Alcance de la angustia incapacitante prolongada y/o la presencia de un trastorno mental, neurológico y por consumo de sustancias (o de sus síntomas) • Gi.4. Capacidad de las personas con problemas de salud mental y psicosociales para hacer frente a los problemas (por ejemplo, por medio de habilidades de comunicación, manejo del estrés, resolución de problemas, gestión de conflictos o competencias profesionales) • Gi.5. Comportamiento social (por ejemplo, ayudar a otras personas, comportamiento agresivo, uso de violencia, actos discriminatorios) • Gi.6. Conexión social: se refiere a la calidad y la cantidad de conexiones que un individuo tiene (o percibe tener) con otras personas en sus círculos sociales de familiares, amistades y conocidos. Las conexiones sociales también pueden ir más allá del círculo social inmediato de una persona y extenderse, por ejemplo, a otras comunidades. <p>Obsérvese que algunos de estos seis indicadores pueden servir como indicadores de resultados en función de la lógica del programa (teoría del cambio).</p>
Resultados	Indicadores de resultados clave (O)
<p>1. Las respuestas de emergencia no causan daño y son dignas, participativas, de apropiación comunitaria, y social y culturalmente aceptables (O1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O1.1. Porcentaje de personas afectadas que informan que las respuestas de emergencia (i) se ajustan a los valores locales, (ii) son adecuadas y (iii) se brindan respetuosamente • O1.2. Porcentaje de personas afectadas que informan haber participado activamente en diferentes etapas de la respuesta de emergencia (participando, por ejemplo, en la evaluación de necesidades, el diseño del programa, la implementación y las actividades de monitoreo y evaluación) • O1.3. Porcentaje de comunidades objetivo donde se ha dado la facultad a los residentes locales de diseñar, organizar e implementar respuestas de emergencia • O1.4. Porcentaje de personal capacitado y que sigue directrices (por ejemplo, la Guía del IASC) sobre cómo evitar daños • O1.5. Cantidad de acontecimientos negativos que los beneficiarios perciben como causados por intervenciones humanitarias o de SMAPS • O1.6. Cantidad de personas afectadas que conocen los códigos de conducta de los trabajadores humanitarios y saben cómo plantear sus inquietudes respecto a incumplimientos • O1.7. Cambios programáticos realizados después de haberse registrado comentarios a través de los mecanismos de retroalimentación • O1.8. Percepción de necesidades atendidas (es decir, necesidades percibidas como problemas graves por las propias personas afectadas, como los problemas percibidos de abrigo o de medios de vida) • O1.9. Porcentaje de personas afectadas que informan haber recibido oportunamente información accesible sobre (i) la emergencia, (ii) la respuesta de emergencia y (iii) métodos de autoayuda para un afrontamiento positivo o su bienestar

* Se recomienda el desglose por sexo y edad de todos los indicadores pertinentes. Los indicadores presentados aquí no son exhaustivos. Además de seleccionar al menos un impacto y un indicador de resultados, los profesionales de SMAPS deben tener la libertad de crear indicadores adicionales que coincidan con otros elementos de los objetivos y los resultados de sus proyectos específicos.

Objetivo general	Indicadores de impacto del objetivo clave (Gi)
<p>2. Las personas están seguras, protegidas y se aborda la vulneración de los derechos humanos (O2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O2.1. Cantidad de violaciones de los derechos humanos denunciadas • O2.2. Porcentaje de comunidades objetivo (es decir, pueblos, vecindarios o instituciones, como hospitales psiquiátricos u orfanatos) con mecanismos formales o informales que se ocupan de la protección, el monitoreo y la notificación de riesgos de seguridad o de grupos en situación de riesgo (por ejemplo, menores, mujeres y personas con trastornos mentales graves) • O2.3. Porcentaje de comunidades destinatarias en las que los representantes de los grupos objetivo son incluidos en los procesos de toma de decisiones sobre su seguridad • O2.4. Porcentaje de los miembros del grupo objetivo que, tras haberse capacitado, utilizan las nuevas competencias y conocimientos para la prevención de riesgos y la remisión • O2.5. Cantidad de miembros de grupos de riesgo (como niños, niñas o sobrevivientes de violencia sexual) que usan espacios seguros • O2.6. Porcentaje de miembros del grupo objetivo (como la población en general o los grupos de riesgo) que se sienten seguros • O2.7. Cantidad de mecanismos de protección (como servicios sociales o redes de protección comunitaria) y/o cantidad de personas que reciben ayuda de mecanismos de protección formales o informales • O2.8. Cantidad de personas que han denunciado la vulneración de derechos humanos y han dado a conocer sus percepciones sobre las respuestas de las instituciones que atienden su caso
<p>3. Las estructuras familiares, comunitarias y sociales promueven el bienestar y el desarrollo de todos sus miembros (O3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O3.1. Cantidad de niños reunificados con sus familiares o que se encuentran en otras modalidades de cuidado apropiado de acuerdo con sus necesidades específicas y su interés superior • O3.2. Alcance de los conocimientos y las habilidades de los cuidadores en materia de crianza y desarrollo infantil • O3.3. Calidad de las interacciones entre el cuidador y el niño • O3.4. Nivel de conexión o cohesión familiar • O3.5. Nivel de capital social, tanto cognitivo (nivel de confianza y reciprocidad dentro de las comunidades) como estructural (membresía y participación en las redes sociales, grupos civiles o comunitarios) • O3.6. Porcentaje de comunidades objetivo (como pueblos o vecindarios) donde se han tomado medidas para identificar, activar o reforzar los recursos locales que fomentan el bienestar y desarrollo psicosocial • O3.7. Porcentaje de comunidades objetivo en las que se han organizado rituales comunitarios para las personas fallecidas • O3.8. Porcentaje de estructuras sociales formales e informales que incluyen actividades o apoyos específicos de salud mental o psicosociales • O3.9. Cantidad de personas afectadas que usan diferentes estructuras sociales formales e informales (como escuelas o educación informal para niños y niñas de todas las edades, atención de salud, servicios sociales, programas de desarrollo de la primera infancia, grupos de mujeres y clubes de jóvenes) • O3.10. Cantidad de personas en grupos de riesgo que participan en oportunidades de medios de vida • O3.11. Cantidad de niños y niñas con oportunidades de participar en el aprendizaje de habilidades socioemocionales adecuadas para su desarrollo

Objetivo general	Indicadores de impacto del objetivo clave (Gi)
<p>4. Las comunidades y las familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales (O4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O4.1. Cantidad de personas con problemas de salud mental y psicosociales que informan haber recibido apoyo adecuado de sus familiares • O4.2. Capacidad de los cuidadores para hacer frente a los problemas (por ejemplo, por medio de habilidades de manejo del estrés, de gestión de conflictos, de resolución de problemas, para la crianza, conocimiento de dónde buscar ayuda o información y recursos necesarios para acceder a la atención) • O4.3. Nivel de capital social de las personas con problemas de salud mental y psicosociales (tanto cognitivos como estructurales) • O4.4. Percepciones, conocimientos, actitudes (incluido el estigma) y comportamientos de miembros de la comunidad, las familias y/o los proveedores de servicios hacia personas con problemas de salud mental y psicosociales
<p>5. Las personas con problemas de salud mental y psicosociales recurren a una atención focalizada y apropiada (O5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O5.1. Porcentajes de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que cuentan con personal capacitado para identificar los trastornos mentales y para apoyar a las personas con problemas de salud mental y psicosociales • O5.2. Porcentajes de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que cuentan con personal que recibe supervisión para identificar trastornos mentales y para apoyar a personas con problemas de salud mental y psicosociales • O5.3. Porcentajes de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que tienen y aplican procedimientos para la remisión de personas con problemas de salud mental y psicosociales • O5.4. Cantidad de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben atención psicosocial y psicológica focalizada (como primera ayuda psicológica, vinculación de personas con problemas psicosociales con recursos y servicios, manejo de casos, asesoramiento psicológico, psicoterapia u otras intervenciones psicológicas) • O5.5. Cantidad de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben tratamiento clínico de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, a través de servicios médicos (atención de salud primaria, secundaria o terciaria) • O5.6. Cantidad de personas por grupo de riesgo (por ejemplo, niños no acompañados o separados, niños asociados con grupos armados, sobrevivientes de violencia sexual) que reciben atención focalizada (como primera ayuda psicológica, vinculación de personas con problemas psicosociales con recursos y servicios, manejo de casos, asesoramiento psicológico, psicoterapia o tratamiento clínico de trastornos mentales) • O5.7. Porcentaje de programas de SMAPS focalizados y disponibles que ofrecen una atención con base empírica pertinente para la cultura, el contexto y la edad del grupo objetivo • O5.8. Nivel de satisfacción de las personas con problemas de salud mental y psicosociales y/o de sus familias con respecto a la atención que recibieron

CAPÍTULO 5

Descripción de los resultados e indicadores del marco

Los resultados del marco común se relacionan con aspectos específicos y con las listas de acciones de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes; por lo tanto, cada resultado tiene una justificación que ayuda a explicar su propósito.

Además, en los resultados y los indicadores de resultados correspondientes se usa una variedad de términos importantes que podrían tener diferentes significados para distintas personas. En este capítulo se ofrece información sobre la relación de los resultados con la guía y las ideas detrás de los términos clave que se utilizan tanto en los resultados como en los indicadores.



© Claire Marie Whitney



LAS RESPUESTAS DE EMERGENCIA NO CAUSAN DAÑO Y SON DIGNAS, PARTICIPATIVAS, DE APROPRIACIÓN COMUNITARIA, Y SOCIAL Y CULTURALMENTE ACEPTABLES.

Se relaciona con los resultados incluidos en las listas de acciones de la Guía del IASC: 3.3, 5.1, 6.1, 6.4, 7.1, 8.1, 9.1, 10.1, 11.1

Justificación: Es esencial abordar los factores de estrés y prevenir los daños causados por respuestas de emergencia inadecuadas, con el fin de promover y proteger el bienestar psicosocial, prevenir la angustia y, posiblemente, prevenir trastornos, además de garantizar la apropiación comunitaria y la existencia de mecanismos de protección.

Términos clave y descripciones relacionados con el resultado 1:

- » **Las respuestas de emergencia** incluyen todas las actividades de respuesta de emergencias internacionales, nacionales y comunitarias en cualquier sector (como, por ejemplo, nutrición, agua y saneamiento, salud).
- » **No causar daño** consiste en garantizar que las respuestas de emergencia no pongan en riesgo a las personas (física, mental, social, material, emocional o jurídicamente) ni causen más daños a las poblaciones afectadas, incluidos los posibles daños por parte del personal humanitario, violaciones de los derechos humanos (incluidas las violaciones de la privacidad y la dignidad) o la reproducción de desequilibrios de poder perjudiciales (nuevos o existentes) en los procesos de toma de decisiones.
- » **Digno** se refiere al resultado esperado de las respuestas de emergencia que valoran las preocupaciones de las personas afectadas, las tratan con respeto como sujetos y no como objetos, y permiten que segmentos de las comunidades afectadas guíen e informen la respuesta de emergencia, incluidas personas o grupos que puedan requerir atención especial.
- » **Participativo** se refiere a la participación de los miembros de la comunidad en la respuesta de emergencia, pero además implica que la participación comunitaria es voluntaria, no representa una carga adicional y es consciente de las capacidades y las circunstancias de la

población afectada.

- » **La apropiación comunitaria** se refiere a las acciones que garantizan que las personas, incluidos los miembros de grupos marginados, contribuyen a priorizar, planificar e implementar el trabajo destinado a mejorar sus circunstancias. La propiedad comunitaria se verifica cuando las comunidades tienen la facultad de tomar decisiones clave relacionadas con el tipo de ayuda que se presta y la manera en que se brinda. Ello supone movilizar a las comunidades y reconocer y/o fortalecer las capacidades de las estructuras comunitarias existentes, ya sean formales o informales.
- » **La aceptación social y cultural** describe las respuestas de emergencia que son sensibles a las normas y los valores de la población afectada y que deben respetarse en la forma en que se llevan a cabo las acciones de las respuestas de emergencia. Describe la consideración de la diversidad de valores culturales y sociales en la población afectada, así como el reconocimiento de que las situaciones de emergencia a menudo provocan cambios en las prácticas que pueden ser apoyadas por algunos miembros de la comunidad, pero que pueden causar preocupación a otros.*
- » **Información accesible** se refiere a información a la que pueden acceder todas las personas por igual de forma que puedan entenderla, y que dicha información sea culturalmente apropiada, respetuosa, precisa y útil. Es posible que esto implique que la información deba ser adaptada para distintos grupos en función de su edad, idioma, género o para personas con capacidades diferentes (por ejemplo, que sea accesible para personas con discapacidad o un nivel bajo de alfabetización), y que pueda compartirse de diferentes maneras (por escrito, ilustraciones) o a través de una variedad de plataformas (por ejemplo, carteles, radio, folletos, servicios para personas con discapacidad). La información no debe distribuirse o incluir material que pueda suponer un riesgo para ciertas personas o grupos (por ejemplo, que contenga información políticamente delicada).

* Debido a que algunas prácticas locales causan daño, los trabajadores humanitarios deben pensar críticamente y apoyar las prácticas locales solo si se corresponden con los estándares internacionales de derechos humanos.

INDICADORES DEL RESULTADO 1

- » **01.1.** Porcentaje de personas afectadas que informan que las respuestas de emergencia (i) se ajustan a los valores locales, (ii) son apropiadas y (iii) se brindan respetuosamente
- » **01.2.** Porcentaje de personas afectadas que informan haber participado activamente en diferentes etapas de la respuesta de emergencia (participando, por ejemplo, en la evaluación de necesidades, el diseño del programa, la implementación y las actividades de monitoreo y evaluación)
- » **01.3.** Porcentaje de comunidades objetivo donde se ha dado la facultad a los residentes locales de diseñar, organizar e implementar respuestas de emergencia
- » **01.4.** Porcentaje de personal capacitado y que sigue directrices (por ejemplo, la Guía del IASC) sobre cómo evitar daños
- » **01.5.** Cantidad de acontecimientos negativos que los beneficiarios perciben como consecuencia de las intervenciones humanitarias o de SMAPS
- » **01.6.** Cantidad de personas afectadas que conocen los códigos de conducta de los trabajadores humanitarios y saben cómo plantear sus inquietudes sobre incumplimientos
- » **01.7.** Cambios programáticos realizados después de haberse registrado comentarios a través de mecanismos de retroalimentación
- » **01.8.** Percepción de las necesidades atendidas (es decir, necesidades percibidas como problemas graves por las propias personas afectadas, como los problemas percibidos de albergue o de medios de vida)
- » **01.9.** Porcentaje de personas afectadas que informan haber recibido oportunamente información accesible sobre (i) la emergencia, (ii) la respuesta de emergencia y (iii) los métodos de autoayuda para un afrontamiento positivo o para su bienestar.



RESULTADO



LAS PERSONAS ESTÁN SEGURAS Y PROTEGIDAS, Y SE ABORDAN LAS VULNERACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS.

Se relaciona con los resultados incluidos en las listas de acciones de la Guía del IASC: 3.1, 3.2, 3.3, 6.2, 6.3, 8.1

Justificación: Sentirse seguro y estar protegido puede reducir los problemas de salud mental y psicosociales, o evitar que estos surjan o empeoren. Ofrecer oportunidades para que se haga justicia después de actos o causas de violaciones puede contribuir a la recuperación social y psicológica de las personas afectadas, incluidas las personas que padecen enfermedades mentales y que viven con cuidadores formales o informales.

Términos clave y descripciones relacionados con el resultado 2:

En coordinación con los mecanismos de protección existentes, los agentes de SMAPS tienen el cometido de contribuir a la creación de condiciones para que los miembros de la comunidad puedan hacer frente a las amenazas y la vulneración de los derechos humanos de forma segura.

» **Estar seguro** puede derivarse de: (i) posibilitar a los miembros de la comunidad para que reconozcan, prevengan y respondan a los peligros o las amenazas; (ii) responder a las formas en que estos peligros o amenazas repercuten en el bienestar emocional, social y psicológico; (iii) apoyar a las personas afectadas por violaciones de derechos, incluidas las que viven en situaciones de cuidados formales o informales, para hacer frente a los riesgos, las amenazas o los daños existentes; (iv) crear sistemas funcionales de remisión, medidas y redes de rendición de cuentas; (v) emprender acciones de abogacía sobre las formas en que las amenazas y la vulneración de derechos humanos afectan a las personas; (vi) ayudar a las comunidades a acceder a los procesos de justicia; (vii) fortalecer la capacidad de la comunidad y del Estado (es decir, los garantes de derechos) para identificar, mitigar y responder ante posibles riesgos; (viii) abordar las condiciones subyacentes que pueden dar lugar a la violencia a nivel individual, familiar y entre compañeros o en las escuelas y en la comunidad. El apoyo a las personas que sufren angustia o padecen alguna enfermedad también puede mejorar su protección y ayudarlas a sentirse más seguras. Cuando las personas gozan de seguridad y bienestar, son menos propensas a ser víctimas o a cometer abusos, lo que puede contribuir a reducir el daño cíclico hacia los demás.

- » **Estar protegido** se relaciona con garantizar que existan sistemas que ayuden a prevenir o a reducir los efectos de las amenazas o de la vulneración de los derechos humanos. Este es un resultado que puede derivarse del trabajo relacionado con la protección de los derechos y la creación de entornos de protección. Ello puede requerir el reconocimiento (y la acción) en cuestiones de justicia, reparación o derechos legales. Incluye la comprensión del contexto y enfoques que ayudan a las personas afectadas a abordar los factores estructurales que influyen en su bienestar y recuperación.
- » **Abordar la vulneración de los derechos humanos** se refiere a los aspectos de monitoreo, presentación de informes, documentación, acompañamiento o apoyo a las personas de todas las edades para buscar justicia por vulneraciones de los derechos humanos, cuando las condiciones locales lo permiten. Muchas consideraciones son importantes al abordar la vulneración de los derechos humanos, que incluyen, entre otras, las siguientes:
 - ▶ Las condiciones locales pueden dar lugar a la necesidad de crear o fortalecer los procesos para abordar las vulneraciones de los derechos humanos dentro de los marcos de la legislación y las costumbres locales.
 - ▶ Las medidas para abordar las vulneraciones pueden adoptarse antes (esto es, prevención), durante o después de haberse cometido.
 - ▶ Algunos grupos pueden encontrarse especialmente expuestos a las violaciones de sus derechos y al daño, a menudo debido a las vulnerabilidades o la discriminación ya existentes antes de la emergencia (como, por ejemplo, personas con enfermedades mentales graves, niños y adultos en entornos institucionales, etc.).
 - ▶ Los agentes de SMAPS pueden trabajar con estructuras o mecanismos que responden a las cuestiones de seguridad, protección y justicia, o con las comunidades, las familias y las personas que buscan acceder o involucrarlos.
 - ▶ Puede necesitarse apoyo técnico para documentar las vulneraciones de los derechos humanos, que comprenda garantizar la seguridad, la protección y la gestión ética de la información personal.



INDICADORES DEL RESULTADO 2

- » **O2.1.** Cantidad de violaciones de los derechos humanos denunciadas
- » **O2.2.** Porcentaje de comunidades objetivo (es decir, pueblos, vecindarios o instituciones como hospitales psiquiátricos u orfanatos) con mecanismos formales o informales que se ocupan de la protección, el monitoreo y la notificación de riesgos de seguridad o de grupos de riesgo (por ejemplo, niños, mujeres y personas con trastornos mentales graves)
- » **O2.3.** Porcentaje de comunidades objetivo en las que los representantes de los grupos objetivo son incluidos en los procesos de toma de decisiones sobre su seguridad
- » **O2.4.** Porcentaje de los miembros del grupo objetivo que, tras haberse capacitado, utilizan las nuevas competencias y conocimientos para la prevención de riesgos y la remisión
- » **O2.5.** Cantidad de miembros de grupos de riesgo (como niños o sobrevivientes de violencia sexual) que usan espacios seguros
- » **O2.6.** Porcentaje de miembros del grupo objetivo (como la población en general o los grupos de riesgo) que se sienten seguros
- » **O2.7.** Cantidad de mecanismos de protección (como servicios sociales o redes de protección comunitaria) y/o cantidad de personas que reciben ayuda de mecanismos de protección formales o informales
- » **O2.8.** Cantidad de personas que han denunciado la vulneración de derechos humanos y han dado a conocer sus percepciones sobre las respuestas de las instituciones que atienden su caso.

RESULTADO



LA FAMILIA, LA COMUNIDAD Y LAS ESTRUCTURAS SOCIALES PROMUEVEN EL BIENESTAR Y EL DESARROLLO DE TODOS SUS MIEMBROS.

Se relaciona con los resultados incluidos en las listas de acciones de la Guía del IASC: 5.2, 5.3, 5.4, 7.1, 8.2

Justificación: El desarrollo humano, la salud mental y el bienestar psicosocial ocurren en el contexto de las relaciones y conexiones sociales, que a menudo se ven interrumpidas en las situaciones de emergencia. Esto puede afectar negativamente el bienestar. La protección, el restablecimiento y la transformación positiva de las estructuras familiares y comunitarias pueden crear un entorno de apoyo para mantener el bienestar de sus miembros y fomentar la recuperación psicológica y social.

Términos clave y descripciones relacionados con el resultado 3:

» **Las estructuras familiares, comunitarias y sociales** (a veces vistas como “sistemas”) pueden ser formales o informales. Pueden proporcionar un entorno para la cohesión social y generar confianza para que las personas puedan recibir apoyo de una red social más amplia. El apoyo social, comunitario y familiar permite que las personas aprendan y se adapten continuamente para cumplir los objetivos de desarrollo. Esto es especialmente cierto en el caso de niños y adolescentes, pero también puede aplicarse a los adultos que necesitan adaptarse a los cambios en las circunstancias de vida o para aprovechar nuevas oportunidades. Algunos ejemplos de este tipo de estructuras son, entre otros, sistemas de búsqueda y reunificación familiar, estructuras educativas formales, sistemas religiosos o espirituales, prácticas comunitarias tradicionales, estructuras de salud, instituciones o

estructuras informales, tales como grupos de mujeres, organizaciones/clubes de niños o jóvenes o grupos de abogacía.

- » **El desarrollo**, en lo que se refiere al desarrollo humano, tiene dos dimensiones:¹⁷ (i) mejorar directamente las capacidades humanas, para asegurar una vida larga y saludable, el conocimiento y un nivel de vida decente, y (ii) crear condiciones para que las personas puedan participar en la vida política y comunitaria, procurar la sostenibilidad ambiental y gozar de la seguridad humana, los derechos y la igualdad de género. El desarrollo humano se produce durante todo el ciclo de vida. Por lo tanto, tiene que ver con cualquier grupo etario, cumpliendo hitos de desarrollo apropiados para la edad y procurando ayudar a las personas, individual o colectivamente, a fin de aumentar sus opciones de vida, sus oportunidades y su potencial para tener una posibilidad razonable de llevar una vida productiva y creativa, a la que den valor.
- » **“Todos los miembros”** se refiere al hecho de que estas estructuras deben incluir a todos los miembros de la comunidad (es decir, personas de cualquier edad o género, nivel de educación, estado de salud, discapacidad, antecedentes familiares, afiliación religiosa o de grupos étnicos/sociales, etc.).

INDICADORES DEL RESULTADO 3

- » **O3.1.** Cantidad de niños reunificados con sus familiares o que se encuentran en otras modalidades de cuidado adecuadas según sus necesidades específicas y su interés superior
- » **O3.2.** Alcance de los conocimientos y las habilidades de los cuidadores en materia de crianza y desarrollo infantil
- » **O3.3.** Calidad de las interacciones entre el cuidador y el menor
- » **O3.4.** Nivel de conexión o cohesión familiar*
- » **O3.5.** Nivel de capital social, tanto cognitivo (nivel de confianza y reciprocidad en las comunidades) como estructural (membresía y participación en redes sociales, grupos civiles o comunitarios)
- » **O3.6.** Porcentaje de comunidades objetivo (como pueblos o vecindarios) donde se han tomado medidas para identificar, activar o reforzar los recursos locales que fomentan el bienestar y el desarrollo psicosocial
- » **O3.7.** Porcentaje de comunidades objetivo en las que se han organizado rituales comunitarios para las personas fallecidas
- » **O3.8.** Porcentaje de estructuras sociales formales e informales que incluyen actividades o asistencia de salud mental y psicosociales específicos
- » **O3.9.** Cantidad de personas afectadas que usan diferentes estructuras sociales formales e informales (como escuelas o educación informal para niños de todas las edades, atención de salud, servicios sociales, programas de desarrollo de la primera infancia, grupos de mujeres y clubes de jóvenes)
- » **O3.10.** Cantidad de personas en grupos de riesgo implicados en las oportunidades de medios de vida
- » **O3.11.** Cantidad de niños con oportunidades para participar en el aprendizaje de habilidades socioemocionales adecuadas para su desarrollo.

* Si bien no existe una comprensión ampliamente aceptada de la cohesión social, las definiciones actuales se centran en nociones como el sentido de pertenencia, la participación, el nivel de apego al grupo y los resultados sociales y económicos compartidos (equidad).¹⁸

RESULTADO 4 LAS COMUNIDADES Y LAS FAMILIAS APOYAN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y PSICOSOCIALES

4

Se relaciona con los resultados incluidos en las listas de acciones de la Guía del IASC: 5.2, 5.3, 5.4, 6.3, 6.4, 6.5

Justificación: Los apoyos comunitarios y familiares pueden ayudar a las personas o grupos con problemas de salud mental y psicosociales. Generalmente, estas son las primeras medidas de apoyo que reciben las personas que experimentan problemas de salud mental y psicosociales. Las familias y los cuidadores son la fuente más importante de protección y bienestar para los niños. Dicho apoyo puede fortalecerse, debilitarse o incluso volverse disfuncional después de una emergencia. Establecer, restablecer o fortalecer estos apoyos puede garantizar que las personas con problemas de salud mental y psicosociales puedan ser atendidas en sus familias y comunidades, especialmente en contextos de servicios formales escasos o limitados.

Términos clave y descripciones relacionados con el resultado 4:

- » **La salud mental y los problemas psicosociales** pueden incluir problemas sociales (como violencia sexual o discriminación), angustia psicológica, trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, discapacidad intelectual o cualquier combinación de estos.
- » **La comunidad** incluye a miembros de la comunidad, instituciones formales e informales (como escuelas, centros de salud, instituciones religiosas, grupos de apoyo para cuidadores y cuidado de relevo en el vecindario).
- » **El apoyo de la comunidad y la familia** ocurre cuando:
 - ▶ Las familias ayudan a satisfacer las necesidades individuales de las personas con problemas de salud mental y psicosociales (por ejemplo, respondiendo a la angustia psicológica o ayudándolas en tareas diarias difíciles).
 - ▶ Los miembros de la comunidad brindan apoyo (por ejemplo, organizando prácticas culturales o de curación, proporcionando empleo y/o alentando a otros en su comunidad a respetarlas e incluirlas, por ejemplo, evitando la discriminación o incentivando activamente la inclusión social).

- ▶ Las instituciones comunitarias facilitan el acceso y la inclusión de personas con problemas de salud mental y psicosociales (por ejemplo, incluyendo a personas con enfermedades mentales graves en oportunidades de sustento o incluyendo a niños con trastornos del desarrollo en la educación).
- ▶ El apoyo comunitario y familiar busca reducir el sufrimiento al aliviar la carga del estrés, el miedo, la inseguridad y la discriminación y ayuda a otros a aumentar sus contribuciones funcionales a la vida comunitaria y familiar. Las comunidades y las familias pueden movilizarse o fortalecerse para ayudar a individuos y grupos que no tienen redes de apoyo, como niños huérfanos u otras personas que requieren protección especial.

Es importante reconocer que las comunidades y las familias mismas pueden contribuir a la generación y el mantenimiento de problemas de salud mental y psicosociales. También pueden limitar el acceso a oportunidades y servicios para personas con problemas de salud mental y psicosociales. Por lo tanto, puede ser necesario complementar las actividades de SMAPS que se centran en este resultado con intervenciones adicionales centradas en la comunidad para apoyar directamente a las personas necesitadas.



INDICADORES DEL RESULTADO 4

- » **O4.1.** Cantidad de personas con problemas de salud mental y psicosociales que informan haber recibido un apoyo adecuado de sus familiares
- » **O4.2.** Capacidad de los cuidadores para hacer frente a los problemas (por ejemplo, por medio de habilidades de manejo del estrés, de gestión de conflictos, de resolución de problemas, de crianza de los hijos, conocimiento de dónde buscar ayuda o información y recursos necesarios para acceder a la atención)
- » **O4.3.** Nivel de capital social de las personas con problemas de salud mental y psicosociales (tanto cognitivos como estructurales)
- » **O4.4.** Percepciones, conocimientos, actitudes (incluido el estigma) y comportamientos de los miembros de la comunidad, las familias y/o los proveedores de servicios hacia las personas con problemas de salud mental y psicosociales.

RESULTADO



LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y PSICOSOCIALES RECURREN A UNA ATENCIÓN FOCALIZADA Y APROPIADA.

Se relaciona con los resultados incluidos en las listas de acciones de la Guía del IASC: 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 8.2

Justificación: Las personas de cualquier edad con problemas de salud mental y psicosociales identificados pueden necesitar atención focalizada más allá de los apoyos que están disponibles a través de recursos familiares o comunitarios. En dichos casos, el acceso a la atención focalizada puede ayudar a asegurar la salud mental, el bienestar y la recuperación de las personas afectadas.

Términos clave y descripciones relacionados con el resultado

5:

- ▶ **La salud mental y los problemas psicosociales** pueden incluir problemas sociales (como violencia sexual o discriminación), angustia psicológica, trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, discapacidad intelectual o cualquier combinación de estos.
- ▶ **El uso de una atención focalizada y apropiada** indica que la atención focalizada prestada a las personas es accesible, utilizada y resulta útil en una o más formas (por ejemplo, mejorando la funcionalidad, afrontando la situación, reduciendo los síntomas de enfermedades mentales, aumentando los apoyos sociales, reduciendo los problemas sociales, etc., sin efectos adversos graves). Para permitir los mayores beneficios posibles de la atención focalizada, se deben proporcionar enfoques e intervenciones factibles basados en evidencia para abordar necesidades específicas. Esto también podría requerir atención

focalizada que se adapte y sea pertinente para satisfacer las necesidades de grupos específicos, como niños, mujeres y niñas, personas con problemas de desarrollo o personas que viven con otras discapacidades.

- ▶ **Atención apropiada** significa que las personas reciben asistencia individual y tratamiento específico para sus necesidades, en conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos.* Subraya que el “acceso a la atención apropiada” está disponible y es inclusivo, accesible, aceptable y de buena calidad. El acceso adecuado debe ser proporcionado por garantes (como los Estados nación), pero puede ser necesario que sea provisto temporalmente por actores no estatales (como organizaciones no gubernamentales) en contextos de emergencia, recuperación y desarrollo.
- ▶ **La atención especializada** puede ser brindada por profesionales especializados (como psiquiatras calificados, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), por asesores/ayudantes no expertos capacitados o por proveedores de servicios capacitados que no están necesariamente especializados en la atención de SMAPS (tales como enfermeros/médicos generales, trabajadores comunitarios de la salud y maestros de escuela). La atención focalizada podría ir desde servicios comunitarios hasta servicios hospitalarios y desde apoyos informales a formales.**

* Como la Observación General n.º 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), así como el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), y el Artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008).

** Por ejemplo: (i) las personas con problemas sociales pueden necesitar acceso a servicios sociales y de protección especializados, así como a redes de apoyo más genéricas (por ejemplo, grupos recreativos, grupos de madres, etc.) para facilitar la rehabilitación y la reintegración a la vida comunitaria, (ii) personas que experimentan pena y angustia aguda pueden necesitar acceso a un apoyo psicológico básico, apoyo social de familiares y miembros de la comunidad y experiencias de luto culturalmente apropiadas, (iii) las personas con afecciones mentales necesitan acceso a atención de salud mental y servicios/apoyos sociales más genéricos de las personas, las familias y las comunidades a su alrededor.

INDICADORES DEL RESULTADO 5

Algunos indicadores del resultado 5 reflejan servicios y términos superpuestos que pueden ser usados de manera diferente por ciertos profesionales (por ejemplo, la cantidad de personas que reciben atención psicosocial, intervenciones psicológicas y tratamiento clínico). Sin embargo, estos se presentan de manera separada en los indicadores para permitir que los encargados de la implementación utilicen el enfoque más adecuado para sus intervenciones.

- » **O5.1.** Porcentajes de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que tienen personal capacitado para identificar los trastornos mentales y para apoyar a las personas con problemas de salud mental y psicosociales
- » **O5.2.** Porcentajes de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que tienen personal que recibe supervisión para identificar los trastornos mentales y para apoyar a las personas con problemas de salud mental y psicosociales
- » **O5.3.** Porcentajes de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que tienen y aplican procedimientos para la remisión de personas con problemas de salud mental y psicosociales
- » **O5.4.** Cantidad de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben atención psicosocial y psicológica focalizada (como primeros auxilios psicológicos, vinculación de personas con problemas psicosociales con recursos y servicios, manejo de casos, asesoramiento psicológico, psicoterapia u otras intervenciones psicológicas)
- » **O5.5.** Cantidad de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben tratamiento clínico de trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias a través de servicios médicos (atención de salud primaria, secundaria o terciaria)
- » **O5.6.** Cantidad de personas por grupo de riesgo (por ejemplo, niños no acompañados o separados, niños asociados con grupos armados, sobrevivientes de violencia sexual) que reciben atención focalizada (como primeros auxilios psicológicos, vinculación de personas con problemas psicosociales con recursos y servicios, manejo de casos, asesoramiento psicológico, psicoterapia o tratamiento clínico de trastornos mentales)
- » **O5.7.** Porcentaje de programas de SMAPS focalizados y disponibles que ofrecen atención

basada en evidencia pertinente para la cultura, el contexto y la edad del grupo objetivo

- » **O5.8.** Nivel de satisfacción de las personas con problemas de salud mental y psicosociales y/o sus familias con respecto a la atención que recibieron.



CAPÍTULO 6

Consejos prácticos para utilizar el marco común

Cada programa de SMAPS es único. Qué programas de SMAPS y la manera en que se implementarán dependerá del contexto, las necesidades evaluadas, la experiencia y la capacidad de la organización o los socios ejecutores, y los recursos locales, así como la capacidad, el tiempo, el presupuesto y otras consideraciones. NO se espera que un programa de SMAPS utilice cada resultado o indicador de este marco común. Tampoco se espera que el medio de verificación recomendado siempre sea el más adecuado para lo que se necesita medir. No obstante, se recomienda que los programas de SMAPS en situaciones de emergencia o los diseños de monitoreo y evaluación incluyan:

- » el objetivo general de este marco,
- » al menos UN indicador de impacto del objetivo, más
- » al menos UN medio de verificación recomendado relacionado con ese indicador de impacto del objetivo, más
- » al menos UN indicador de resultados del marco común.

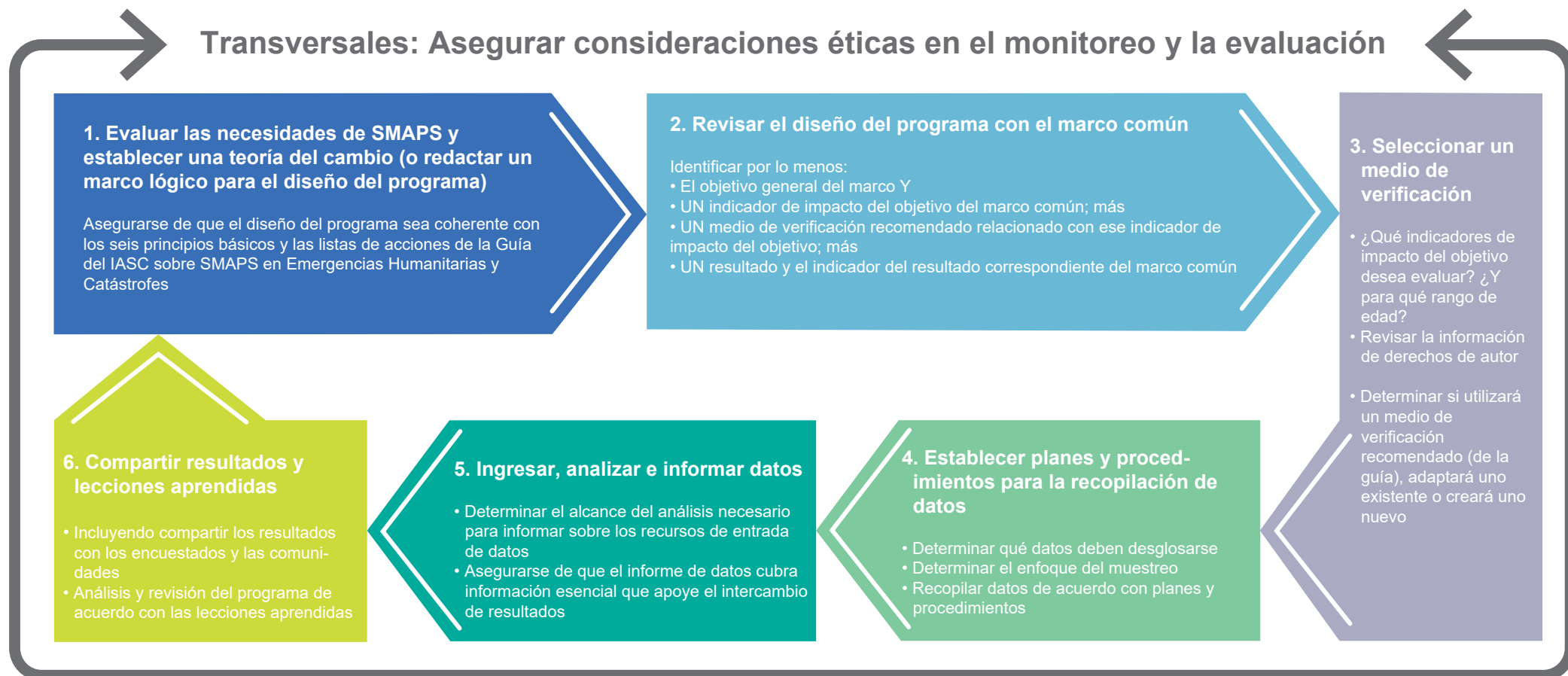
En consonancia con los esfuerzos de coordinación de emergencias (por ejemplo, grupos de trabajo sobre SMAPS de respuesta de emergencias), se pueden seguir los pasos que se muestran en el gráfico 3 para respaldar el uso de este marco común. **Los pasos siempre deben comenzar con una evaluación integral de SMAPS.** En función del trabajo que ya esté en marcha, también podría accederse a la información sobre SMAPS pertinente a través de otros actores. Es importante recordar que los programas de SMAPS siempre deben:

- » diseñarse en colaboración con las comunidades afectadas;
- » ser coherentes con los seis principios fundamentales y las listas de acciones de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes;
- » confirmar la idoneidad de los indicadores y de los medios de verificación con las comunidades en su contexto.



GRÁFICO 3

Organigrama que describe cómo los diseños individuales de programas de SMAPS y los planes de monitoreo y evaluación pueden incluir aspectos del marco común y medios de verificación



CAPÍTULO 7

Revisión del diseño del programa con el marco común

El marco común puede usarse de la manera que mejor se “adapte” al objetivo, los resultados y los productos previstos de varios programas de SMAPS. El marco ha sido diseñado para ser lo suficientemente amplio como para que sea pertinente para la mayoría de las iniciativas de SMAPS que suelen implementarse en situaciones de emergencia. Sin embargo, esto también puede significar que ciertos indicadores o resultados del marco común podrían relacionarse con una gama de actividades o programas. Por ejemplo, una intervención que alienta a las familias a cuidar mejor a los miembros del hogar que viven con trastornos mentales podría relacionarse con el resultado 2 (“Las personas están seguras, protegidas y se aborda la vulneración de los derechos humanos”), ya que el objetivo del proyecto es mantener seguras a las personas que viven con trastornos mentales y garantizar que se cumplan sus derechos a la protección y al tratamiento. Sin embargo, el mismo proyecto también podría relacionarse con el resultado 4 (“Las comunidades y las familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales”), ya que las actividades del proyecto pueden relacionarse con el empoderamiento de las familias a través del conocimiento y los recursos necesarios para brindar un mejor apoyo a los miembros de la familia que tienen problemas de salud mental. De manera similar, algunos medios de verificación pueden usarse para diferentes indicadores en diferentes niveles.

Actualmente, el marco presenta todos los medios de verificación como opciones para evaluar los indicadores de impacto clave a nivel de los objetivos. Sin embargo, algunos de estos mismos medios de verificación también pueden ser apropiados para ser utilizados en indicadores a nivel de los resultados. Por ejemplo, utilizando la enfermedad mental: La medida de la “Escala de actitudes de los médicos” (MICA-4) para evaluar el indicador de impacto del objetivo para el comportamiento social (Gi.5) también podría ser apropiada para evaluar el indicador a nivel de los resultados “Percepciones, conocimientos, actitudes (incluido el estigma) y comportamientos de miembros de la comunidad, familias y/o proveedores de servicios hacia personas con

Se recomienda que cada programa o proyecto de SMAPS utilice:

- ▶ El **OBJETIVO GENERAL** (adaptado según sea necesario); más
- ▶ al menos **UN indicador de impacto del objetivo** del objetivo del marco común; más
- ▶ al menos **UN medio de verificación recomendado** relacionado con ese indicador de impacto del objetivo; más
- ▶ al menos **UN resultado y el indicador de resultado correspondiente** del marco común.

problemas de salud mental” (O4.4).

En última instancia, el profesional que diseña el programa está facultado para hacer coincidir los resultados más adecuados con el indicador o los indicadores que lo acompañan y el medio de verificación del marco común. La orientación puede provenir del propio diseño del programa de SMAPS del profesional, de las actividades del programa, de la descripción de los resultados proporcionados en esta publicación o de las listas de acciones de las Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. El medio de verificación puede incluir las sugeridas en esta guía (ver capítulo 8 y anexos 8 y 9), medidas validadas localmente o alguna combinación de estas. En todo el plan de monitoreo y evaluación, los medios de verificación idealmente deberían incluir una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. En la selección final de indicadores de objetivos y resultados y medios de verificación relacionados, un experto en SMAPS y/o en monitoreo y evaluación debe revisar y confirmar el diseño propuesto, los medios de verificación, la recopilación de datos y los procedimientos de entrada de datos.

Para ayudar aún más a las organizaciones a usar el marco común, los anexos 4 a 7 proporcionan posibles escenarios de casos para cuatro intervenciones de SMAPS de comúnmente usadas en situaciones de emergencia. Los escenarios ayudan a demostrar cómo estos tipos de intervenciones y los diseños típicos de los programas de SMAPS pueden vincularse e integrarse con el marco común y con los medios de verificación recomendados. Aunque los escenarios de casos son versiones abreviadas de programas, es de esperar que proporcionen más orientación a los diseñadores de programas de SMAPS y planificadores de monitoreo y evaluación que buscan incorporar al menos un indicador de objetivo y al menos un indicador de resultado del marco común.

Seleccionar un medio de verificación

Los medios de verificación son las herramientas cuantitativas y cualitativas utilizadas para medir los indicadores. Los medios de verificación de los resultados pueden ser una simple recopilación de datos (por ejemplo, la cantidad de miembros de grupos de riesgo que utilizan espacios seguros). Sin embargo, la mayoría de los indicadores de impacto del objetivo necesitarán una evaluación más profunda. El proceso de selección de un medio de verificación, tal como se muestra en el gráfico 4, tiene varios pasos. Esto incluye decidir si se debe utilizar el medio de verificación recomendado (en los anexos 8 y 9), adaptar un medio de verificación diferente o crear uno nuevo. Las siguientes preguntas pueden ayudar a seleccionar el medio de verificación adecuado para su(s) indicador(es) y programa:

- » **¿Es relevante el enfoque de evaluación del medio de verificación? La relevancia** del enfoque de evaluación se refiere a la correspondencia entre el enfoque de evaluación (por ejemplo, una encuesta cuantitativa o una observación cualitativa) y lo que debe medirse (por ejemplo, el indicador). Por ejemplo, una herramienta de recopilación de datos que mida cuantitativamente los niveles de angustia en una población objetivo es relevante como medio de verificación para el indicador del objetivo del grado de angustia incapacitante prolongada. Algunos elementos importantes que pueden influir en la relevancia de los enfoques de evaluación pueden incluir el contexto, la discapacidad, la cultura, el idioma, el género, la orientación sexual, la edad y el nivel de desarrollo, la alfabetización, las habilidades y muchos otros.
- » **¿Es accesible el medio de verificación? La accesibilidad** se refiere a si las herramientas que se utilizarán están disponibles libremente y en formatos accesibles (por ejemplo, sin restricciones de derechos de autor o si un medio de verificación está disponible en el idioma necesario o en un formato accesible, como, por ejemplo, Braille, lengua de señas u otros formatos accesibles para las personas que viven con discapacidad).
- » **¿Es factible el medio de verificación? La factibilidad** se refiere a cuán fácil o difícil es administrar una herramienta de medición o un enfoque cualitativo. Esto puede ser en términos de tiempo, necesidades de recursos humanos o financieros, logística y si las personas evaluadas entienden las preguntas que se les hacen o las tareas que se les encargan.
- » **¿Es aceptable el medio de verificación? La aceptabilidad** se refiere a las actitudes de los usuarios de la herramienta de medición; es decir, si quienes administran el medio de

verificación y las personas cuya información se recopilará lo consideran una forma aceptable de recoger la información necesaria. La aceptabilidad incluirá asegurarse de que el medio de verificación no cause daño (por ejemplo, no genere estrés, vergüenza, angustia ni estigmatice a las personas) y de que recopile solo información esencial, evitando la recopilación de datos de manera innecesaria.

- » **¿Es confiable el medio de verificación? La confiabilidad** es la medida en que una herramienta produce resultados estables y congruentes a lo largo del tiempo, los evaluadores y las versiones de la misma herramienta.
- » **¿Es válido el medio de verificación? La validez** es la medida en que una herramienta mide lo que se supone que debe medir para un entorno, una población y un propósito en particular; y si las diferencias en los resultados son un fiel reflejo de las diferencias en las personas evaluadas. La validez del medio de verificación depende de numerosos factores, incluida la confiabilidad del medio de verificación, si su contenido es relevante o si el constructo que mide es válido en un contexto, grupo cultural o población determinados.

Todos los medios de verificación recomendados en este marco fueron revisados de acuerdo con la probabilidad de relevancia, accesibilidad, aceptabilidad, confiabilidad y validez (ver el anexo 2, que describe los criterios de selección de los medios de verificación). Asimismo, se consultó a los autores de los medios de verificación cuantitativos seleccionados para desarrollar la orientación incluida en el anexo 8, mientras que los materiales de orientación para los medios de verificación cualitativos enumerados en el anexo 9 fueron seleccionados de acuerdo con su accesibilidad, relevancia y factibilidad. Sin embargo, es posible que los medios de verificación no siempre cumplan con estos criterios en todos los entornos. En emergencias de SMAPS, las condiciones son siempre diferentes y cambiantes. Aunque la mayoría de los medios de verificación (de acuerdo con los indicadores y edades) proporcionados en este marco de monitoreo y evaluación son potencialmente útiles en la mayoría de las situaciones, es importante considerar estos factores en cada diseño de programa y ubicación geográfica únicos y evaluar los medios de verificación en relación con estos criterios. Esto también respaldará la decisión de utilizar o adaptar un medio de verificación existente o de crear uno nuevo.

Al seleccionar el medio de verificación para su(s) indicador(es), es probable que una integración de métodos tanto cualitativos como cuantitativos proporcione la información más útil.¹⁹ La información cuantitativa puede proporcionar datos estadísticos para mostrar el nivel de cambio (si lo hubiere), mientras que los datos cualitativos pueden generar información para mostrar la profundidad, el tipo o el proceso del cambio.



RECUADRO 2

USO DE MEDIDAS PROMETEDORAS, CULTURALMENTE

ESPECÍFICAS O MEDIOS DE VERIFICACIÓN NO INCLUIDOS EN ESTAS RECOMENDACIONES

Existe una serie de medios de verificación potencialmente útiles que pueden no estar incluidos en esta guía. Estos incluyen medios de verificación desarrollados localmente, medios de verificación específicos de la organización u otras medidas prometedoras. Es probable que dichos medios de verificación no cumplieran con los criterios para su inclusión en este documento. Por ejemplo, es posible que no se hayan utilizado en diversos entornos o que no hayan estado disponibles en múltiples idiomas, o que la información clave sobre sus propiedades de medición no haya estado disponible (consulte el anexo 2 para conocer el proceso de selección de los medios de verificación).

Los programas de SMAPS no están obligados a utilizar únicamente los medios de verificación incluidos en esta guía. En muchos contextos, las organizaciones locales o los socios desarrollan herramientas de medición específicas para su propia cultura, idioma, situación o intervenciones que se están aplicando. Las medidas nuevas también pueden estar siendo sometidas a pruebas piloto o a un proceso de investigación. Suponiendo que estas medidas son relevantes para lo que se está evaluando y cumplen (o se está evaluando que cumplan) múltiples criterios de factibilidad, utilidad, fiabilidad y validez, se recomienda su uso, particularmente cuando son lógica o culturalmente específicas.

DESARROLLAR Y UTILIZAR INDICADORES PARTICIPATIVOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Siempre se debe consultar a las poblaciones afectadas cuando se seleccionan los indicadores y sus medios de verificación. Esto ayuda a garantizar que lo que se está midiendo esté en consonancia con las ideas y normas culturales, y que los medios de verificación sean apropiados para las comunidades. También es factible que las poblaciones afectadas identifiquen y desarrollen indicadores únicos para sus propias culturas, idiomas y contextos; y que dichos indicadores sean medibles por medios de verificación determinados localmente.

El “SEE_PET” (adaptado de un enfoque conocido como Evaluación Etnográfica Paso a Paso: Proceso de Evaluación Participativa) es un método participativo rápido para desarrollar indicadores de bienestar psicosocial en un contexto cultural específico. También involucra a los miembros de la comunidad para poner en práctica sus propias definiciones de bienestar psicosocial y puede llevar a establecer cómo pueden medirse los aspectos de un programa psicosocial para determinar su éxito respecto al cumplimiento de los resultados. Para obtener más información sobre el SEE_PET, consulte el capítulo 16 de la Organización Internacional para las Migraciones. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. Ginebra: OIM, 2019.

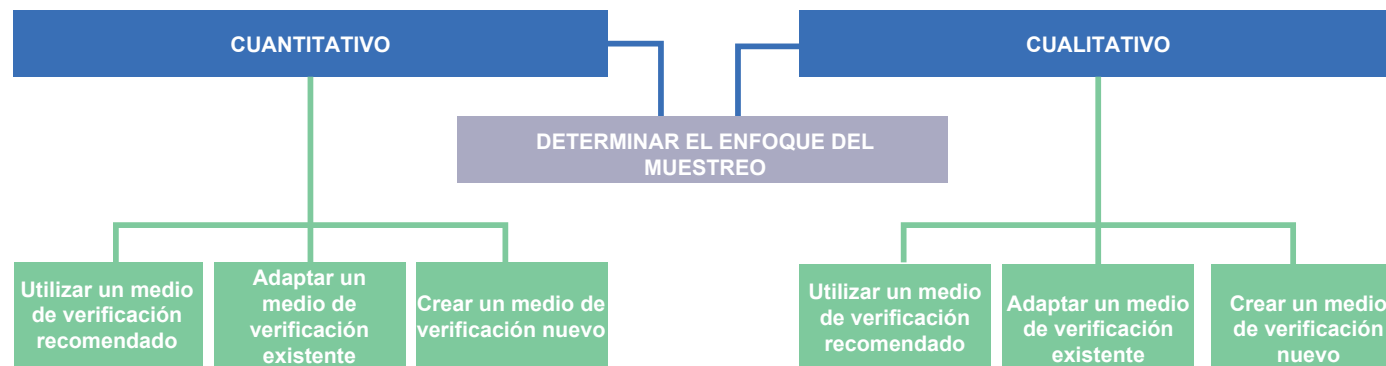
GRÁFICO 4

Decisiones que tomar al seleccionar un medio de verificación

Seleccionar medios de verificación (una medida)

¿Qué indicador del objetivo desea evaluar? ¿Y para qué rango de edad?

Funcionamiento	Bienestar subjetivo	Angustia o síntomas incapacitantes	Afrontamiento	Conexión social	Comportamiento social
0 – 5 años	6 – 11 años	12 – 17 años	18 – 24 años	25 – 59 años	60+ años



Medios de verificación. Un buen plan de monitoreo y evaluación debe incluir medios de verificación tanto cuantitativos como cualitativos. Sin embargo, al seleccionar qué medios de verificación y enfoques cuantitativos y cualitativos utilizar, es posible que deban considerarse por separado.

REVISAR LA INFORMACIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los derechos de autor son la forma legal en que un autor (o una corporación) pueden proteger su trabajo. Es un tipo de propiedad intelectual* que proporciona derechos exclusivos de publicación, distribución y uso para el propietario de los derechos de autor. Esto significa que cualquier contenido que se publique no puede ser utilizado, republicado o modificado por nadie más sin el consentimiento del autor (o en este caso, el creador o propietario de los derechos de autor del medio de verificación). También significa que si se lo utiliza o se hace referencia en otra publicación (por ejemplo, en un informe de monitoreo y evaluación), se debe incluir la cita oficial de ese trabajo.

Aunque los medios de verificación recomendados en este marco se pueden utilizar de forma gratuita, puede haber costos relacionados con la adaptación de una herramienta existente o el uso de una medida que no se haya incluido en esta guía. Es **fundamental** que se tengan en cuenta los derechos de autor al utilizar cualquier medio de verificación, ya sea de esta guía o de otro material. Si no está seguro de si puede utilizar (o adaptar) una herramienta de manera legítima, asegúrese de comunicarse con el autor de la herramienta, informándole sobre los planes para hacer uso de ella (y/o adaptarla) y solicitar su permiso.

*Ver: <https://techterms.com/definicion/intellectualproperty>



© Cruz Roja Italiana/Emiliano Albensi

UTILIZAR UN MEDIO DE VERIFICACIÓN RECOMENDADO

Los medios de verificación cuantitativos y cualitativos proporcionados en este marco han sido sometidos a un proceso de selección exhaustivo (ver anexo 2). Sin embargo, antes de utilizar estos medios de verificación, recuerde lo siguiente:

- » Verificar todos los elementos e instrucciones para el medio de verificación, comenzando con la información proporcionada en los anexos 8 y 9.
- » Evaluar si es probable que el medio de verificación sea válido en el contexto y para las personas que evaluará (por ejemplo, realice una revisión documental para ver si alguna investigación local sugiere que una determinada medida podría no ser válida con grupos o comunidades locales; comuníquese con profesionales de SMAPS o coordinadores del Grupo de Trabajo Técnico de SMAPS, si corresponde, para consultar sobre los medios de verificación utilizados frecuentemente en el contexto local).
- » Utilizar las medidas solo como son proporcionadas directamente por los autores/sitios. CUALQUIER cambio (por ejemplo, en la redacción de los elementos y/o traducciones a otros idiomas) puede infringir las leyes de derechos de autor e incidir en la fiabilidad, validez y relevancia del medio de verificación. Si desea realizar cambios, solicite permiso por escrito al titular de los derechos de autor.
- » Revise cuidadosamente las instrucciones sobre cómo administrar la medida y cómo calificarla e interpretar los datos.
- » Brinde capacitación adecuada a las personas que completarán las evaluaciones con el medio de verificación seleccionado, como, por ejemplo, una capacitación sobre cómo realizar evaluaciones con grupos específicos o en ciertos contextos.
- » Pruebe la herramienta con un grupo pequeño de personas que representen la muestra de la que recopilará datos para asegurarse de que el medio de verificación es relevante, accesible, factible y aceptable para su uso con la población objetivo. Si no es así, considere la posibilidad de adaptar el medio de verificación (consulte el recuadro 3).
- » Asegúrese de tener las referencias correctas al informar los resultados.

ADAPTAR UN MEDIO DE VERIFICACIÓN EXISTENTE

La cultura y el contexto tienen una fuerte influencia en la manera en que se experimentan y expresan el sufrimiento, la salud mental y el bienestar psicosocial. **La adaptación es el proceso de desarrollar una versión nueva de un medio de verificación existente para hacerlo más apto para la cultura y/o el contexto donde se esté utilizando.** La adaptación de un medio de verificación ayuda a evitar los datos confusos o inexactos, y resulta útil para cumplir con los principios de participación, de no causar daño y de aprovechar los recursos y las capacidades disponibles.

La traducción de un medio de verificación a otro idioma es una forma de adaptación. Los cambios en las palabras, los elementos (o preguntas) en una encuesta o en los procesos de administración de un medio de verificación se consideran también adaptaciones. Tales cambios pueden llevarse a cabo en medios de verificación cuantitativos o cualitativos. El anexo 3 describe los pasos necesarios para adaptar y contextualizar un medio de verificación y el anexo 10 incluye un formulario de muestra para guiar la adaptación y la traducción.

RECUADRO 3

CONSIDERACIONES PARA LA ADAPTACIÓN DE UN MEDIO DE VERIFICACIÓN

A la hora de adaptar una herramienta o enfoque de medición existente, puede ser necesario buscar el apoyo de expertos en monitoreo y evaluación, en SMAPS o en investigación. Para la adaptación, es necesario:

- » Verificar cualquier restricción de derechos de autor (y, si fuese necesario, contactar a los autores para obtener el permiso de adaptación).
- » De ser posible, realice una prueba piloto de los medios de verificación adaptados para evaluar sus propiedades de medición (es decir, relevancia, accesibilidad, factibilidad, aceptabilidad, fiabilidad, aspectos de validez), ya que dichos factores suelen cambiar tras la adaptación.
- » A menos que el titular de los derechos de autor no lo permita, procure que los medios de verificación adaptados (y el proceso de adaptación) se encuentren disponibles públicamente para que otros que trabajen en la misma cultura o contexto no dupliquen esta labor. Una manera de hacer esto es a través de un grupo de trabajo de SMAPS si existe uno en el país o contexto humanitario.

Si un medio de verificación ha sido adaptado y utilizado exitosamente con un grupo cultural específico, esta adaptación también podría ser útil con poblaciones con el mismo trasfondo cultural, o uno similar, que vivan en otros contextos.

CREAR UN MEDIO DE VERIFICACIÓN NUEVO

En la mayoría de los casos, la adaptación o traducción de un medio de verificación tiene muchas ventajas en comparación con la creación de uno nuevo. La adaptación generalmente reduce los costos y el tiempo que se invierten en el desarrollo de un medio de verificación y permite utilizar un instrumento que ya ha sido ampliamente utilizado. También permite que se obtengan resultados que puedan compararse más fácilmente con otros. No obstante, la creación de un medio de verificación nuevo y único puede ser necesaria si los medios de verificación no reflejan suficientemente bien las descripciones locales de angustia, bienestar u otros constructos de SMAPS.²⁰ Crear medios de verificación nuevos podría ser importante también si los indicadores han sido desarrollados localmente, como, por ejemplo, a través de enfoques participativos, y estos pueden contribuir a reducir el estigma.²¹ Se han elaborado manuales detallados para guiar estos procesos.* Al crear un medio de verificación nuevo, se recomienda intensamente trabajar con expertos, como investigadores o facilitadores de psicometría y enfoques particulares, para guiar el desarrollo de un medio de verificación nuevo.

* Por ejemplo, consulte: Grupo de Investigación en Salud Mental Aplicada (AMHR). Diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas de asistencia de salud mental y psicosocial relacionados con traumas interculturales: un manual de usuario para investigadores y ejecutores de programas, módulo 2. 2013.

CAPÍTULO 9

Establecer planes y procedimientos para la recopilación de datos

Es un deber respetar y proteger los derechos y la dignidad de todas las personas que hayan compartido información. Se debe tener cuidado para evitar daños y garantizar una gestión adecuada de los datos y su uso de acuerdo con las normativas de protección de datos pertinentes. Es importante que los grupos particularmente vulnerables en una comunidad estén representados adecuadamente (incluso mediante el desglose de datos) y que las formas en las que se recopilará la información sean justas y representativas (es decir, métodos de muestreo). Las consideraciones éticas, incluido el consentimiento informado, son esenciales. Tener un plan y procedimientos sólidos para la recopilación de datos ayudará a proteger de daños a las personas, las comunidades y el personal.

Todo el personal que trabaja con datos, desde los formadores, los recopiladores de datos y el personal de entrada o análisis de datos hasta los que almacenan o informan sobre ellos, deben recibir instrucciones y cumplir con un protocolo para la protección, el almacenamiento seguro y el uso de datos. Por ejemplo, un procedimiento operativo estándar, un protocolo de investigación o un código de conducta. Dicho protocolo debe planificarse con anticipación y debe indicar claramente:

- » cuál es el propósito de la recopilación de datos (es decir, qué se mide y por qué);
- » cuándo se recopilarán los datos (por ejemplo, antes, en el transcurso o después de la intervención);
- » qué datos se recopilarán (es decir, cuáles son los medios de verificación);
- » cómo y de quién se recopilarán los datos (por ejemplo, por medio de recolectores de datos, informes de proyectos, registros de pacientes);
- » dónde se recopilarán los datos (por ejemplo, hogares, centros comunitarios, de forma remota);

- » quiénes recopilarán los datos y qué capacitación necesitarán;
- » procedimientos para proteger y garantizar la confidencialidad de la información de los encuestados (por ejemplo, anonimizar los datos);
- » un código de conducta para los recolectores de datos (es decir, qué comportamiento se espera de ellos cuando trabajan en comunidades y con adultos o niños);
- » las formas en las que se registrarán los datos (por ejemplo, en papel o de manera electrónica) y cómo se manejarán algunas cuestiones como la depuración de datos, los datos faltantes y los errores en los datos;
- » qué enfoques de muestreo (incluido el reconocimiento de ningún método de muestreo en particular) se utilizarán;
- » procedimientos de supervisión y apoyo a los recolectores de datos;
- » el proceso general de recopilación de datos, como podría describirse en un organigrama;
- » procedimientos estándar para responder en situaciones de alto riesgo, como cuando las personas muestran cuadros de angustia aguda o comportamientos suicidas, o revelan abuso u otros riesgos;
- » información de remisión, en caso de que surjan casos que requieran apoyo inmediato (por ejemplo, revelación de intención suicida);
- » procedimientos para casos en que se observen infracciones éticas y cómo se deberán manejar.

Siempre es importante probar o poner a prueba un proceso de recopilación, gestión, entrada y análisis de datos antes de que comiencen las actividades de recopilación de datos a gran escala. Esto permite evaluar cualquier error común o problemas inesperados y revisar los procedimientos. Las recomendaciones del Grupo de Referencia sobre SMAPS del IASC para realizar investigaciones éticas sobre salud mental y psicosociales en situaciones de emergencia pueden servir como una guía útil para establecer protocolos de recopilación, gestión y análisis de datos.²²



RECUADRO 4

DESGLOSAR LOS DATOS*

Al recopilar información para medir los resultados en relación con un objetivo y/o resultado, es importante que los datos **incluyan** grupos particulares que tengan necesidades especiales o que probablemente respondan de manera diferente a las intervenciones. Por lo tanto, cualquier indicador que se mida debe recopilar datos que estén desglosados, incluidos, entre otros, el género y los diferentes rangos de edad, incluidos los rangos de edad para niños y adultos. Según el contexto o el programa que se implemente, también puede ser necesario desglosar los datos por etnia, estado de identidad (por ejemplo, refugiado o anfitrión), discapacidad, educación, etc.

Cuando se desglosan los datos, esto también debe reflejarse en la forma en la que estos se analizan e informan, asegurando que la información sobre estos grupos se describa de manera única. Se debe tener cuidado de no poner en peligro a las personas o causar daños (por ejemplo, informar de grupos pequeños de una manera que pueda hacerlos identificables o tendencias de grupo que puedan ser usadas en su contra).

* Para obtener orientaciones adicionales sobre las consideraciones especiales que deben tenerse en cuenta en el desglose de datos y en grupos específicos, consulte: Asociación Esfera. El Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria, cuarta edición, Ginebra, Suiza, 2018. www.spherestandards.org/handbook

DETERMINAR EL ENFOQUE DE MUESTREO

- **La población** es todo el grupo o comunidad que intenta comprender.
- Una **muestra** se refiere a las personas o grupos de la población objetivo que ha incluido en su recopilación de datos.
- **La probabilidad o muestra representativa** indica que una muestra es seleccionada aleatoriamente. Esto quiere decir que todas las personas en la población que evalúe tienen la misma posibilidad de resultar seleccionados para participar en el proceso de recopilación de datos. Lo que también significa que la información que seleccione de dicha muestra es **representativa** y por ello es probable que se pueda generalizar para toda la población bajo evaluación.
- **El muestreo no probabilístico** indica que el grupo de muestra no fue seleccionado aleatoriamente. Por ejemplo, se puede seleccionar a las personas porque están convenientemente disponibles al momento de la recopilación de datos, viven más cerca de quien recopila los datos o todas acuden al mismo servicio comunitario. Esto también quiere decir que la información que recibe de una muestra no probabilística no puede considerarse representativa de una población más amplia, sino que la información representa únicamente a quienes participaron.

La información acerca de los enfoques de muestreo está disponible en los textos pertinentes (consulte el recuadro 5). Sin embargo, la decisión acerca del mejor enfoque de muestreo depende de una variedad de factores, incluidos el método utilizado, el tiempo y los recursos disponibles y la información específica que se busca.

Tanto el enfoque de muestreo probabilístico como el no probabilístico son valiosos para la recopilación de datos para los medios de verificación. Existen cuatro acciones o reflexiones importantes que serán útiles al determinar un enfoque de muestreo:

01

Sea claro respecto a la información que espera obtener a través de la recopilación de datos, así como su propósito.

02

Analice el enfoque metodológico, incluidas la metodología de muestreo y las consideraciones éticas relacionadas, con los expertos pertinentes. Así se corroborará que el enfoque de muestreo seleccionado es apropiado para la información que desea obtener y el alcance del tiempo y los recursos necesarios.

03

Determine si sus métodos de muestreo son de utilidad para garantizar que recaba únicamente los datos esenciales. A menudo, las evaluaciones de monitoreo y evaluación implican la recolección de datos que no se analizan ni se informan, ejerciendo así una presión innecesaria para los participantes, el personal y los recursos.

04

Tenga precaución al interpretar e informar los datos, pues el enfoque de muestreo utilizado influirá en las conclusiones que puede obtener a partir de ellos.

RECUADRO 5

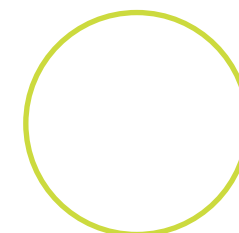
LOS RECURSOS SELECCIONADOS PARA EL MUESTREO Y LA EVALUACIÓN

- » Alexander J. y Cosgrave J., Representative sampling in humanitarian evaluation. ALNAP; 2014.
- » Buchanan-Smith M, Cosgrave J, y Warner A. Guía de evaluación de la acción humanitaria. ALNAP; 2017.
- » Applied Mental Health Research Group. Design, implementation, monitoring, and evaluation of mental health and psychosocial assistance programs for trauma survivors in low resource countries: a user's manual for researchers and program implementers (versión para adultos). 2013.
- IFRC. IFRC Monitoring and Evaluation Toolbox. Copenhague, Dinamarca: IFRC; 2016.
- » SMART. Sampling Methods and Sample Size Calculation for the SMART Methodology. 2012.
- » Organización Mundial de la Salud y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. Ginebra: OMS; 2012.
- » UNICEF. Rapid Assessment Sampling in Emergency Situations. Bangkok, Tailandia: UNICEF, 2010.

ASEGURAR CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN

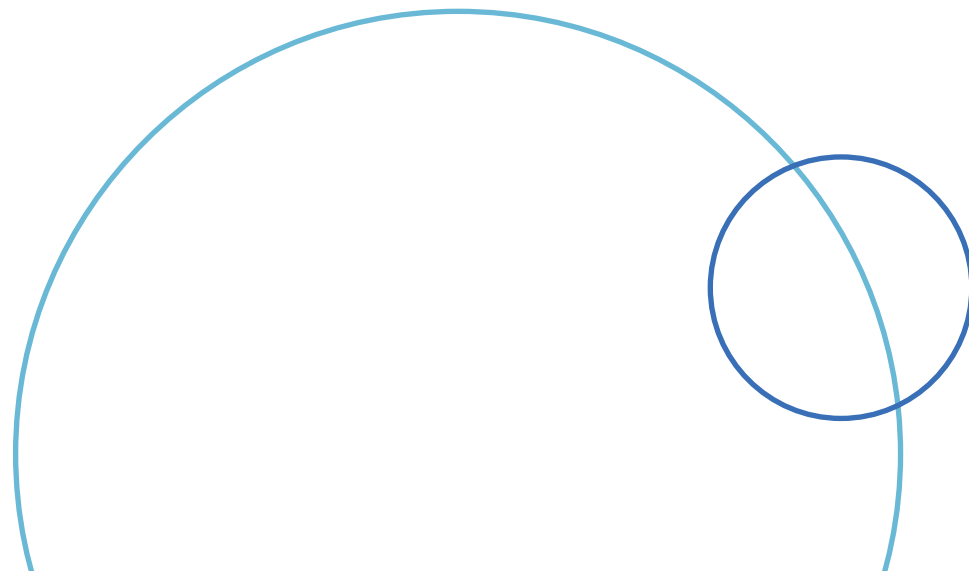
Los principios éticos ayudan a determinar lo que es útil o perjudicial. La aplicación de principios éticos a todos los aspectos del monitoreo y la evaluación es importante para evitar prácticas potencialmente peligrosas o malas y para mantener seguras a las personas involucradas. La investigación, a menudo descrita como la recopilación y el análisis sistemáticos de datos, abarca muchos aspectos del trabajo de monitoreo y evaluación. Ya sea que se denomine investigación o monitoreo y evaluación, ambos enfoques implican la recopilación y el análisis de datos, y probablemente incluyan la implicación directa o indirecta con las personas a lo largo del proceso. Por lo tanto, el monitoreo y la evaluación siempre deben incluir el examen de consideraciones éticas específicas para garantizar que las actividades relacionadas no causen daño a las personas involucradas.

En este sentido, el Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial ha publicado Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergencies (Recomendaciones para realizar investigaciones éticas sobre salud mental y psicosocial en situaciones de emergencia).²² Estas recomendaciones comprenden seis áreas de investigación importantes: (1) propósito y beneficios, (2) análisis de cuestiones éticas, (3) participación, (4) seguridad, (5) neutralidad y (6) diseño. Dentro de estas seis áreas hay subcomponentes que forman un marco para llevar a cabo la recopilación de datos en situaciones de emergencia. Todas estas áreas deben estar basadas en consideraciones éticas, en conformidad con las recomendaciones del IASC.



CONSIDERACIONES PARA SUSTENTAR ENFOQUES ÉTICOS PARA TRABAJAR CON MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- » Compruebe que las herramientas o los enfoques para la recopilación de datos han sido seleccionados y evaluados cuidadosamente para asegurarse de que sean apropiados para el idioma, la cultura y el contexto locales.
 - » Asegúrese de seleccionar recopiladores de datos que posean las cualificaciones y las habilidades apropiadas y considere si las características de estos recopiladores de datos (por ejemplo, su edad, género, pertenencia o posición en la comunidad) podrían influir en cómo las personas les responden. Al seleccionar a los recopiladores de datos, deben considerarse factores como las dinámicas de poder, según quién recopile los datos.
 - » Capacite adecuadamente a los recopiladores de datos conforme a los planes y los procedimientos establecidos.
 - » Indique claramente a los recopiladores de datos la importancia del consentimiento informado y los procedimientos para obtenerlo (consulte las páginas 47 y 48), incluso para los niños y sus cuidadores.
 - » Fomente la conciencia comunitaria sobre el propósito de la recopilación de datos y los detalles acerca de adónde pueden ir los encuestados o a quién pueden contactar si tienen preguntas o inquietudes. Las descripciones del propósito de la recopilación de datos también deben procurar reducir el riesgo de sesgos en las respuestas (por ejemplo, abordar situaciones en las que los participantes asumen que deben responder de cierta forma para recibir ayuda o apoyo).
 - » Realice una evaluación de seguridad para garantizar que la recopilación de datos es segura tanto para los recopiladores de datos como para las personas encuestadas.
- » Asegúrese de que el sistema incluye maneras en las que los recopiladores de datos puedan obtener asistencia en caso de que la situación se vuelva insegura, además de realizar un seguimiento diario del paradero de los recopiladores de datos. Es preferible que los recopiladores de datos trabajen en parejas (preferiblemente un hombre y una mujer si es posible). Si los recopiladores de datos trabajan solos, debe haber una justificación clara y un proceso de seguridad establecido tanto para ellos como para las personas encuestadas.
 - » Proporcione un sistema de apoyo para los recopiladores de datos si están expuestos a historias o situaciones potencialmente angustiosas.
 - » Realice el monitoreo de las actividades y los enfoques de recopilación de datos y sea flexible respecto a cambiar los procedimientos si es necesario adaptarlos o modificarlos, como, por ejemplo, si los planes originales resultan inseguros, generan dificultades para los participantes o aumentan las tensiones en la comunidad.
 - » Asegúrese en todo momento de que las personas encuestadas saben que pueden dejar de participar en cualquier momento y por cualquier razón.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es el permiso que otorgan las personas antes de aceptar compartir información o documentarla de cualquier forma (incluidas las fotografías, las grabaciones o de manera electrónica). Para obtener el consentimiento informado se requiere que la persona comprenda lo siguiente:

- » Los nombres, las funciones y la organización que busca obtener su consentimiento informado.
 - » El propósito de la información que se recopilará, cómo se usará, dónde se almacenará y durante cuánto tiempo.
 - » El (los) procedimiento(s) que se utilizarán cuando se recopile la información.
 - » Durante cuánto tiempo se requerirá su participación.
 - » Los posibles riesgos, beneficios o resultados de su participación.
 - » Que tiene la posibilidad de dejar de participar en la actividad en cualquier momento sin perder ningún beneficio ni sufrir consecuencias adversas.
 - » Que se protegerá su identidad y sus derechos (incluida la protección ante posibles resultados adversos a raíz de haber compartido información) y que no se le pedirá que renuncie a ninguno de sus derechos humanos o legales personales (esto incluye que no se le pedirá renunciar a su derecho de iniciar una acción legal contra la organización/ institución que recopila los datos).
 - » Que si pertenece a un grupo especialmente vulnerable, se tomarán medidas adicionales para proteger su información, anonimato y seguridad (por ejemplo, prisioneros, niños, sobrevivientes de tortura o violencia por motivos de género, niños no acompañados).
 - » Dónde y cómo puede presentar una queja o inquietud, u obtener más información.
 - » Dónde y cómo se le proporcionará la información sobre los resultados de la investigación.
- En este punto, es fundamental hacer hincapié en que cualquier información que la persona comparta se anonimizará antes de ser presentada en un informe.

El objetivo de un proceso de consentimiento informado es proporcionar la información suficiente para que las personas comprendan qué se les pide, y que puedan decidir si participarán o no en la actividad de recopilación de datos. Es fundamental proporcionar información completa y precisa sobre los riesgos de la participación para obtener el consentimiento informado y para promover la seguridad y el bienestar de las personas. A menudo esto requiere el análisis de todos los riesgos posibles (incluidos análisis de riesgos para distintos grupos vulnerables) antes de la actividad de recopilación de datos. También puede ser necesario obtener el consentimiento en múltiples ocasiones cuando se realizan múltiples actividades (por ejemplo, si los datos se recopilan a través de respuestas escritas, así como mediante grabaciones de video). Asimismo, esto podría implicar brindarles a las personas un periodo de 24 a 48 horas para considerar su participación. En todas las situaciones y cualquiera sea la decisión que tome una persona, se le debe garantizar que siempre tendrá acceso a los servicios, las actividades y los recursos habituales.

Idealmente, debe proporcionarse una explicación del consentimiento informado en una hoja informativa que incluya todos los detalles pertinentes. El formulario de consentimiento informado firmado por una persona debe estar separado de esta hoja informativa para que pueda ser archivado (pero también mantenerlo separado de cualquier otro dato de identificación). Existen situaciones en las que no es seguro o apropiado solicitar un consentimiento firmado; en estos casos el consentimiento verbal es suficiente, pero el hecho de que se haya dado el consentimiento verbal debe ser registrado por el recopilador de datos.

Para estar informadas, las personas necesitarán que la información se encuentre en un formato accesible y que puedan entender. Para ello puede ser necesario que la información esté escrita en el idioma local o que se proporcione de manera verbal (si los participantes no están alfabetizados) o de forma simplificada (utilizando imágenes, por ejemplo), como en el caso de niños o personas con una discapacidad intelectual. Si un participante tiene una edad o capacidad que implica que es improbable que sea capaz de proporcionar su consentimiento informado, un cuidador relevante también deberá dar su consentimiento (consulte el recuadro 6 sobre trabajar con niños).

RECUADRO 6

TRABAJAR CON NIÑOS

Al trabajar con niños, el consentimiento informado puede darse solo si el niño posee la **capacidad legal** para comprender la información que se le proporciona. Esto quiere decir que son capaces de comprender la información de la misma forma en que lo haría un adulto. También podría haber leyes en los diferentes países respecto a la edad en la que un niño puede o no proporcionar su consentimiento informado. Siempre verifique los requisitos legales locales para la recopilación de información de niños menores de 18 años, además de comprobar qué es culturalmente aceptable. Un buen “estándar” para seguir, si está recopilando datos de niños, es que debe:

- 01** solicitar el permiso completo, proporcionando y obteniendo el consentimiento informado de los padres, tutor legal o cuidador, Y
- 02** siempre proporcionar a los niños una descripción del proceso apropiada para su edad y buscar que acepten participar o su consentimiento informado si tienen la capacidad de hacerlo.

Estas consideraciones son especialmente importantes si se busca información de niños que son particularmente vulnerables, como los niños no acompañados, jóvenes, niños casados o que ya son padres.

Si uno de los padres, el tutor legal o el cuidador no proporciona el consentimiento informado para que su hijo participe en la recopilación de datos O si el niño no acepta participar, la recopilación de datos no deberá proceder.



CAPÍTULO 10

Informe de datos

Después de ingresar y analizar los datos, deben ser comunicados a fin de compartir los resultados y la información esenciales. En el recuadro 7 se enumeran los elementos recomendados para un informe de monitoreo y evaluación.

¡No lo olvide! Al presentar el informe de datos, recuerde también informar sobre cualquier diferencia (incluida, si es pertinente, cualquier diferencia estadística) identificada a partir de los datos desglosados. Por ejemplo, ¿son diferentes los resultados y de qué forma para las niñas y los niños, para las mujeres y los hombres, o para las personas con discapacidades? ¿La edad influyó en los resultados? ¿Hubo otros factores que modificaron los resultados? ¿Influyó de alguna manera el contexto político, social o económico en los resultados? La razón por la que los datos se desglosan es para comprender mejor las maneras particulares en la que ciertos grupos (en especial los grupos con mayores niveles de vulnerabilidad) responden a las intervenciones. Esto representa un aprendizaje fundamental para que la labor humanitaria garantice continuamente la igualdad y la equidad de la asistencia para todas las personas.

RECUADRO 7 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL INFORME DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

- » Un título, la fecha y los nombres del (los) autor(es) y/o de la organización que presenta el informe.
- » Una cita sugerida para el informe en caso de que otros deseen referenciarlo.
- » Los agradecimientos a las personas involucradas, como el personal del proyecto, el personal de recopilación de datos, el personal de ingreso o análisis de datos, así como a los editores o revisores de los informes y, en especial, siempre agradezca anónimamente a las personas que proporcionaron la información (por ejemplo, "Agradecemos a las mujeres que participaron en este programa y proporcionaron la información que se publica") y a cualquier socio que haya suministrado fondos o gubernamental.
- » Un resumen ejecutivo con una reseña y una breve interpretación de las conclusiones más importantes (es decir, qué dice la información o qué significa).
- » Un índice.
- » Una lista de las siglas o acrónimos (por ejemplo, SMAPS = Salud mental y apoyo psicosocial).
- » Una introducción al propósito del trabajo de monitoreo y evaluación.
- » Una síntesis del proyecto que se está evaluando, que se centre en la teoría del cambio prevista.
- » Una sección de metodología que defina los indicadores (por ejemplo, si los indicadores tienen varios significados), que explique el proceso de recopilación de datos, la muestra y cómo se analizaron los datos.
- » Los resultados, organizados bajo subtítulos correspondientes a las áreas de resultados clave, temas, preguntas de evaluación o indicadores (lo que tenga más sentido para su informe).
- » Una proposición o una interpretación de lo que nos dicen los resultados. Por ejemplo, si los datos muestran que pocas personas con discapacidades tienen acceso a los servicios, la proposición o la interpretación destacaría que las personas con discapacidades no tienen acceso a los servicios y examinaría las posibles barreras para el acceso.
- » Si es pertinente, una lista de recomendaciones (es decir, aspectos que podrían mejorar si se trabajara de forma distinta). En algunos informes también se sugieren acciones clave necesarias para cumplir con las recomendaciones.
- » Las limitaciones de los resultados, que posiblemente estén relacionadas con los medios de verificación, el muestreo u otras precauciones que los lectores deben considerar si desean citar o utilizar los datos proporcionados. Todos los procesos de monitoreo y evaluación (e investigación) tienen limitaciones. Es valioso reconocerlas para ayudar a otras personas a evitar errores similares o a utilizar la información apropiadamente.
- » Una conclusión (de 1 o 2 párrafos) sobre el informe y su contenido.
- » Una lista de las referencias citadas en el informe.
- » Apéndices. Puede ser de gran utilidad, si se permite, que las herramientas de medición (como los formularios de los medios de verificación o la programación de las entrevistas) se incorporen como apéndices.

Compartir resultados y lecciones aprendidas

Se ha reconocido que la falta de un marco común de monitoreo y evaluación para el trabajo de SMAPS en situaciones de emergencia ha dado lugar a grandes variaciones en los objetivos, resultados e indicadores que las organizaciones usan para medir la eficacia de su trabajo. Esto también ha derivado en amplias variaciones en los tipos de medios de verificación utilizados. En consecuencia, esto ha generado dificultades para demostrar el valor o el impacto de los programas de SMAPS en situaciones de emergencia. No obstante, incluso si las organizaciones usan este marco común de monitoreo y evaluación y medios de verificación similares, es fundamental que los resultados se compartan y difundan ampliamente para que otros puedan beneficiarse de las lecciones aprendidas. Con el tiempo, los datos resultantes pueden usarse para construir un conjunto de evidencias para promover recursos para la SMAPS. Por lo tanto, al usar este marco común, se alienta a las organizaciones a compartir sus hallazgos, resultados, desafíos y lecciones, independientemente de si el impacto ha sido positivo. Es muy importante aprender sobre lo que no ha funcionado para evitar repetir los mismos errores.

Cualquier programa de SMAPS debe incluir informes de monitoreo y evaluación, en algún formato, como parte de la práctica de programación responsable y ética, así como para fomentar la rendición de cuentas a las comunidades afectadas. Existen muchas maneras formales e informales de documentar los resultados, incluidas las plantillas estándar de informes de organizaciones o donantes, notas de proyectos, informes publicados, hojas informativas de una página o artículos publicados en revistas especializadas revisadas por pares (de libre acceso). En función de la manera en que se documenten los resultados, también hay muchas maneras formales e informales de compartir las conclusiones. Por ejemplo, los resultados pueden publicarse en el sitio web www.MHPSS.net, compartirse con otros en el sector a través de reuniones de SMAPS, grupos o conferencias de coordinación nacionales, o publicarse como informes o artículos.

El objetivo final es garantizar que la mayoría, si no todas, las organizaciones que implementan actividades de SMAPS en situaciones de emergencia midan ciertos constructos compartidos, que eventualmente pueden formar parte de las revisiones bibliográficas que hacen avanzar el conocimiento colectivo sobre la SMAPS.

RECUADRO 8

COMPARTIR LOS RESULTADOS CON LAS PERSONAS ENCUESTADAS Y LAS COMUNIDADES

Los participantes y las comunidades involucradas en las actividades de monitoreo y evaluación (incluidas las que han contribuido con información) también tienen derecho a revisar y aprender de las conclusiones. A menos que haya una razón clara de por qué dicha información no deba compartirse (por ejemplo, si tiene el potencial de causar daño), se deberá compartir ampliamente las conclusiones de una forma que sea adecuada para las personas encuestadas y su situación. Con frecuencia, esto requiere de esfuerzos y financiamiento adicionales para presentar la información de manera que sea comprendida fácilmente, como usar lenguaje sencillo o gráficos para explicar los resultados, así como descripciones claras de cómo se usará la información (por ejemplo, cómo ayudará a mejorar los servicios o a aumentar la satisfacción del usuario). Al adaptar las conclusiones, considere la audiencia objetivo y lo que podría necesitarse de acuerdo con los grupos etarios, el género, los contextos o para las personas con discapacidades. **Es crucial que cualquier información compartida a partir de las actividades de monitoreo y evaluación proteja el anonimato y la confidencialidad de las personas encuestadas. Por lo tanto, se deberán anonimizar los datos antes de informarlos y compartirlos públicamente.** Estas acciones están en consonancia con los principios de participación y de no causar daño, que son principios fundamentales de la Guía del IASC sobre SMAPS en Emergencias Humanitarias y Catástrofes y de este marco. Además, las conclusiones podrían confirmar las creencias o percepciones de los participantes o, en algunos casos, podrían ser diferentes a lo que se esperaba. Las personas involucradas en compartir los resultados deben planificar para ambas situaciones e identificar el enfoque de mayor utilidad para compartir los resultados cumpliendo con su propósito en cada escenario.

CAPÍTULO 12

Conclusión

El trabajo en el área de SMAPS en situaciones de emergencia se está expandiendo. La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes se usa ampliamente para dirigir ese trabajo. Los esfuerzos para determinar los mejores impactos posibles de los enfoques de SMAPS también han crecido, pero los actores globales en el campo de la SMAPS han carecido de un marco común de monitoreo y evaluación según el cual informar sobre su trabajo de una manera unificada. Mediante consultas académicas de expertos a nivel regional, nacional y mundial —respaldadas por los seis principios fundamentales de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes—, el marco común de monitoreo y evaluación descrito en esta publicación ofrece una declaración de objetivos, cinco resultados, más una selección de indicadores y medios de verificación. El objetivo del marco es ayudar a las organizaciones a usar al menos una (o algunas) de estas medidas, de una manera ética, como parte de sus esfuerzos para reducir el sufrimiento y mejorar el bienestar mental y psicosocial.

QUEREMOS SU OPINIÓN

El Marco Común de Monitoreo y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia es el primer producto de este tipo, con el objetivo de establecer una guía para los enfoques de monitoreo y evaluación en relación con los objetivos de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Después de un mayor uso y pruebas de campo a nivel regional y nacional, se prevé que surjan lecciones nuevas y valiosas. Recibir observaciones sobre cómo esta publicación ha sido útil o sugerencias de formas en que se podría mejorar será de gran beneficio para futuras revisiones. Envíe sus observaciones al Grupo de Referencia del IASC sobre SMAPS a través de: mhps.refgroup@gmail.com.



Revisiones académicas para respaldar el desarrollo del marco común (objetivo, resultados e indicadores)

INTRODUCCIÓN

La Universidad Johns Hopkins realizó dos revisiones para ayudar a guiar el desarrollo del Marco Común de Monitoreo y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. En primer lugar, examinó los marcos lógicos y los documentos de la “teoría del cambio”. En segundo lugar, revisó la bibliografía académica para identificar las estrategias aplicadas con más frecuencia para realizar un monitoreo y evaluar las intervenciones de SMAPS en contextos humanitarios en países de ingresos bajos y medios. Las conclusiones de la primera etapa del proceso de revisión revelaron superposiciones significativas y confusas en los objetivos y los resultados del proyecto, así como confusión entorno a las definiciones de objetivos y propósitos de los programas e investigaciones sobre SMAPS. Además, aunque la mayoría de los informes de los proyectos de implementación de servicios de SMAPS se centraron en constructos más amplios de SMAPS (como descripciones de apoyo psicosocial general, provisión de información y fortalecimiento de apoyos de la comunidad y la familia), la revisión encontró que la investigación continúa centrándose principalmente en intervenciones clínicas individuales y capacitación para cumplir esos objetivos. Las conclusiones de la primera etapa de la revisión confirmaron que un marco común de monitoreo y evaluación para la SMAPS, basado en la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, sería muy beneficioso para mejorar la capacidad de los funcionarios encargados de la SMAPS para alinear sus planes de trabajo con un objetivo común y rango de resultados. La segunda etapa de la revisión se centró en la identificación de los indicadores potenciales para el marco.

MÉTODOS

Los marcos lógicos y los documentos de la teoría del cambio se recopilaron de las organizaciones miembro del Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (GR IASC SMAPS) e incluyeron múltiples disciplinas en las que se implementa el trabajo relativo a la SMAPS.

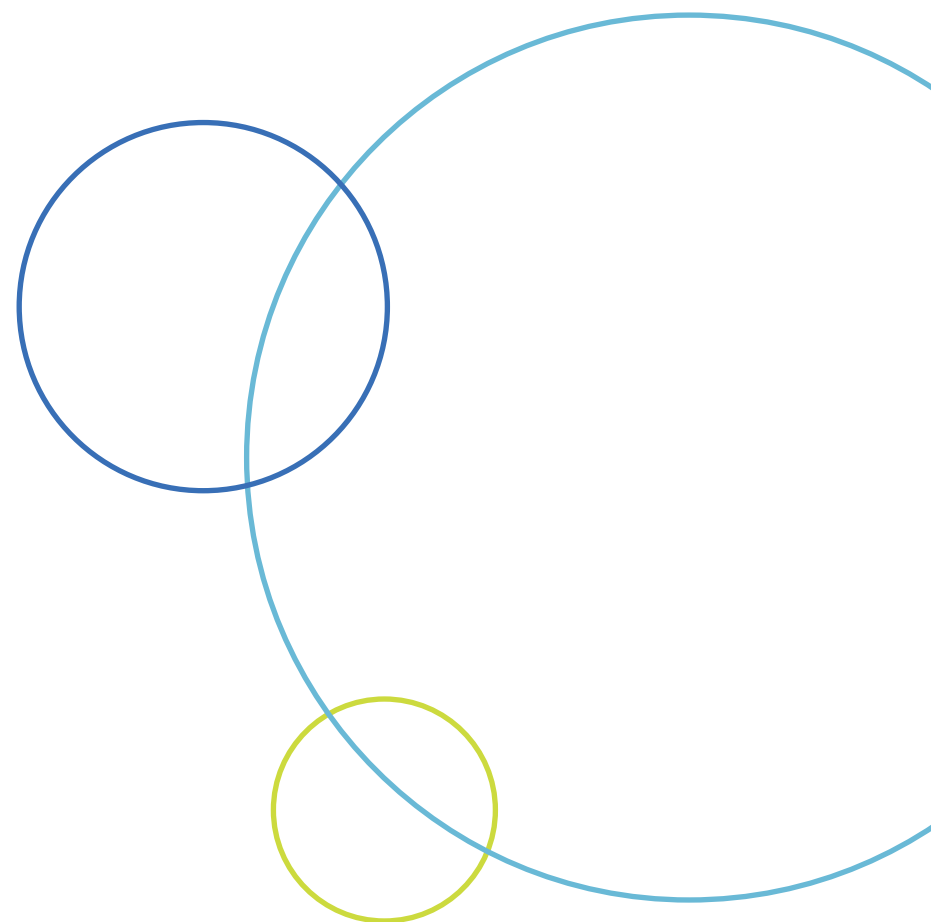
Todos los marcos lógicos, los documentos de la teoría del cambio, las ubicaciones geográficas, los organismos, las personas, los donantes y los detalles del presupuesto se anonimizaron antes de extraer los datos de los documentos. Se buscaron estudios revisados por pares en las bases de datos de Embase, PILOTS, PsycInfo, PubMed/MEDLINE y las bases de datos regionales de la OMS. La búsqueda de bibliografía académica se limitó a artículos revisados por pares que describen el monitoreo y la evaluación de la SMAPS en contextos humanitarios en países de ingresos bajos y medios. Para el análisis, se usaron estrategias inductivas y deductivas. Los constructos relativos a la SMAPS se agruparon desde el “principio”, usando la estrategia inductiva para el análisis de contenido temático. La estrategia deductiva se utilizó para recopilar primero los datos y luego agrupar los temas de acuerdo con el objetivo y los resultados redactados por el GR IASC SMAPS. Se identificaron diferencias sistemáticas en el mapeo y deficiencias en la versión actual del marco, a partir del desarrollo inductivo de los temas.

RESULTADOS

Fundada en el análisis deductivo, la distribución del mapeo de la información extraída de los marcos lógicos y de los artículos sobre el borrador del objetivo del marco común, los resultados y los indicadores se describen en los gráficos 5 y 6. A través de los marcos lógicos y los artículos revisados por pares, se identificaron **seis temas distintos** usando un análisis inductivo en los niveles de objetivo y resultado:

1. Aumentar la resiliencia, promover el bienestar social y prevenir la salud mental y los problemas psicosociales. La idea general detrás de este tema es que los programas se esfuerzan por apoyar o mejorar la resiliencia individual y el bienestar.
2. El objetivo de reducir la enfermedad mental y los síntomas psicosociales y el deterioro funcional asociado a través de la atención.
3. Desarrollar la capacidad para identificar, intervenir y realizar un monitoreo de los problemas de SMAPS. Si bien este tema puede estar implícito en el objetivo general elaborado para el marco, no se reflejó directamente en los resultados, lo que refleja una deficiencia potencial en el borrador (ya que muchos marcos lógicos y artículos mencionaron esto explícitamente como un objetivo).
4. El objetivo de promover el desarrollo humano óptimo en los sistemas sociales existentes. Este tema difería del segundo tema en que los programas se esforzaban específicamente por apoyar o mejorar las estructuras y los sistemas comunitarios que, a su vez, promoverían un desarrollo individual saludable y una mejor calidad de vida, incluida la salud física y el desarrollo social y económico.

5. Objetivos a nivel macro que buscaban consolidar la paz entre los grupos después del conflicto y abordar los problemas estructurales en las sociedades.
6. Objetivos relacionados con la protección de grupos vulnerables, como mujeres, niños, personas mayores y personas con discapacidad.



CONCLUSIÓN

En general, los exámenes indicaron que el proyecto de marco común podría aplicarse en términos generales a los programas existentes y la bibliografía revisada por pares, pero la definición clara de los objetivos y los resultados sería esencial para dicha aplicación. Las revisiones también encontraron que a pesar de que los medios de verificación psicométricamente seguros se publican en la bibliografía revisada por pares, estos no se aplicaron con frecuencia a los marcos lógicos o a las teorías del cambio usadas en la programación.

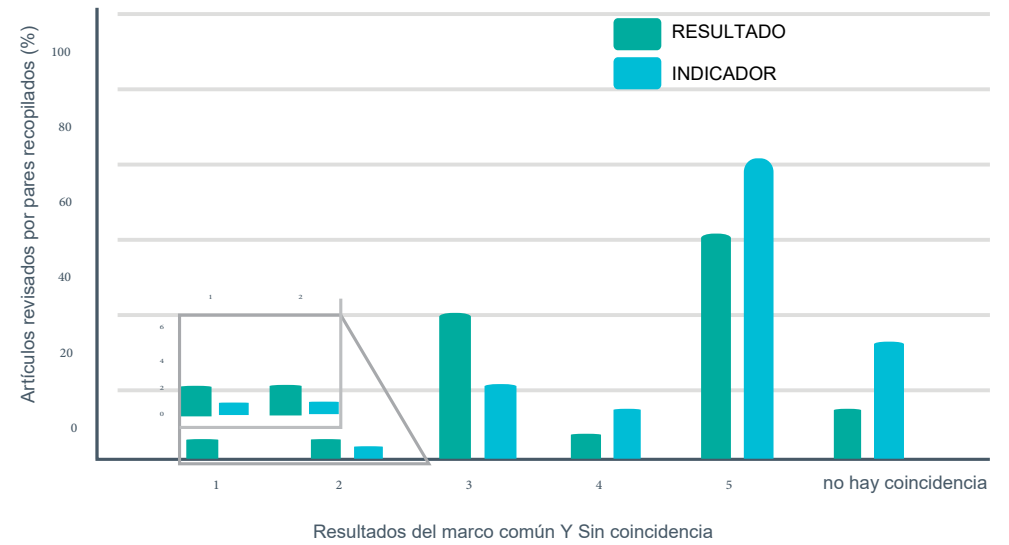
GRÁFICO 5

Las frecuencias de mapeo de resultados del marco común de monitoreo y evaluación para los marcos lógicos



GRÁFICO 6

Las frecuencias de mapeo de resultados del marco común de monitoreo y evaluación para artículos revisados por pares y capítulos de libros



ANEXO 2

Proceso sistemático para la selección de medios de verificación

Los medios de verificación que corresponden a los seis indicadores de impacto del objetivo se identificaron mediante revisiones bibliográficas y a través de un llamado a las organizaciones del Grupo de Referencia del IASC sobre SMAPS en Situaciones de Emergencia (GR IASC SMAPS) para compartir los medios de verificación y los enfoques usados frecuentemente, incluidos los enfoques de medición cuantitativos y cualitativos. También se identificaron estudios publicados a partir de seis revisiones bibliográficas^{23, 24, 25, 26, 27} y fueron incluidos en la revisión si habían usado por lo menos una herramienta de medición (medios de verificación) para evaluar uno de los seis indicadores de impacto del objetivo.

Para evaluar el medio de verificación identificado a través del proceso de revisión, un grupo de trabajo temático del GR IASC SMAPS determinó los criterios de “inclusión/exclusión” en función de los cuales se evaluó cada medida identificada. Para ser incluidos, los medios de verificación debían cumplir cuatro criterios, que fueron evaluados de manera secuencial, es decir que, si una medida no cumplía con el primer criterio, los restantes no se evaluaban. Los criterios fueron (en orden):

1. Accesibilidad (es decir, un bien público global de acceso libre)
2. Relevancia (es decir, relevante respecto a al menos uno de los seis indicadores; usado en por lo menos un idioma distinto al idioma en que se creó; utilizado en un entorno de bajos recursos)
3. Viabilidad (es decir, tiempo de administración breve, orientación disponible para calificar e interpretar los datos)
4. Propiedades de medición apropiadas (es decir, que se ha demostrado que es

adecuadamente fiable y válido en al menos dos escenarios)

Cada una de las medidas identificadas a partir de la revisión se evaluó en función de los criterios de inclusión/exclusión. Las medidas que cumplían los criterios fueron clasificadas de acuerdo con los rangos etarios y los indicadores de impacto. En una reunión de múltiples partes interesadas se revisaron estas medidas y se seleccionaron las medidas definitivas para cada indicador de impacto y rango etario.

- » En los casos en los que había más de cinco medidas por rango etario (por indicador), el grupo proporcionó una justificación para la selección (por ejemplo, la medida es muy conocida, muchas organizaciones ya usan la medida, facilidad de administración).
- » Durante este proceso, se identificó la falta de datos en medidas correspondientes a los grupos etarios e indicadores de impacto. Para abordar esta situación, las áreas con lagunas fueron revisadas en profundidad y se repitieron los mismos procesos. La falta de datos específicos identificada en esta etapa incluyó medidas de desarrollo de la primera infancia (medidas para niños <5 años), estigma, comportamiento y conexión social, así como el consumo de alcohol y sustancias. Los miembros del GR IASC SMAPS también propusieron medidas específicas durante la revisión y estas propuestas fueron evaluadas, según los criterios de inclusión/exclusión.
- » Para identificar medios de verificación específicamente relacionados con estas áreas con deficiencias en particular, se realizaron consultas con expertos en la materia y las medidas propuestas por los expertos fueron luego evaluadas según los criterios de inclusión/exclusión.

El grupo de trabajo determinó originalmente siete rangos de edad posibles para considerar cada indicador de impacto del objetivo: 0-4, 5-9, 10-15, 16-19, 20-25, 26-59 y más de 60 años. Sin embargo, a medida que se evaluaban y seleccionaban las medidas, los rangos etarios correspondientes a los niños variaban y mostraban un desglose más frecuente en los siguientes grupos: 0-5, 6-11 y 12-17 años. De las medidas evaluadas, la mayoría no hacía una distinción clara de los grupos etarios de adultos, separando a adultos jóvenes (18-25), adultos (26-59) y personas mayores (más de 60 años). Por lo tanto, estos se eliminaron y se integraron en un solo rango de edad. No obstante, la división de las edades de los adultos se documentó en el marco para reconocer la falta de diferenciación en las medidas para adultos que reflejen las diferentes etapas de la vida adulta. Los medios de verificación para niños también se señalan en los anexos 8 y 9, y pueden ser relevantes para niños ligeramente menores o mayores que los representados en los rangos de edad específicos.

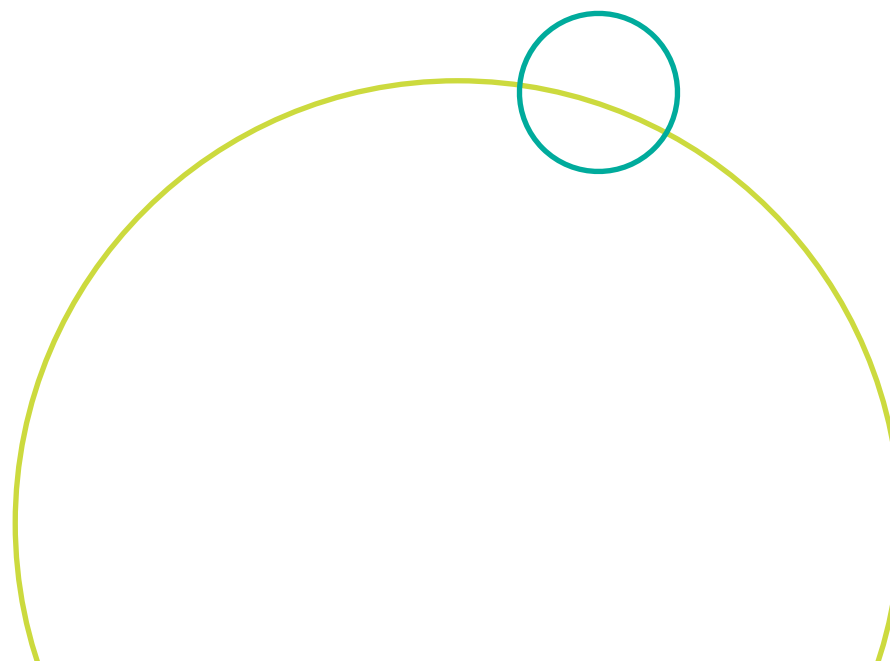
En las revisiones bibliográficas se identificaron enfoques cualitativos y se procuró organizarlos conforme a un marco comúnmente utilizado.²⁸ Sin embargo, esto generó principalmente que se utilizaran solo enfoques cualitativos comunes, como los debates en grupos focales o las entrevistas a informantes clave y la bibliografía no especificaba la variedad de estrategias que podrían usarse en tales enfoques (por ejemplo, el mapeo corporal, la clasificación). Por lo tanto, se empleó una estrategia diferente. El grupo de trabajo definió el concepto central de cada indicador de impacto del objetivo, con la intención de que esto pudiera utilizarse para informar la selección de los métodos cualitativos.

Se entendió que, en la práctica, la idoneidad y la calidad de los enfoques cualitativos dependen en gran medida de la población objetivo (por ejemplo, si es apropiado para la edad), la manera en que se implementan los métodos (cómo se facilitan los debates en grupos focales) y los sistemas de análisis (por ejemplo, se analizan temas o se establecen teorías de acuerdo con la teoría del conocimiento, la perspectiva teórica y la metodología). Después, el grupo de trabajo solicitó a los miembros del GR IASC SMAPS enfoques cualitativos usados comúnmente. Estos enfoques se evaluaron por consiguiente para determinar si eran apropiados para los indicadores

de impacto relacionados con la edad, con el apoyo de consultas a expertos.

Para los medios de verificación cuantitativos, el GR IASC SMAPS buscó el permiso de los desarrolladores pertinentes para incluir sus materiales en este documento. Además, los desarrolladores confirmaron la información proporcionada en el anexo 8. Este documento final de orientación fue preparado por los organismos del Grupo de Referencia del IASC sobre SMAPS y fue sometido a múltiples procesos de revisión por pares antes de su publicación.

Este proceso de evaluación de los medios de verificación identificó importantes áreas con deficiencias; en particular, las medidas para los adultos jóvenes (a diferencia de los adultos), para las personas mayores de 60 años y para las personas involucradas en el consumo nocivo de alcohol y sustancias. Aunque muchas herramientas en estas áreas están disponibles globalmente, su uso e idoneidad para los contextos humanitarios requiere una mayor investigación. Además, cabe señalar que, aunque los medios de verificación identificados pueden haber demostrado validez y fiabilidad en numerosas situaciones, estas no eran situaciones humanitarias necesariamente y ninguna medida es aplicable de forma universal.

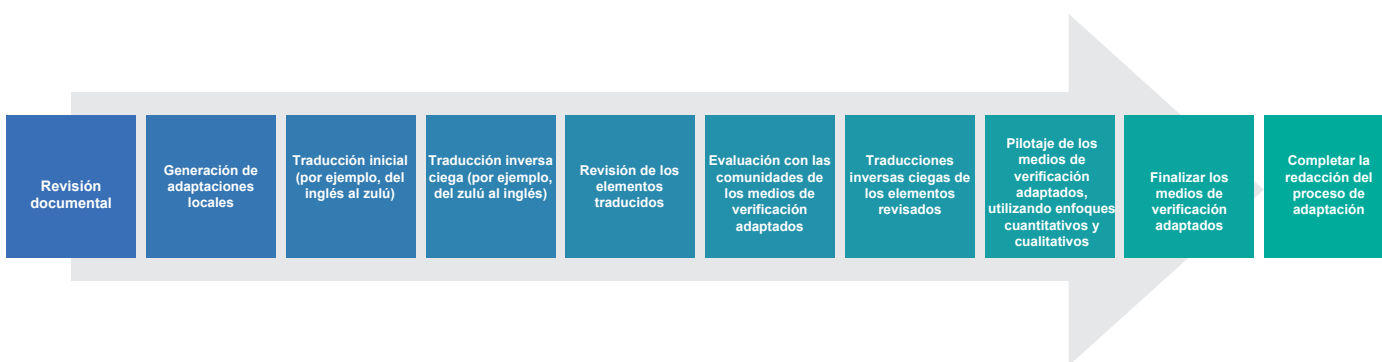


Adaptar un medio de verificación existente

Adaptar un medio de verificación existente a un contexto o situación local puede ser un proceso muy importante para iniciar un monitoreo y una evaluación eficaces. Los procesos de adaptación varían, junto con la duración y la cantidad (o costo) de los recursos necesarios. Depende de cuántas adaptaciones se hagan. En el gráfico 7 se resumen los pasos frecuentes que se siguen al adaptar un medio de verificación existente. Cualquier adaptación debe garantizar que se cubran todos los pasos, aunque algunos pasos pueden requerir menos tiempo o una menor cantidad de recursos, dependiendo de las adaptaciones que se hagan. Si cuenta con un experto local en SMAPS que hable tanto el idioma original de los medios de verificación como el idioma del país o comunidad en donde estos se implementan (por ejemplo, inglés y zulú), el proceso de adaptación puede ser más eficiente.

GRÁFICO 7

Resumen del proceso de adaptación para los medios de verificación existentes



En el cuadro 6 se detallan los pasos destacados en el gráfico 7. Se recomienda documentar por escrito cada etapa. En el anexo 10 se proporciona una adaptación/traducción de muestra del formulario de monitoreo para respaldar la documentación, que debe registrar las decisiones tomadas sobre elementos, palabras o conceptos específicos y debe registrar el proceso para futuras referencias. Esto puede ser de ayuda cuando se realizan adaptaciones adicionales en el mismo idioma, dado que muchos medios de verificación de SMAPS hacen referencia a ideas o palabras similares (por ejemplo, estrés, tristeza, felicidad, bienestar) y también puede servir como parte de un glosario en constante desarrollo de los términos relevantes localmente a fin de compartirlos con nuevos actores de SMAPS que se sumen a una respuesta. En cada etapa, un proceso de adaptación debe procurar cumplir cuatro criterios importantes:

1. **Comprensibilidad:** ¿Es comprensible y claro el elemento adaptado/traducido para la población local?
2. **Aceptabilidad:** ¿Se sentirían cómodas ciertas personas o comunidades al responder sinceramente a este elemento? Por ejemplo, ¿es apropiado el elemento y podría causar algún daño o imponer una carga (por ejemplo, estigma, vergüenza, angustia, duración)?
3. **Relevancia:** ¿Es el elemento aplicable (relevante) en la cultura local?
4. **Producto final:** ¿Tiene el elemento adaptado/traducido el mismo significado (evalúa el mismo concepto) que el medio de verificación original?

CUADRO 6. DESCRIPCIÓN DE LOS PASOS PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS MEDIOS DE VERIFICACIÓN EXISTENTES

<p>Revisión documental (evaluación de la comprensibilidad, aceptabilidad y relevancia)</p>	<p>La revisión de los documentos existentes sobre SMAPS, la cultura local y el contexto brindan información importante para el proceso de adaptación. Puede proveer información sobre lo que podría ser importante o aceptable para las personas locales y la terminología que utilizan (por ejemplo, al describir la depresión o la ansiedad como “pensar demasiado”). Las revisiones documentales pueden incluir información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • las expresiones locales relacionadas con la angustia; • cómo las personas entienden o ven la salud mental y los problemas psicosociales; • los conceptos sobre el yo/la persona (por ejemplo, la relación entre el cuerpo, la mente, el alma, el espíritu, la comunidad); • los patrones de búsqueda de ayuda; • las diferencias de género para todos los factores anteriores. <p>En el caso en que no haya documentos disponibles, podría ser posible llevar a cabo discusiones breves e informales con informantes locales clave (por ejemplo, personal del sector sanitario, personas mayores de la comunidad, niños y padres de familia) para encontrar información similar. Esto conoce como información etnográfica (pero podría no ser necesario o factible llevar a cabo un estudio etnográfico completo).</p>
<p>Generación de adaptaciones locales (evaluación de la comprensibilidad, aceptabilidad y del producto final)</p>	<p>Cuando se trabaja con personas que hablan el idioma local (idealmente con experiencia en SMAPS y/o en monitoreo y evaluación) se pueden sugerir adaptaciones para los medios de verificación originales. Los cambios necesarios pueden variar, pero entre las adaptaciones comunes están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palabras o conceptos que pueden ser difíciles de describir en una cultura (por ejemplo, distinguir entre estrés y ansiedad); • aspectos sobre los cuales realizar una pregunta puede ser algo culturalmente insensible o inaceptable (por ejemplo, la orientación sexual, o preguntas potencialmente ofensivas como dar a entender que una madre es una mala cuidadora); • aspectos que pueden ser irrelevantes (por ejemplo, la capacidad para concentrarse en programas de televisión); • los grados de medición (por ejemplo, la percepción local de “un poco”, “en parte” y “mucho”) y cómo se presentan estos (por ejemplo, ¿se describen mejor en palabras o en imágenes?).
<p>Traducción inicial</p>	<p>Una persona bilingüe (alguien que lee y habla los dos idiomas, el idioma original de los medios de verificación y el idioma local) traduce los medios de verificación adaptados al idioma local.</p>
<p>Traducción inversa ciega (evaluación de la comprensibilidad, la relevancia y del producto final)</p>	<p>Una persona bilingüe diferente traduce la traducción inicial al idioma original de los medios de verificación. Se denomina “ciega” porque la persona que realiza la traducción inversa no debe tener acceso a los medios de verificación originales, o no debe haberlos visto antes.</p>
<p>Revisión de los elementos traducidos (evaluación de la comprensibilidad, la aceptabilidad, la relevancia y del producto final)</p>	<p>Los medios de verificación originales se comparan con la traducción inversa ciega. Idealmente, esto debería realizarse durante una reunión con las personas que llevaron a cabo la traducción inicial y la traducción inversa ciega, así como también con un experto en SMAPS que pueda confirmar que la estructura de los medios de verificación y el significado de las palabras y conceptos se mantiene. En el caso de que existan dificultades con aspectos o palabras en particular, estos pueden discutirse dentro del grupo (los traductores y el experto en SMAPS) y alcanzar un consenso sobre la mejor alternativa.</p>
<p>Evaluación de los medios de verificación adaptados con las comunidades (evaluar la comprensibilidad, aceptabilidad y relevancia)</p>	<p>Miembros seleccionados de la comunidad revisan los medios de verificación completamente traducidos y adaptados durante discusiones en grupos focales (DGF). En los DGF, las personas deben representar a cualquier grupo individual importante en el que se hará uso de los medios de verificación (por ejemplo, el género, los rangos de edad, las personas con discapacidades o los grupos de refugiados/de acogida pertinentes). Durante los DGF, se le puede pedir a los participantes, en una forma apropiada para su edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que describan cada elemento y comenten su significado (comprensibilidad); • que describan su posible respuesta a estas preguntas (aceptabilidad); • que confirmen si estos elementos representan dificultades para las personas en sus comunidades (relevancia); y • que sugieran alternativas o mejoras a los elementos, como, por ejemplo, palabras locales diferentes o ideas sobre cómo comunicar los temas que se medirán

<p>Traducción inversa ciega de los temas revisados (evaluación de la comprensibilidad, relevancia y producto final)</p>	<p>Posteriormente a la evaluación de los medios de verificación adaptados con las comunidades, se lleva a cabo otra traducción inversa ciega de los elementos revisados y una revisión de los elementos traducidos. Nota: para más cambios, podría ser necesario trabajar con un nuevo traductor bilingüe para que realice traducciones inversas ciegas adicionales.</p>
<p>Realice una prueba piloto de los medios de verificación utilizando enfoques cuantitativos y cualitativos (evaluando la comprensibilidad, aceptabilidad, relevancia, producto final, así como también la factibilidad, accesibilidad, fiabilidad y validez).</p> <p>Dependiendo de cuántos cambios se hagan para la adaptación, podría necesitarse el apoyo de expertos en SMAPS, monitoreo y evaluación, y/o investigación. Podría ser necesario también obtener una revisión y aprobación ética.</p>	<p>Llevar a cabo una prueba piloto de los medios de verificación adaptados en el idioma en que serán usados para poder ver cómo funcionan en la práctica en el entorno previsto. Esto ayuda a determinar si los medios de verificación adaptados cumplen con los criterios de medición (respecto a la comprensibilidad, la aceptabilidad, la relevancia y el producto final) y, si se usa un enfoque cuantitativo, a evaluar la fiabilidad, la validez y otras propiedades psicométricas. Para los enfoques cualitativos, evalúa criterios tales como la factibilidad y accesibilidad.</p> <p>En el caso en que la adaptación haya resultado en pocos cambios o cambios menores con respecto a los medios de verificación originales, es posible que no sea necesario llevar a cabo una evaluación cuantitativa completa. Sin embargo, se recomienda que cuando no realice una evaluación cuantitativa se ponga un mayor énfasis en la evaluación cualitativa. Esto podría incluir la entrevista cognitiva. El objetivo de la entrevista cognitiva es asegurarse de que los encuestados puedan entender los ítems/preguntas y de que lo hagan (a) en una forma coherente; y (b) en la forma prevista.</p> <p>En la entrevista cognitiva se le pide a los participantes que expresen con palabras su comprensión de los ítems para ver si los interpretan como se proyectó, o de forma diferente. Se invita a cada participante de la prueba piloto a responder a cada elemento y después describir su proceso de toma de decisión preguntándole:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué ha sido esta su respuesta? • ¿Cómo entiende esta pregunta? <p>Si los medios de verificación adaptados (o nuevos) han sufrido grandes cambios (por ejemplo, en varios ítems, en la escala de respuesta o en las opciones de respuesta, en el contenido de los ítems, o cambios en las palabras clave en donde el significado difiere del original), podría ser necesaria una evaluación de fiabilidad y validez cuantitativa.</p> <p>Generalmente, la fiabilidad se evalúa de tres maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiabilidad interna (consistencia interna) para asegurar que los ítems de una medida produzcan siempre los mismos resultados; • Fiabilidad de prueba/reprueba para asegurar que sea posible que las respuestas sean uniformes/similares a través del tiempo (es decir, en diferentes momentos bajo las mismas condiciones); • Fiabilidad intercalificador para asegurar que las diferentes personas que responden a la información proporcionen respuestas uniformes/similares para el mismo comportamiento o presentación de síntomas. <p>Existen muchos tipos de validez de medición que pueden evaluarse, pero pertenecen a tres categorías principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validez de constructo: el grado en que una medición evalúa el constructo teórico que intenta medir (por ejemplo, si una medición de esperanza identifica de forma correcta a una persona con esperanza); • Validez de contenido: el grado en que el contenido de los medios de verificación representa el (los) concepto(s) que se miden; • Validez basada en criterio: fuerza de la relación entre los medios de verificación y un criterio externo medible. <p>Los detalles y estadísticas necesarios para determinar la fiabilidad y validez cuantitativas están fuera del alcance de esta guía. Muchos expertos en monitoreo y evaluación, expertos en SMAPS y académicos dedicados a la investigación en salud están familiarizados con estos enfoques y pueden brindar ayuda con los planes para completar las pruebas de fiabilidad y validez. Sin embargo, es crucial estar preparados. Establecer la fiabilidad y la validez de una medición toma tiempo (1-3 meses) y puede requerir de muchos recursos. Es posible que se deban administrar múltiples cuestionarios, en múltiples ocasiones con múltiples individuos o grupos. En una crisis prolongada, podría haber tiempo y fondos disponibles para realizar un trabajo detallado como este; sin embargo, es posible que no sea un enfoque apto para una emergencia de inicio rápido.</p>
<p>Finalizar los medios de verificación adaptados</p>	<p>Después de realizar la prueba piloto se realizan ajustes menores a los medios de verificación para finalizar su adaptación. Si la prueba piloto sugiere que se deben realizar mayores cambios a los medios de verificación (por ejemplo, se deben agregar, eliminar o reformular muchos ítems, o el procedimiento de administración ha cambiado significativamente), entonces será necesario repetir los pasos anteriores del proceso.</p>
<p>Completar la redacción del proceso de adaptación</p>	<p>La documentación de los pasos y adaptaciones durante el proceso, y la inclusión de una copia final de las versiones en los dos idiomas de los medios de verificación adaptados completan la redacción del proceso de adaptación. Esta información será de gran ayuda si se deben adaptar nuevos medios de verificación al mismo idioma. También proveerá evidencia de apoyo sobre medios de verificación que han sido adecuadamente adaptados y son vistos como una sólida herramienta de medición. El compartir estos recursos (ya sea con Grupos de trabajo técnico o en línea) puede también reducir la repetición innecesaria y ahorrar tiempo y recursos valiosos para otros que estén trabajando con estas comunidades. La inclusión de los retos que se han enfrentado durante el proceso y de cualquier limitación de los medios de verificación adaptados (lo que es cierto para cada medición) ayudará a que otros utilicen la información y la medición adaptada de modo apropiado.</p>

Notas sobre los anexos 4–7



Los siguientes anexos proporcionan marcos lógicos de muestra para diferentes tipos de respuestas de SMAPS en situaciones de emergencia. Los marcos lógicos no son ejemplos completos ni técnicos de los programas SMAPS. Tampoco pretenden ser instructivos o ilustrativos sobre cómo deberían diseñarse los programas de SMAPS. Sin embargo, están destinados a proporcionar un ejemplo abreviado de cómo los aspectos del marco común de monitoreo y evaluación y los medios de verificación podrían integrarse en un diseño de programa más amplio y específico de la organización.

Las descripciones de antecedentes y programas se enfocan en escenarios comunes en situaciones de emergencia y en los tipos de metas, resultados y productos a los que se dirigen dichos programas. Basado en el contexto, las necesidades evaluadas y las prioridades de la organización, se prepara un diseño del programa que debería incluir lo siguiente:

- » Para los objetivos del programa, se ha seleccionado al menos un indicador de impacto del objetivo (Gi) del marco común y ha sido incluido como medida.
- » Para los resultados del programa, se ha seleccionado al menos un resultado más uno o más indicadores de resultados (I) del marco común y han sido incluidos como medida.
- » Los resultados de muestra muestran los tipos de actividades que pueden conducir al logro de los resultados y, en última instancia, el objetivo.
- » Los medios de verificación, que pueden incluir información programática u otros tipos de información y/o los medios de verificación incluidos en este marco.

Es importante observar que los enunciados de objetivos y resultados, e incluso los indicadores, no siempre están redactados exactamente como en el marco común. Más bien, las palabras clave del marco común han sido utilizadas para fortalecer la relevancia del objetivo, el resultado o el indicador para el programa específico de la organización. Sin embargo, el significado de lo que se pretende y se mide sigue siendo el mismo. Esto demuestra la flexibilidad del marco común para las organizaciones individuales y sus programas únicos. Además, es importante

señalar que el marco común no abarca todos los objetivos, resultados o indicadores.

Para poder comprender dónde se vinculan los objetivos, los resultados y los indicadores de estos marcos lógicos abreviados con el marco común, se han agregado números de referencia específicos para guiar al lector.

ANEXO 4

Marco de muestra para proporcionar suministros de emergencia en respuesta a un terremoto

Descripción del contexto y del programa: Un terremoto ha afectado a la ciudad capital dejando a cientos de miles de personas sin hogar o sin acceso a servicios básicos. Su organización ha puesto en marcha una respuesta de emergencia para ayudar a las familias a satisfacer sus necesidades inmediatas, incluidos los albergues temporales y la distribución de kits familiares

de productos no alimentarios. Se le pide que integre los aspectos psicosociales en el trabajo de socorro inicial, asegurando que se cumplan los principios fundamentales de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Catástrofes, y que las personas reciban ayuda de manera digna y segura.

Muestra (abreviada) de marco lógico:

	Indicadores	Medios de verificación
<p>Objetivo del programa: Las familias afectadas por el terremoto se sienten a salvo, tienen acceso a suministros de emergencia y se sienten preparadas para hacer frente a la recuperación de emergencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas afectadas que tiene albergue y productos no alimentarios necesarios Porcentaje de mujeres, hombres, niñas y niños que reportan estar a salvo, tranquilos y con capacidad para lidiar con los problemas [Gi2] 	<ul style="list-style-type: none"> Documentación del proyecto Evaluación rápida posterior a la distribución Entrevistas a informantes clave Inventario breve de afrontamiento
<p>RESULTADO A: Se distribuye el equipo para necesidades básicas a 5000 familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> 5000 tiendas de campaña utilizadas por las familias necesitadas 5000 kits familiares de productos no alimentarios utilizados por las familias necesitadas 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de distribución
<p>Producto A.1: Distribución de 5000 tiendas de campaña para cuatro personas</p>		
<p>Producto A.2: Distribución de 5000 kits familiares de productos no alimentarios</p>		
<p>Producto B: Las respuestas de emergencia no causan daño y son dignas, participativas, de apropiación comunitaria, y social y culturalmente aceptables [O1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personal capacitado y que sigue directrices de la Guía del IASC sobre SMAPS en Contextos de Emergencia [O1.4] Cantidad de personas afectadas que conocen los códigos de conducta para los trabajadores de asistencia humanitaria y cómo plantear inquietudes sobre violaciones [O1.6] Porcentaje de personas afectadas que informan que las respuestas de emergencia (i) se ajustan a los valores locales, (ii) son apropiadas y (iii) se brindan respetuosamente [O1.1] 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de capacitación del proyecto Registros de distribución Evaluación rápida posterior a la distribución Entrevistas a informantes clave Discusiones en grupos focales
<p>Producto B.1: El personal de respuesta a emergencias recibe información sobre la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, usando listas de acciones pertinentes para sus sectores</p>		
<p>Producto B.2: Se consulta a mujeres, hombres, niñas y niños para identificar ítems críticos que se incluirán en los kits de productos no alimentarios</p>		
<p>Producto B.3: Los folletos (incluida la información organizativa, la lista de derechos de los beneficiarios y una descripción del mecanismo de quejas) se diseñan, imprimen e incluyen en los kits de distribución</p>		

Marco de muestra de un programa para proteger y apoyar a las mujeres afectadas o en riesgo de violencia sexual

Descripción del contexto y del programa: Un conflicto ha estado activo durante años en la comunidad Zal y las mujeres denuncian ampliamente la violencia sexual, pasada y presente. Esto las ha llevado a sentirse inseguras e incapaces de moverse por la comunidad. Además, muchas mujeres experimentan síntomas depresivos al grado de no sentirse capaces de participar en

sus actividades diarias. En colaboración con un organismo local de servicios de bienestar, su organización establece un programa para responder a las necesidades de las mujeres afectadas o en riesgo de violencia sexual.

Muestra (abreviada) de marco lógico:

	Indicadores	Medios de verificación
<p>Objetivo del programa: Reducción del sufrimiento y mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial [G] entre las mujeres de la comunidad de Zal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres de Zal que se sienten seguras en su comunidad [O2.6] Porcentaje de mujeres de Zal que recurren a servicios de salud mental y apoyo psicosocial con un funcionamiento diario mejorado [Gi.1] Cantidad de incidentes denunciados de violencia sexual en Zal 	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0) Encuesta comunitaria de mujeres sobre bienestar subjetivo y seguridad Mapeo de riesgos y recursos Evaluación de las barreras de acceso a la atención (BACE) Documentación de las autoridades locales
<p>RESULTADO A: Las mujeres están seguras, protegidas [O2] y pueden moverse por su comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres de Zal que, después de la capacitación, usan nuevas habilidades y conocimientos para la prevención de riesgos y remisión [O2.4] Porcentaje de mujeres de Zal que se sienten seguras en su comunidad [O2.6] 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de capacitación del proyecto Encuesta comunitaria de mujeres sobre bienestar subjetivo y seguridad Discusiones en grupos focales (DGF)
<p>Producto A.1: Se implementan intervenciones de mitigación de riesgo: mejor ubicación de las letrinas con iluminación adecuada, cocinas eficientes y formación de grupos para una movilidad segura</p>		
<p>Producto A.2: Los grupos comunitarios aprenden e implementan enfoques de «seguridad con teléfonos inteligentes» para promover rutas seguras para las mujeres que se movilizan dentro de su comunidad</p>		
<p>Producto A.3: Se diseñan carteles para promover los servicios disponibles para mujeres que puedan estar experimentando depresión</p>		
<p>Producto B: Los oficiales de bienestar comunitario brindan terapia interpersonal a mujeres con depresión [O5]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de mujeres de Zal que reciben terapia interpersonal [O5.4] Porcentaje de mujeres de Zal que reciben terapia interpersonal que informan un funcionamiento mejorado y síntomas de depresión reducidos [Gi.1; Gi.3] Los ayudantes legos que brindan intervenciones de terapia interpersonal informan satisfacción con el apoyo de supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> Registros del cliente Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0) Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) Datos semanales sobre depresión recopilados al comienzo de las sesiones de terapia interpersonal DFG con los ayudantes no expertos
<p>Producto B.1: Treinta ayudantes legos de terapia interpersonal a través de 10 oficinas de servicios de bienestar comunitario están capacitados</p>		
<p>Producto B.2: Los ayudantes no expertos proporcionan terapia interpersonal</p>		
<p>Producto B.3: Los ayudantes no expertos de terapia interpersonal participan en la supervisión semanal del grupo</p>		

Marco de muestra para un programa de educación informal para niños

Descripción del contexto y del programa: Las familias han sido desplazadas por la guerra durante más de tres años y viven en un campo de refugiados. Los niños no pueden asistir a la escuela en su comunidad de acogida. Su organización coordina un programa de educación

informal con los niños refugiados para promover el aprendizaje continuo, el apoyo psicosocial y las actividades de habilidades para la vida.

Muestra (abreviada) de marco lógico:

	Indicadores	Medios de verificación
<p>Objetivo del programa: Mejora del bienestar psicosocial [G] de los niños que viven en el campo de refugiados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mejora en la sensación de conexión social entre los niños [Gi6] Mejora del bienestar subjetivo entre los niños [Gi2] Las habilidades de lectoescritura y aritmética de los niños mejoran en al menos dos niveles durante el transcurso del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de conexión social - Revisada (SCS-R) Mapeo social Escala de bienestar infantil de Stirling (SCWBS) Narración Seguimiento de los indicadores dirigidos por los niños Registros educativos
<p>RESULTADO A: Los niños que participan en el programa mejoran las habilidades de lectoescritura, aritmética y resolución de problemas [O3]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en las habilidades de lectoescritura Mejora en las habilidades aritméticas Habilidad de los niños para hacer frente a los problemas psicosociales [Gi4] 	<ul style="list-style-type: none"> Registros educativos Evaluación cualitativa de los niños
<p>Producto A.1: El personal docente imparte módulos de educación en lectoescritura y aritmética</p>		
<p>Producto A.2: Se implementan con los niños módulos participativos de habilidades para la vida</p>		
<p>Producto A.3: Los maestros están capacitados para proporcionar un entorno de enseñanza que promueva la interacción social y el apoyo psicosocial para los niños</p>		
<p>Producto B: Los niños con necesidades específicas de protección y salud mental son remitidos a atención especializada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hay un mayor conocimiento de los maestros sobre los procedimientos para la remisión de niños con necesidades específicas de protección y salud mental Cantidad de niños remitidos a servicios especializados [O5.6] 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de remisión
<p>Producto B.1: Las redes, las vías y los procesos de remisión están recopilados y documentados</p>		
<p>Producto B.2: Los maestros reciben capacitación sobre los códigos de conducta y para identificar y gestionar la remisión de niños donde sea necesario</p>		

Marco de muestra para un programa de salud para el tratamiento de personas con condiciones de salud mental en clínicas de atención primaria de salud

Descripción del contexto y del programa: En un esfuerzo por reducir la brecha en la atención de la salud mental, su organización se ha asociado con el Ministerio de Salud para proporcionar capacitación y apoyo a enfermeros de atención primaria de salud para identificar y tratar a

mujeres, hombres, niñas y niños con condiciones de salud mental. Un componente importante de este trabajo es la educación de la comunidad sobre las necesidades de atención basadas en la comunidad de las personas que viven con afecciones de salud mental.

Muestra (abreviada) de marco lógico:

	Indicadores	Medios de verificación
<p>Objetivo del programa: Las personas que viven con trastornos mentales experimentan una mejora en la salud mental y el bienestar psicosocial [G]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de personas con condiciones de salud mental que informan sobre una reducción en los síntomas [Gi.3] Cantidad de personas con condiciones de salud mental que informan sobre una mejora en el funcionamiento [Gi.1] 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de los centros de salud Registros de pacientes con los cuestionarios pertinentes Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0) Cambio más significativo (MSC, por sus siglas en inglés) Discusiones en grupos focales (DGF)
<p>RESULTADO A: El personal de enfermería de los centros de atención primaria de salud identifican, tratan y apoyan a las personas que viven con condiciones de salud mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de instalaciones médicas que tienen personal capacitado para identificar los trastornos mentales y para ayudar a las personas con condiciones de salud mental y psicosociales [O5.1] Cantidad de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben tratamiento clínico por trastornos mentales, neurológicos o por uso indebido de sustancias a través de los servicios de atención primaria de salud [O5.5] Mayor disponibilidad y reabastecimiento de medicamentos esenciales para condiciones de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Registros del Ministerio de Salud Registros de los centros de salud Registros del paciente
<p>Producto A.1: Los enfermeros de las instalaciones de atención primaria de salud reciben capacitación y supervisión en la Guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP-IG) de la OMS</p>		
<p>Producto A.2: Se apoya el suministro de medicamentos psicotrópicos</p>		
<p>Producto B: Las comunidades y familias apoyan a las personas con condiciones de salud mental y psicosociales [O4]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Percepciones, conocimientos, actitudes y comportamientos de los miembros de la comunidad hacia las personas con condiciones de salud mental y psicosocial [O4.4] Nivel de capital social de las personas con condiciones de salud mental y psicosocial [O4.3] 	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta comunitaria al inicio y durante el seguimiento Entrevistas con fuentes de información clave y evaluación del capital social de las personas que reciben tratamiento para condiciones de salud mental Escala de discriminación y estigma (DISC-12) Versión abreviada de la herramienta adaptada de evaluación del capital social (SASCAT)
<p>Producto B.1: Implementación de una campaña educativa comunitaria sobre la salud mental</p>		
<p>Producto B.2: Compromiso con organizaciones locales para fomentar la inclusión de personas que viven con condiciones de salud mental para participar en oportunidades de sustento de la comunidad</p>		

Resumen de los medios de verificación cuantitativos recomendados

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de esperanza para adultos
Medio de verificación: Nombre abreviado	AHS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Afrontamiento
Aplicable a estos rangos de edad	17 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La Escala de esperanza para adultos contiene 12 ítems. Cuatro ítems miden las vías de pensamiento (es decir, el pensamiento que involucra la planificación para alcanzar objetivos), cuatro ítems miden la agencia de pensamiento (es decir, la motivación y la confianza en la propia capacidad para actuar según lo planeado) y cuatro son ítems de relleno. Los participantes responden a cada elemento utilizando una escala de ocho puntos que va desde «definitivamente falso» a «definitivamente verdadero»; solo se necesitan algunos minutos para completar la escala.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La AHS es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://ppc.sas.upenn.edu/resources/questionnaires-researchers/adult-hope-scale
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los puntajes más altos indican más esperanza.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Charles R. Snyder
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://ppc.sas.upenn.edu/resources/questionnaires-researchers/adult-hope-scale

Medio de verificación: Nombre completo	Cuestionario de agresión
Medio de verificación: Nombre abreviado	CA
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Comportamiento social
Aplicable a estos rangos de edad	9-25 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El Cuestionario de Agresión (CA) es un instrumento de 29 ítems y de cuatro factores que ha sido diseñado para medir las tendencias hacia la agresión física, la agresión verbal, la ira y la hostilidad.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	El CA es un instrumento de autoinforme. Vínculo a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/aggression-questionnaire-original-article-and-scoring
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	La calificación para cada escala es la suma de los puntajes de sus ítems. El puntaje total para agresión es la suma de estos puntajes de escala. Recuerde revertir la calificación de los dos ítems redactados en la dirección opuesta a agresión.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	El CA fue desarrollado originalmente para medir tendencias estables hacia la agresión y no como medición del cambio posterior a la intervención. Sin embargo, ha sido utilizado para este propósito en algunos entornos.
Declaración del desarrollador	Esta medida puede utilizarse de manera gratuita con fines de investigación y en monitoreo y evaluación.
Información de contacto del desarrollador/autor	Arnold H. Buss buss@psy.utexas.edu Mark Perry mperry@uaptc.edu
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.63.3.452

Medio de verificación: Nombre completo	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias*
Medio de verificación: Nombre abreviado	ASSIST
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores 12 a 17 con límites de calificación modificados; ver Tabla 3 en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301997/
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La prueba ASSIST es un cuestionario con ocho ítems desarrollado para evaluar el uso de diez categorías diferentes de sustancias. Puede ser utilizada para proveer una indicación del nivel de riesgo asociado con el uso de sustancias por una persona y de si el uso es peligroso y puede llegar a causar daño (ahora o en el futuro) si continúa.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La prueba ASSIST ha sido diseñada para ser administrada como una entrevista realizada por personal de salud o por un trabajador social. Su administración toma unos 5-10 minutos. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/alcohol-smoking-and-substance-involvement-screening-test-assist-manual
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	La calificación se lleva a cabo sumando los puntos de las preguntas 2 a la 7. Las respuestas a la pregunta 8 no se incluyen en el cálculo específico para el puntaje por sustancias, pero el inyectarse es una indicación de riesgo.
Versiones/medidas relacionadas	En la página web citada en el enlace anterior se pueden encontrar algunas versiones de la prueba ASSIST, y en otros idiomas aparte del inglés. Por favor, si planea traducir los materiales o recursos de ASSIST en su idioma póngase en contacto con la OMS para obtener apoyo y registrarse.
Limitaciones	Es extremadamente importante que el personal de salud entienda la calificación de las respuestas a las preguntas de ASSIST antes de aplicar por primera vez el cuestionario. Si las respuestas del cliente no son codificadas de manera adecuada, el puntaje final podría estar equivocado, lo que llevaría a una valoración inapropiada y por lo tanto en una intervención inadecuada.
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	World Health Organization ASSIST Project MSD-ADA@who.int
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2

* Algunos de los medios de verificación (MoV) recomendados en este marco, (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT, ASSIST), son medidas de autoinforme de constructos clínicos. No se recomienda utilizar estas medidas como modo de estimar la prevalencia exacta de las condiciones de la salud mental (es decir, cuántas personas se ven afectadas en una población). Existen estudios que demuestran que las medidas de autoinforme sobrestiman frecuentemente las tasas de las condiciones de la salud mental.^{14, 15, 16} Se han incluido aquí porque pueden ser útiles para ofrecer una indicación aproximada del impacto de un programa o proyecto de SMAPS sobre el sufrimiento, tal como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Como se menciona en esta guía, antes de usarlos los usuarios de estos medios de verificación deben prestar atención a la evidencia para su validación en el contexto local o en contextos similares.

Medio de verificación: Nombre completo	Prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol *
Medio de verificación: Nombre abreviado	AUDIT
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La prueba AUDIT es un cuestionario con 10 ítems que evalúa el consumo individual de alcohol. Incluye preguntas relacionadas con la cantidad y frecuencia en el consumo de alcohol, el beber compulsivamente, los síntomas de dependencia y los problemas relacionados con el alcohol. Es bien conocida por identificar a personas que tienen problemas relacionados el alcohol pero que no están afectadas por la dependencia del mismo. También se ha descubierto que es útil en varios grupos culturales y para identificar problemas con el consumo de alcohol en hombres y mujeres.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida se puede administrar ya sea como un instrumento de autoinforme o como una entrevista. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/alcohol-use-disorders-identification-test-audit-manual
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Un puntaje de 8+ en AUDIT generalmente indica consumo de alcohol dañino o peligroso. Preguntas 1-8 = 0, 1, 2, 3 o 4 puntos. Las preguntas 9 y 10 tienen solo los puntajes 0, 2 o 4.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Departamento de Salud Mental y Uso de Substancias de la OMS MSD-ADA@who.int
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/

* Algunos de los medios de verificación (MoV) recomendados en este marco, (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT, ASSIST), son medidas de autoinforme de constructos clínicos. No se recomienda utilizar estas medidas como modo de estimar la prevalencia exacta de las condiciones de la salud mental (es decir, cuántas personas se ven afectadas en una población). Existen estudios que demuestran que las medidas de autoinforme sobrestiman frecuentemente las tasas de las condiciones de la salud mental.^{14, 15, 16} Se han incluido aquí porque pueden ser útiles para ofrecer una indicación aproximada del impacto de un programa o proyecto de SMAPS sobre el sufrimiento, tal como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Como se menciona en esta guía, antes de usarlos los usuarios de estos medios de verificación deben prestar atención a la evidencia para su validación en el contexto local o en contextos similares.

Medio de verificación: Nombre completo	Evaluación de las barreras de acceso a la atención de salud
Medio de verificación: Nombre abreviado	BPNSFS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Bienestar subjetivo
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El BPNSFS evalúa la satisfacción con las propias necesidades en general en la vida y la frustración sobre como atenderlas. Tiene 21 ítems que evalúan las necesidades de competencia, autonomía y relación.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/barriers-to-accessing-carebace-manual
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	El puntaje compuesto puede ser compilado para satisfacción de las necesidades y para la frustración. Los puntajes más altos indican una mayor satisfacción con la cobertura de las necesidades básicas o una mayor frustración.
Versiones/medidas relacionadas	La medida tiene una versión para adultos y otra para niños. Hay también muchas traducciones disponibles aquí: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/barriers-to-accessing-care-bace-manual
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	La escala puede utilizarse de manera gratuita con fines de investigación y en monitoreo y evaluación. Si desea adaptar la escala para una situación específica o traducirla a su idioma, por favor envíe un correo electrónico a Jolene.Deeder@ugent.be y Maarten.Vansteenkiste@ugent.be con fines de seguimiento. La escala no puede utilizarse con fines comerciales sin permiso formal y por escrito de los autores. Si usted está considerando utilizar esta escala con fines comerciales, debe contactar a los autores mencionados anteriormente.
Información de contacto del desarrollador/autor	Maarten Vansteenkiste Maarten.Vansteenkiste@ugent.be
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://selfdeterminationtheory.org/basic-psychological-needs-scale/

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de satisfacción de necesidades psicológicas básicas y de frustración
Medio de verificación: Nombre abreviado	BACE
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Bienestar subjetivo; angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El BACE mide 30 barreras en la atención de la salud mental, con un énfasis en las barreras específicas del estigma. Adicionalmente, incluye una subescala de estigma relacionado con el tratamiento para poder entender hasta qué punto el estigma asociado con los servicios de salud mental le impide a un individuo buscar atención.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida es un instrumento de autoinforme. Enlace al manual y a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/the-basic-psychological-need-satisfaction-and-frustration-scale-bpnsfs-manual-mov
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	El BACE tiene categorías de respuesta que van del 0 (nada en absoluto) al 3 (mucho); el puntaje más alto indica una mayor barrera. Para cada barrera se pueden dar tres puntajes: 1) la media de los puntajes de las respuestas; 2) el porcentaje de encuestados que informa haber experimentado la barrera en algún grado (es decir, el porcentaje al seleccionar 1, 2 o 3); o 3) el porcentaje que experimenta la barrera como un gran obstáculo (es decir, el porcentaje al seleccionar 3).
Versiones/medidas relacionadas	La medida está disponible en varios idiomas. Para mayor información, consulte: http://www.indigo-group.org/stigma-scales/
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk Sra. Maria Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Medio de verificación: Nombre completo	Inventario breve de afrontamiento
Medio de verificación: Nombre abreviado	Brief COPE
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Afrontamiento
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El Brief COPE es una versión abreviada del inventario COPE y fue creado para usarlo en situaciones de tiempo limitado. Contiene 28 ítems que miden 14 subescalas.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>El Brief COPE es un instrumento de autoinforme.</p> <p>Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brief-cope-mov-and-scoring</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	<p>Las escalas se calculan sumando los ítems de la siguiente manera (sin inversiones de codificación): Autodistracción, ítems 1 y 19; Afrontamiento activo, ítems 2 y 7; Negación, ítems 3 y 8; Uso de sustancias, ítems 4 y 11; Utilización de apoyo emocional, ítems 5 y 15; Utilización de apoyo instrumental, ítems 10 y 23; Desvinculación conductual, ítems 6 y 16; Descarga emocional, ítems 9 y 21; Replanteamiento positivo, ítems 12 y 17; Planificación, ítems 14 y 25; Humor, ítems 18 y 28; Aceptación, ítems 20 y 24; Religión, ítems 22 y 27; Autoculpa, ítems 13 y 26</p>
Versiones/medidas relacionadas	El Brief COPE es una versión corta de la medición COPE más extensa.
Limitaciones	El Brief COPE puede ser utilizado y adaptado libremente según se necesite.
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Charles S. Carver
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://local.psy.miami.edu/faculty/ccarver/scIBrCOPE.phtml

Medio de verificación: Nombre completo	Escala Breve de Resiliencia*
Medio de verificación: Nombre abreviado	BRS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Afrontamiento
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La Escala Breve de Resiliencia (BRS) de seis ítems se creó para evaluar la capacidad de una persona para recuperarse del estrés.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brs-scoring
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	La medición se califica sumando los ítems para crear un puntaje total. Los puntajes más altos indican una mayor resiliencia.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Bruce Smith BW-smith@unm.edu
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://ogg.osu.edu/media/documents/MB%20Stream/Brief%20Resilience%20Scale.pdf

*A pesar de genuinos y repetidos intentos, no se pudo contactar al (los) desarrollador(es) original(es) y no se obtuvo el permiso ni la orientación para esta medida. Se incluye aquí y se describe de acuerdo con la orientación publicada.

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de Esperanza para Niños*
Medio de verificación: Nombre abreviado	CHS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Afrontamiento
Aplicable a estos rangos de edad	de 8 a 16 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	Esta medida de seis ítems está “basada en la premisa de que los niños están orientados hacia objetivos y que sus pensamientos relacionados con los objetivos pueden entenderse de acuerdo con dos componentes: sentido de agencia y vías de acceso” (Snyder et al., 1997, p. 400). La medida evalúa estos dos componentes: el sentido de agencia (habilidad para iniciar y mantener la acción hacia los objetivos) y las vías de acceso (la capacidad para encontrar los medios para lograr los objetivos).
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La CHS es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://academic.oup.com/jpepsy/article-abstract/22/3/399/917485
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Cada elemento de la escala se suma para crear un puntaje total.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Charles R. Snyder
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://academic.oup.com/jpepsy/article-abstract/22/3/399/917485

*A pesar de genuinos y repetidos intentos, no se pudo contactar al (los) desarrollador(es) original(es) y no se obtuvo el permiso ni la orientación para esta medida. Se incluye aquí y se describe de acuerdo con la orientación publicada.

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de preocupación por los demás
Medio de verificación: Nombre abreviado	Ninguno
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Comportamiento social
Aplicable a estos rangos de edad	de 9 a 12 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La Escala de preocupación por los demás, de 10 ítems, se desarrolló para ser utilizada como un cuestionario estudiantil en el Proyecto de Desarrollo Infantil para estudiantes de escuela primaria, a fin de evaluar la preocupación por los demás.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Este es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/concern-for-others-mov-scoring
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	La escala se califica sumando los ítems. Un puntaje más alto indica una mayor preocupación por los demás.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Collaborative Classroom (antes Developmental Studies Center): kstuart@collaborativeclassroom.org pbrunn@collaborativeclassroom.org
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://www.collaborativeclassroom.org/wp-content/uploads/2017/11/Scales%20from%20Student%20Questionnaire.%20Child%20Development%20Project%20for%20Elementary%20School%20Students%20(Grades%203%E2%80%936).pdf

Medio de verificación: Nombre completo	Detector de angustia psicosocial infantil
Medio de verificación: Nombre abreviado	CPDS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	de 8 a 14 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El CPDS, de siete ítems, es un instrumento de fuentes múltiples que evalúa la angustia psicosocial infantil no específica y la probabilidad de necesidad de tratamiento psicosocial. El instrumento se ha desarrollado como un detector primario en entornos comunitarios afectados por conflictos (especialmente entornos de ingresos bajos y medios), para niños de 8 a 14 años. Desarrollo del CPDS seguido de un enfoque basado en la cultura. El CPDS utiliza preguntas amplias y se centra en los dominios de angustia, resiliencia y funcionamiento escolar.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	El CPDS debe contextualizarse según la situación y el entorno, en particular las investigaciones utilizadas para la calificación de la medida. Estas se describen en el enlace siguiente. Enlace a la administración y calificación del CPDS: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/the-child-psychosocial-distress-screener-cpds-m-and-e
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Cuanto más alto el puntaje total, mayor es el nivel de angustia psicosocial.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Los autores recomiendan el instrumento para evaluar las indicaciones de las intervenciones psicosociales grupales preventivas secundarias.
Información de contacto del desarrollador/autor	Mark Jordans mark.jordans@kcl.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Jordans MJD, Komproe IH, Ventevogel P, Tol WA and de Jong JTVM. Development and validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. American Journal of Orthopsychiatry, 2008; 78, 290-299. doi:10.1037/a001421

Medio de verificación: Nombre completo	Medida de resiliencia infantil y juvenil
Medio de verificación: Nombre abreviado	CYRM/CYRM-R
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Afrontamiento
Aplicable a estos rangos de edad	entre 5 y 23 años (CYRM/CYRM-R)
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El CYRM, de 28 ítems, se estableció a través de un proceso de entrevistas con jóvenes y sus cuidadores, realizadas en 11 países sobre los obstáculos que enfrentan los jóvenes y los posibles recursos necesarios para superarlos. La medida proporciona una visión general de la resiliencia de un individuo en un momento determinado utilizando una perspectiva socioecológica.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida es un instrumento de autoinforme. Se puede entregar a las personas para que lo completen o puede ser leído en voz alta por los administradores. Enlace a la calificación: http://cyrm.resilienceresearch.org/how-to-use/
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los puntajes generales de resiliencia se pueden calcular sumando todas las respuestas. Los puntajes de subescala también se pueden calcular para determinar los recursos individuales, relacionales y contextuales. Puede utilizar esta información para ayudar a tomar decisiones sobre qué apoyos se podrían agregar para reforzar la resiliencia en la vida de cada participante. Por ejemplo, si el participante obtiene 4,3 puntos en atención física pero solo 2,1 en atención psicológica, eso puede indicar que está recibiendo alimentos y supervisión, pero que no se siente conectado o seguro cuando está con miembros de su familia.
Versiones/medidas relacionadas	Hay versiones disponibles para Personas con Más Conocimiento (PCC) que pueden ser completadas por alguien que conozca bien a la persona objetivo.
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Resilience Research Centre +1 (902) 494-3050 Philip.Jefferies@dal.ca
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://cyrm.resilienceresearch.org/

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de Discriminación y Estigma
Medio de verificación: Nombre abreviado	DISC
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Bienestar subjetivo; conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La DISC, de 32 ítems, es una escala basada en entrevistas que mide las experiencias de discriminación relacionadas con la salud mental en áreas clave de la vida diaria y social, como el trabajo, el matrimonio, la crianza de los hijos, la vivienda, el ocio y las actividades religiosas. Fue diseñada para ser completada por personas que han experimentado desafíos relacionados con la salud mental. La escala ha demostrado ser una medida confiable y válida, y ha sido utilizada en más de 60 países.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Esta medida se administra como una entrevista. Enlace al manual de administración y calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/manual-version3-discrimination-and-stigma-scaledisc-version-12
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Para cada subescala se calcula un puntaje total contando el número de ítems en los que el participante obtiene 1 (un poco), 2 (moderadamente) o 3 (mucho) en cada uno. Los ítems que se califican como 0 (sin diferencia), -8 (no aplica) o -9 (faltante) no se incluyen en este recuento. El rango posible para cada subescala es: Subescala 1 - Trato injusto (0-21), Subescala 2 - Anticipación de la discriminación (0-4), Subescala 3 - Superación del estigma (0-2), Subescala 4 - Trato positivo (0-5).
Versiones/medidas relacionadas	En 2019 se desarrolló una versión más corta de 11 ítems del DISC, llamada DISCUS. Se han realizado muchas traducciones. Para mayor información, consulte: http://www.indigo-group.org/stigma-scales/
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk Sra. María Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Medio de verificación: Nombre completo	Prueba de tamizaje de abuso de drogas
Medio de verificación: Nombre abreviado	DAST-10 y DAST-20
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	12-17, 18-25, 26-59, 60+
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La Prueba de detección de abuso de drogas (DAST) fue diseñada para utilizarse en una variedad de entornos, a fin de proporcionar un índice rápido de los problemas del uso de drogas. La DAST-10, de 10 ítems, está diseñada como una herramienta abreviada para la detección y la búsqueda de casos en una variedad de entornos, tales como el de la atención médica, el lugar de trabajo, los servicios sociales, la educación y el sistema de justicia penal. La DAST-20 de 20 ítems, con sus elementos adicionales, proporciona una evaluación más amplia de las áreas de contenido destinadas más a la evaluación clínica y con fines de investigación.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	El puntaje de DAST se calcula sumando todos los ítems que avalan la dirección del aumento de los problemas con las drogas. Los puntajes en la DAST-10 pueden oscilar entre 0 y 10, y los puntajes en la DAST-20 entre 0 y 20. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/guide-for-using-the-drug-abuse-screening-test-dast
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los puntajes totales de DAST-10 y DAST-20 ordenan a un individuo en una continuidad con respecto a su grado de problemas o consecuencias relacionadas con el abuso de drogas. Un puntaje de cero indica que no se ha informado de ninguna evidencia de problemas relacionados con las drogas. A medida que el puntaje en la DAST aumenta, se puede inferir que la persona está informando de mayores problemas relacionados con el uso de drogas. Los examinadores también pueden observar las respuestas a ítems particulares para identificar áreas problemáticas específicas.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	Las limitaciones de la DAST se describen en el Manual de la DAST.
Declaración del desarrollador	Por favor, incluya reconocimiento de la autoría y derechos de autor: © Derechos de autor 1982 del autor de la prueba Dr. Harvey Skinner, York University, Toronto, Canada y por el Centre for Addiction and Mental Health (Centro de Adicciones y Salud Mental), Toronto, Canada.
Información de contacto del desarrollador/autor	La DAST-10 y la DAST-20 son publicadas por el Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) de Toronto. El Dr. Harvey Skinner (York University, Toronto) es el autor de la prueba y titular de los derechos de autor junto con CAMH. Para obtener permiso o licencia para usar la DAST, comuníquese con: Dr. Harvey Skinner, York University, Toronto (hskinner@yorku.ca) Andrew Johnson, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto (Andrew.Johnson@camh.ca)
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://bit.ly/DAST_inst

Medio de verificación: Nombre completo	Índice de Desarrollo en la Primera Infancia
Medio de verificación: Nombre abreviado	ECDI; ECDI2030
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Funcionamiento; Comportamiento social
Aplicable a estos rangos de edad	ECDI (de 36 a 59 meses de edad); ECDI2030 (de 24 a 59 meses de edad)
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	<p>El Índice de Desarrollo en la Primera Infancia (ECDI), de 10 ítems, fue desarrollado por UNICEF, con aportes de un amplio grupo de expertos, en el contexto del programa Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). El ECDI se utiliza para medir los resultados del desarrollo infantil. El cuestionario utilizado para calcular el ECDI cubre cuatro dominios de desarrollo temprano: alfabetización/aritmética; físico; social y emocional; y enfoques de aprendizaje.</p> <p>En 2020, UNICEF lanzó una nueva medida, el ECDI2030, que captura el logro de hitos clave del desarrollo de niños de entre 24 y 59 meses. El cuestionario utilizado para calcular el ECDI2030 incluye 20 ítems y tres dominios: salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.</p>
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>Entrevista con la madre o el(la) cuidador/a principal.</p> <p>Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/eci-quick-implementation-guide</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	<p>Para el ECDI, el indicador estándar para la presentación de informes es el porcentaje de niños de entre 36 y 59 meses que tienen un desarrollo adecuado en al menos tres de los cuatro dominios.</p> <p>Para el ECDI2030, el indicador estándar para la presentación de informes es el porcentaje de niños de 24 a 59 meses cuyo desarrollo está bien encaminado en cuanto a salud, aprendizaje y bienestar psicosocial (definido por el logro del número mínimo de hitos esperados para su grupo de edad).</p>
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	<p>El ECDI2030 no está destinado a generar datos para informar sobre dominios individuales, sino más bien a producir una única estimación resumida que reconozca la visión conceptual subyacente del ECD como holística y el hecho de que las capacidades dentro de los dominios de desarrollo están interrelacionadas.</p>
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	<p>Claudia Cappa ccappa@unicef.org</p>
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	<p>http://mics.unicef.org/tools?round=mics6</p>

Medio de verificación: Nombre completo	Trastorno de ansiedad generalizada siete*
Medio de verificación: Nombre abreviado	GAD-7
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El GAD-7 es útil en entornos de atención primaria y salud mental como herramienta de detección y medición de la gravedad de los síntomas para los cuatro trastornos de ansiedad más comunes (el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático o TEPT).
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instruction-manual-instructions-for-patient-health-questionnaire-phq-and-gad-7-measures
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Un puntaje alto indica niveles de ansiedad más altos.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Los derechos de autor del GAD-7 estaban en poder de Pfizer, que proporcionó la subvención educativa a los doctores Spitzer, Williams y Kroenke, quienes originalmente diseñaron la medida. Esto ya no es así, y no se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir la medida GAD-7.
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Robert Spitzer Dr. Janet B.W. Williams jwilliams@medavante.net Dr. Kurt Kroenke kkroenke@regenstrief.org
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326

*Algunos de los medios de verificación recomendados en este marco (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT, ASSIST) son medidas de autoinforme de constructos clínicos. No se recomienda utilizar estas medidas como modo de estimar la prevalencia exacta de las condiciones de la salud mental (es decir, cuántas personas se ven afectadas por una condición en una población). Existen estudios que demuestran que las medidas de autoinforme sobrestiman frecuentemente las tasas de las condiciones de la salud mental.^{14, 15, 16} Se han incluido aquí porque pueden ser útiles para ofrecer una indicación aproximada del impacto de un programa o proyecto de SMAPS sobre el sufrimiento, tal como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Como se menciona en esta guía, antes de usarlos los usuarios de estos medios de verificación deben prestar atención a la evidencia para su validación en el contexto local o en contextos similares.

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de calificación de deterioro
Medio de verificación: Nombre abreviado	IRS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Funcionamiento
Aplicable a estos rangos de edad	de 4 a 18 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La Escala de calificación de deterioro, de 14 ítems, evalúa el deterioro funcional en todos los dominios de la vida de un niño (tanto en entornos escolares como no escolares) con valoraciones de personal docente y padres.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La escala es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/irs-mov-narrative-description-of-child-parent
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Si alguno de los dominios evaluados tiene un puntaje de 3 o más, se considera que ese dominio está deteriorado.
Versiones/medidas relacionadas	Las evaluaciones empíricas de la IRS han demostrado su utilidad en muestras de niños, adolescentes y adultos (referencias disponibles de los autores).
Limitaciones	Por lo general, la IRS ha sido validada con muestras de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Se necesitan estudios adicionales con otros diagnósticos.
Declaración del desarrollador	La IRS está a disposición del público. Por favor, cite el artículo publicado cuando corresponda: Fabiano GA, Pelham W, Waschbusch D, Gnagy EM, Lahey BB, Chronis AM et al. A practical impairment measure: Psychometric properties of the Impairment Rating Scale in samples of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and two school-based samples. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2006; 35, 369.
Información de contacto del desarrollador/autor	Gregory Fabiano gfabiano@fiu.edu William E. Pelham, Jr. wpelham@fiu.edu
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Fabiano GA, Pelham WE, Waschbusch D, Gnagy EM, Lahey BB, Chronis AM et al. A practical impairment measure: Psychometric properties of the Impairment Rating Scale in samples of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and two school-based samples. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2006; 35, 369. doi:10.1207/s15374424jccp3503_3

Medio de verificación: Nombre completo	Malawi Development Assessment Tool (Herramienta de evaluación del desarrollo para Malawi)
Medio de verificación: Nombre abreviado	MDAT
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Funcionamiento; comportamiento social; conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	de 0 a 5 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	<p>La MDAT es una herramienta de evaluación del desarrollo general infantil para niños de 0 a 5 años. Mide los hitos motores (motricidad gruesa y motricidad fina), el desarrollo social y del lenguaje, así como el desarrollo cognitivo en todos los dominios.</p> <p>La MDAT se desarrolló por primera vez a través de enfoques cualitativos integrales, con el objetivo de comprender el desarrollo infantil en entornos africanos. Luego se validó con 1446 niños y se establecieron grupos de edad basados en la población para los hitos del desarrollo de 0 a 6 años. Desde entonces se ha utilizado en más de 200 estudios. La MDAT predice el rendimiento escolar posterior y es sensible a las diferencias entre los niños con distintas afecciones médicas (niños afectados por la prematuridad, nacimiento difícil, malaria cerebral, encefalitis, VIH, malnutrición, saneamiento deficiente, situaciones de refugiados y trastornos específicos del desarrollo neurológico) en África, Sudeste Asiático, Medio Oriente y Sudamérica. Tiene un sistema de calificación simple para su uso.</p>
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>La MDAT se administra a través de calificaciones de observadores y preguntas a los padres o cuidadores.</p> <p>Enlace a la calificación: La medida viene con una aplicación de calificación (que utiliza datos normativos de Malawi) que puede ser usada en línea una vez se hayan recogido los datos: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/mental-illness-clinicians-attitudes-scale-mica-manual-for-researchers</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	<p>La medida puede proporcionar información sobre el cambio y el progreso en el desarrollo de los niños en relación con las intervenciones y puede también brindar información sobre el desarrollo de los niños dentro de una muestra o población.</p> <p>La calificación está relacionada con los datos originales, pero los puntajes «z» se pueden comparar dentro de una población o país.</p>
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Melissa Gladstone melglad@liverpool.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	www.mdat.org.uk

Medio de verificación: Nombre completo	Enfermedad Mental: Escala de actitudes de los médicos
Medio de verificación: Nombre abreviado	MICA-4
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Comportamiento social
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La escala MICA-4, de 16 ítems, evalúa las actitudes de los estudiantes de medicina. También es adecuada para el personal y los estudiantes en una amplia gama de profesiones de la salud y ha sido validada entre estudiantes de enfermería. La escala ha demostrado ser confiable, válida y sensible al cambio.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Esta medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la administración y calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/mental-illness-clinicians-attitudes-scale-mica-manual-for-researchers
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Cada elemento se califica en una escala de seis puntos anclada en 1 = totalmente de acuerdo y 6 = totalmente en desacuerdo. Los ítems de la escala se suman para crear un puntaje total. Los puntajes pueden oscilar entre 16 y 96, donde un puntaje más bajo indica menos estigma.
Versiones/medidas relacionadas	Se han realizado muchas traducciones. Para mayor información, consulte: http://www.indigo-group.org/stigma-scales/
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk Sra. Maria Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Medio de verificación: Nombre completo	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
Medio de verificación: Nombre abreviado	MSPSS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La MSPSS, de 12 ítems, mide las percepciones de apoyo de tres fuentes: familia, amistades y una pareja. La escala comprende un total de 12 ítems, con cuatro ítems por cada subescala.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>Esta medida es un instrumento de autoinforme.</p> <p>Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/mspss-scoring-options</p> <p>Nota sobre las instrucciones: Al evaluar esta medida en algunos países se han identificado dos factores en lugar de tres. La adición de "Nota: la persona especial excluye a amigos y familiares" a las instrucciones ha dado como resultado la identificación de los tres factores en una versión tailandesa de la medida.</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los ítems de la medida se pueden sumar para crear un puntaje total y tres puntuaciones de subescala. Un puntaje más alto indica un mayor apoyo social.
Versiones/medidas relacionadas	Hasta la fecha se han realizado aproximadamente 35 traducciones de la medida. Muchas están disponibles aquí: https://mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Gregory D. Zimet, PhD Facultad de Medicina de la Universidad de Indiana gzimet@iu.edu
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://docs.wixstatic.com/ugd/5119f9_2f88fadcd382463daf5821e8af94a865.pdf

Medio de verificación: Nombre completo	Instrumento de Cohesión Vecinal*
Medio de verificación: Nombre abreviado	NCI
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El NCI es una medida de 18 ítems que evalúa la comunidad, el atractivo del vecindario y la conexión social dentro de un vecindario, todo junto con los resultados psicológicos que se derivan de estos factores. La escala se administra a nivel individual y la calificación proporciona una medida de la cohesión del vecindario.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Esta medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: Tabla 2 en Buckner JC. The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. American Journal of Community Psychology, 1988; 16(6), 771-791. Disponibile en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/the-development-of-an-instrument-to-measure-neighborhood-cohesion
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los puntajes más altos indican niveles de cohesión más altos en el vecindario.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	John C. Buckner john.buckner@childrens.harvard.edu
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Buckner JC. The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. American Journal of Community Psychology, 1988; 16(6), 771-791. doi:10.1007/BF00930892

*A pesar de genuinos y repetidos intentos, no se pudo contactar al (los) desarrollador(es) original(es) y no se obtuvo el permiso ni la orientación para esta medida. Se incluye aquí y se describe de acuerdo con la orientación publicada.

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de apoyo social Oslo 3*
Medio de verificación: Nombre abreviado	OSSS-3
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	17 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La OSSS-3 incluye tres ítems que se consideran predictivos de la salud mental y relacionados con el apoyo social. Se ha utilizado en numerosos estudios y estos han confirmado la viabilidad y validez predictiva de la medida. Se desarrolló como resultado de un análisis de 1717 personas en un barrio de Noruega.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Esta medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://mhpps.net/toolkit/mhpps-m-and-e-mov-toolkit
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Basada en el puntaje bruto, la escala permite generar una puntuación general de resumen (rango 3-14) o categorías de apoyo social (fuerte, promedio y deficiente). Los puntajes y los rangos asociados indican un apoyo deficiente (3 a 8), un apoyo moderado (9 a 11) y un apoyo fuerte (12 a 14).
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Hege Bøen hege.boen@fhi.no Odd Steffen Dalgard odd.steffen.dalgard@fhi.no Espen Bjertness espen.bjertness@medisin.uio.no
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22682023/

*A pesar de genuinos y repetidos intentos, no se pudo contactar al(los) desarrollador(es) original(es) y no se obtuvo el permiso ni la orientación para esta medida. Se incluye aquí y se describe de acuerdo con la orientación publicada.

*A pesar de genuinos y repetidos intentos, no se pudo contactar al (los) desarrollador(es) original(es) y no se obtuvo el permiso ni la orientación para esta medida. Se incluye aquí y se describe de acuerdo con la orientación publicada.

Medio de verificación: Nombre completo	Cuestionario sobre la salud del paciente-9*
Medio de verificación: Nombre abreviado	PHQ-9
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El PHQ-9 es una medida de autoinforme de nueve ítems sobre síntomas de depresión. La medida abreviada se ha utilizado en varios entornos y se ha validado entre múltiples grupos culturales.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	El PHQ-9 es una medida de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instruction-manual-instructions-for-patient-health-questionnaire-phq-and-gad-7-measures-m-and-e
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	La calificación total puede oscilar entre 0 y 27, y los puntajes más altos indican una mayor gravedad de la depresión.
Versiones/medidas relacionadas	PHQ-9-versión modificada para adolescentes.
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Los derechos de autor el PHQ-9 estaban en poder de Pfizer, que proporcionó la subvención educativa a los doctores Spitzer, Williams y Kroenke, quienes originalmente diseñaron la medida. Esto ya no es así, y no se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir la medida PHQ-9.
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Robert Spitzer Dr. Janet B.W. Williams jwilliams@medavante.net Dr. Kurt Kroenke kkroenke@regenstrief.org
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Kroenke K, Spitzer RL and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 2001; 16(9), 606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

*A pesar de genuinos y repetidos intentos, no se pudo contactar al(los) desarrollador(es) original(es) y no se obtuvo el permiso ni la orientación para esta medida. Se incluye aquí y se describe de acuerdo con la orientación publicada.

*Algunos de los medios de verificación recomendados en este marco (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT, ASSIST) son medidas de autoinforme de constructos clínicos. No se recomienda utilizar estas medidas como modo de estimar la prevalencia exacta de las condiciones de la salud mental (es decir, cuántas personas se ven afectadas por una condición en una población). Existen estudios que demuestran que las medidas de autoinforme sobrestiman frecuentemente las tasas de las condiciones de la salud mental.^{14, 15, 16} Se han incluido aquí porque pueden ser útiles para ofrecer una indicación aproximada del impacto de un programa o proyecto de SMAPS sobre el sufrimiento, tal como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Como se menciona en esta guía, antes de usarlos los usuarios de estos medios de verificación deben prestar atención a la evidencia para su validación en el contexto local o en contextos similares.

Medio de verificación: Nombre completo	<u>Centro de referencia sobre apoyo psicosocial de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y Save the Children de Dinamarca - Cuestionario de resiliencia PIA</u>
Medio de verificación: Nombre abreviado	PIA
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Afrontamiento
Aplicable a estos rangos de edad	de 10 a 14 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El PIA, de 20 ítems, ofrece un cuestionario que permite comparar los cambios en indicadores predefinidos del bienestar psicosocial del niño antes y después de una intervención.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>El cuestionario está diseñado para ser administrado por el personal que trabaja con niños. Para utilizar las herramientas se requieren instrucciones mínimas. La evaluación de los datos requiere habilidades básicas en Microsoft Excel.</p> <p>Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/monitoring-and-evaluation-guidelines-for-the-childrens-resilience-programme</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	El cuestionario PIA es una herramienta para ayudar con el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de apoyo psicosocial, que compara los estados “antes” y “después”. Cuando se ingresan los datos del cuestionario en la hoja de Excel, se generan diferentes diagramas automáticamente.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	El cuestionario PIA está diseñado para indicar cambios relativos y para fundamentar proyectos e intervenciones en consonancia con ello. No es adecuado para crear valores absolutos que se puedan comparar entre grupos o incluso proyectos. Es importante señalar también que no representa una investigación médica y que existen muchos factores posibles en el bienestar de un niño. Por ejemplo, los acontecimientos impactantes no pueden capturarse bien en las preguntas estándar y deberán identificarse a través de otros métodos, tales como las entrevistas libres o los debates en grupos focales.
Declaración del desarrollador	Es obligatorio aplicar la herramienta PIA de forma ética evitando el riesgo de daño en todo momento. Por ejemplo, si un niño prefiere no participar en el cuestionario o detenerse en cualquier momento por cualquier motivo, tiene total libertad para hacerlo.
Información de contacto del desarrollador/autor	<p>IFRC Reference Centre for Psychosocial Support psychosocial@ifrc.org</p> <p>Save the Children de Dinamarca</p>
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Monitoring and Evaluation Guidelines for the Children's Resilience Programme. Copenhagen: IFRC Reference Centre for Psychosocial Support y Save the Children; 2012.

Medio de verificación: Nombre completo	Cuestionario del vínculo en el posparto
Medio de verificación: Nombre abreviado	PBQ
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Comportamiento social
Aplicable a estos rangos de edad	de 0 a 5 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El PBQ, de 25 ítems, evalúa la relación madre-hijo para detectar problemas de salud mental posparto.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Este es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/postpartum-bonding-questionnaire-pbq-mov-scoring
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los ítems de cada factor se suman para crear el puntaje total para cada factor. Un puntaje alto indica mayores problemas en la vinculación.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	Es importante recordar que el PBQ es simplemente un cuestionario de detección. Si los puntajes son altos (especialmente el puntaje en el factor 2), es esencial entrevistar a la madre sobre sus respuestas al cuestionario y sus sentimientos hacia el bebé, incluida la ira.
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Ian Brockington i.f.brockington@bham.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-006-0132-1

Medio de verificación: Nombre completo	Lista de verificación de TEPT para DSM-5 ^{*,**}
Medio de verificación: Nombre abreviado	PCL-5
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La PCL-5, de 20 ítems, es una medida de autoinforme que evalúa los 20 síntomas del DSM-5 del TEPT. La PCL-5 tiene una variedad de propósitos, que incluyen el monitoreo de los cambios en los síntomas durante y después del tratamiento, evaluar a las personas para detectar TEPT y hacer un diagnóstico provisional de TEPT.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida es un instrumento de autoinforme. Completar esta encuesta lleva unos 5 - 10 minutos. Se puede obtener una calificación total de gravedad de los síntomas (rango 0-80) sumando los puntajes de cada uno de los 20 ítems. Las calificaciones del DSM-5 para la gravedad del grupo de síntomas se pueden obtener sumando los puntajes de los ítems dentro de un grupo determinado de la siguiente manera: criterio B (ítems 1 a 5), criterio C (ítems 6 a 7), criterio D (ítems 8 a 14) y el criterio E (ítems 15-20). Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/ptsd-checklist-for-dsm-5
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los puntajes más altos indican mayores síntomas de TEPT.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Esta medida está destinada a ser utilizada por investigadores y profesionales de la salud mental calificados. La interpretación del PCL-5 debe ser realizada por un médico.
Información de contacto del desarrollador/autor	National Center for PTSD PTSDconsult@va.gov
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK and Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress, 2015; 28, 489-498. doi:10.1002/jts.22059

*Algunos de los medios de verificación recomendados en este marco (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT, ASSIST) son medidas de autoinforme de constructos clínicos. No se recomienda utilizar estas medidas como modo de estimar la prevalencia exacta de las condiciones de la salud mental (es decir, cuántas personas se ven afectadas por una condición en una población). Existen estudios que demuestran que las medidas de autoinforme sobrestiman frecuentemente las tasas de las condiciones de la salud mental.^{14, 15, 16} Se han incluido aquí porque pueden ser útiles para ofrecer una indicación aproximada del impacto de un programa o proyecto de SMAPS sobre el sufrimiento, tal como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Como se menciona en esta guía, antes de usarlos los usuarios de estos medios de verificación deben prestar atención a la evidencia para su validación en el contexto local o en contextos similares.

** El PCL-5 se utiliza para evaluar los síntomas de TEPT. Aunque el TEPT está incluido en la CIE-11, aprobada por Asamblea Mundial de la Salud, y es, por lo tanto, mundialmente respaldado por los gobiernos, el TEPT es un constructo clínico que solo capta algunos aspectos de la angustia que experimentan las poblaciones afectadas por las situaciones de emergencia. En muchas crisis humanitarias tiende a haber un enfoque inapropiadamente limitado en el TEPT, y el concepto de TEPT suele ser un tema de debate entre las organizaciones humanitarias, las comunidades académicas y el personal clínico.

Medio de verificación: Nombre completo	Herramienta de Evaluación Psicológica para Niños Pequeños de 6 a 36 meses
Medio de verificación: Nombre abreviado	PSYCa 6-36
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	6-36 meses
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	Los 20 elementos del PSYCa 6-36 están diseñados para una detección rápida de las dificultades psicológicas generales de los niños de entre 6 y 36 meses. Consiste en un cuestionario que debe ser respondido por un/a cuidador/a o por los padres, a través de un entrevistador intermediario capacitado, no especializado.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>La medida es una entrevista facilitada por medio de un/a cuidador/a o los padres. Un entrevistador capacitado lee cada ítem uno a uno. Para cada ítem, se les pide a los padres o al/a cuidador/a que respondan “no o no en absoluto”, “a veces u ocasionalmente” o “a menudo o frecuentemente”. El entrevistador califica cada ítem (0, 1 o 2 puntos) según corresponda y al final de la gestión se computa un puntaje total que oscila desde 0 a 40.</p> <p>Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/a-screening-tool-for-psychological-difficulties-in-children-aged-6-to-36-months-cross-cultural-validation-in-kenya-cambodia-and-uganda</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	La calificación del PSYCa 6-36 oscila entre 0 y 40, donde los valores más altos indican mayores problemas psicológicos y la necesidad de una evaluación mayor de la salud mental. Es una herramienta para el tamizaje y la orientación, pero no una herramienta de diagnóstico. Si el puntaje total es superior o igual al límite de 8, el niño debe ser remitido a un especialista para una mayor evaluación.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	<p>Es importante reconocer que una herramienta de detección debe ser utilizada solo en contextos en los que sea posible la remisión a una atención adecuada.</p> <p>El PSYCa 6-36 se beneficiaría de un mayor uso y validación en poblaciones con alto predominio de problemas psicológicos, tales como los migrantes, los refugiados, los menores desplazados internos, los menores que viven en situaciones de conflicto o en el período posterior a un desastre natural. También se necesita investigación adicional en grupos de edad específicos, tales como los niños menores de un año.</p>
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	<p>Fabienne Nackers Fabienne.Nackers@brussels.msf.org Caroline Marquer Caroline.Marquer@epicentre.msf.org</p>
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Nackers F et al. A screening tool for psychological difficulties in children aged 6 to 36 months: cross-cultural validation in Kenya, Cambodia and Uganda. BMC Pediatrics, 2019; 19(1). oi:10.1186/s12887-019-1461-3

Medio de verificación: Nombre completo	Herramienta de Evaluación Psicológica para Niños Pequeños de 3 a 6 meses
Medio de verificación: Nombre abreviado	PSYCa 3-6
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	de 3 a 6 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	Los 20 ítems del PSYCa 3-6 evalúan los problemas psicológicos de niños de entre 3 y 6 años. Es una herramienta para el tamizaje y la orientación, pero no una herramienta de diagnóstico. Consta de una evaluación con diferentes escalas que ha de ser rellenada por los padres o el/la cuidador/a con la ayuda de una persona capacitada formalmente para realizar entrevistas.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>La medida es una entrevista facilitada por medio de un/a cuidador/a o los padres. Un entrevistador capacitado lee cada ítem uno a uno. Para cada ítem, se les pide a los padres o al/a la cuidador/a que respondan "no o no en absoluto", "a veces u ocasionalmente" o "a menudo o frecuentemente". El entrevistador califica cada ítem (0, 1 o 2 puntos) según corresponda y al final de la gestión se computa un puntaje total que va de 0 a 44.</p> <p>Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/a-rapid-screening-tool-for-psychological-distress-in-children-36years-old-results-of-a-validation-study</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	La calificación del PSYCa 3-6 puede ir desde 0 hasta 44 (calculando un número de 0, 1 o 2 por columna). El límite es 9. Para cualquier puntaje de 9 o mayor, el niño debe ser remitido para recibir una evaluación adicional.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	Es importante reconocer que una herramienta de detección debe ser utilizada solo en contextos en los que sea posible la remisión a una atención adecuada. El objetivo de los autores era garantizar que la escala fuera lo suficientemente flexible, basada en la evidencia, cultural y socialmente apropiada, adecuada para la edad, y también estandarizada para posibilitar comparaciones interculturales. Sin embargo, hasta la fecha solo se han producido dos validaciones de confirmación.
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Caroline Marquer caroline.marquer@epicentre.msf.org
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Marquer C, Barry C, Mouchenik Y, Hustache S, Djibo D, Manzo M. et al. A rapid screening tool for psychological distress in children 3-6 years old: results of a validation study. BMC Psychiatry, 2012; 12(1), 170. doi:10.1186/1471-244x-12-170

Medio de verificación: Nombre completo	Perfiles de los Resultados Psicológicos
Medio de verificación: Nombre abreviado	PSYCHLOPS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Funcionamiento, bienestar subjetivo, angustia incapacitante/síntomas
Aplicable a estos rangos de edad	18-25, 6-59, 60+
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El PSYCHLOPS, de cinco ítems, es una medida diseñada para evaluar los resultados generados por el cliente. Consiste en cuatro preguntas que miden tres dominios: los problemas, el funcionamiento y el bienestar.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	El PSYCHLOPS es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: Disponible en PSYCHLOPS.org: http://psychlops.org.uk/versions
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	El PSYCHLOPS incluye tanto componentes cualitativos como cuantitativos. Las respuestas de texto libre se obtienen para los dominios sobre problemas y funcionamiento. Las respuestas cuantitativas se califican en una escala de seis puntos ordinales, lo que produce un puntaje máximo de 18 (seis puntos por dominio).
Versiones/medidas relacionadas	El PSYCHLOPS se ha traducido a diferentes idiomas que están disponibles en el siguiente enlace: http://psychlops.org.uk/versions
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Desde 2015 el acceso a todas las versiones de PSYCHLOPS está disponible de manera gratuita (“copyleft”).
Información de contacto del desarrollador/autor	Mark Ashworth mark.ashworth@kcl.ac.uk Maria Kordowicz maria.kordowicz@kcl.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Ashworth M, Shepherd M, Christey J, Matthews V, Wright K, Parmentier H et al. A client-generated psychometric instrument: the development of 'PSYCHLOPS'. <i>Counselling and Psychotherapy Research</i> , 2004; 4(2), 27-31.

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de Comportamiento Informado e Intencionado
Medio de verificación: Nombre abreviado	RIBS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Comportamiento social
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	Los ocho ítems de RIBS se pueden utilizar para evaluar y detectar la discriminación relacionada con la salud mental por parte de la comunidad. Varios estudios han demostrado la importancia y la elevada incidencia de discriminación que sufren los usuarios de los servicios de salud mental. El objetivo de RIBS es medir y supervisar esa discriminación.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Esta medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la administración y calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instructions-for-using-the-reported-and-intended-behaviour-scale-ribs
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los ítems del 5 al 8 de RIBS se califican en una escala ordinal (1–5). Los ítems en los que el encuestado está completamente de acuerdo en cuanto a la ejecución del comportamiento en cuestión tienen un valor de 5, mientras que los ítems en los que el individuo está completamente en desacuerdo en cuanto a la realización de ese comportamiento se califican con 1 punto. El puntaje total de cada participante se calcula sumando todos los valores de las respuestas de los ítems del 5 al 8. “No lo sé” se considera como neutro (es decir, 3) a efectos de determinar un puntaje total. Dado que los ítems del 1 al 4 solo calculan la prevalencia de los comportamientos y que los encuestados pueden haber incurrido en esos comportamientos o no, no se les asigna ningún valor de puntuación.
Versiones/medidas relacionadas	Se han realizado muchas traducciones. Para mayor información, consulte: http://www.indigo-group.org/stigma-scales/
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk Sra. Maria Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Medio de verificación: Nombre completo	Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil-25*
Medio de verificación: Nombre abreviado	RCADS-25
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes
Aplicable a estos rangos de edad	De 8 a 18 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	Los 25 ítems de RCADS-25 se califican usando hojas de cálculo o sintaxis disponibles a través del desarrollador (https://www.childfirst.ucla.edu/resources/); o manualmente, donde a cada ítem se le asigna un valor de 0 a 3, siendo 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo y 3 = siempre. Para cada subescala, los valores numéricos para cada ítem se suman juntos.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhps.net/toolkit/mhps-m-and-e-mov-toolkit/resource/revised-childrens-anxiety-and-depression-scale-users-guide
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Un puntaje T de 65 significa que está, aproximadamente, en el 7% de calificaciones más altas de jóvenes de la misma edad que no han sido derivados (descritos como límite clínico por el desarrollador). Un puntaje de 70 está, aproximadamente, en el 2% de calificaciones más altas para jóvenes de la misma edad que no han sido derivados.
Versiones/medidas relacionadas	Consulte el siguiente enlace: https://www.childfirst.ucla.edu/resources/
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	El RCADS y sus obras derivadas (incluidas las traducciones) poseen los derechos de autor de Chorpita y Spence. En el momento de su publicación, el RCADS estaba disponible para su uso a través del Dr. Chorpita, en su página de recursos de UCLA sin costo alguno (https://www.childfirst.ucla.edu/resources/). Sin embargo, esta situación puede verse modificada. Se recomienda que se revisen los términos y condiciones de uso antes de su implementación, teniendo en cuenta que cualquier uso de estos instrumentos implica que el usuario ha leído y aceptado los términos y condiciones de uso en ese momento.
Información de contacto del desarrollador/autor	Chad Ebesutani ebesutani@duksung.ac.kr Bruce Chorpita chorpita@ucla.edu
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Ebesutani C, Korathu-Larson P, Nakamura BJ, Higa-McMillan C and Chorpita B. The Revised Child Anxiety and Depression Scale 25-Parent Version: Scale Development and Validation in a School-Based and Clinical Sample. <i>Assessment</i> , 2017; 24(6), 712-728. doi:10.1177/1073191115627012

*Algunos de los medios de verificación recomendados en este marco (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT, ASSIST) son medidas de autoinforme de constructos clínicos. No se recomienda utilizar estas medidas como modo de estimar la prevalencia exacta de las condiciones de la salud mental (es decir, cuántas personas se ven afectadas por una condición en una población). Existen estudios que demuestran que las medidas de autoinforme sobrestiman frecuentemente las tasas de las condiciones de la salud mental.^{14, 15, 16} Se han incluido aquí porque pueden ser útiles para ofrecer una indicación aproximada del impacto de un programa o proyecto de SMAPS sobre el sufrimiento, tal como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Como se menciona en esta guía, antes de usarlos los usuarios de estos medios de verificación deben prestar atención a la evidencia para su validación en el contexto local o en contextos similares.

Medio de verificación: Nombre completo	Herramienta Adaptada Breve de Evaluación del Capital Social
Medio de verificación: Nombre abreviado	SASCAT
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La SASCAT, de nueve ítems, es una versión modificada de la Herramienta Adaptada de Evaluación del Capital Social (A-SCAT) y se utiliza para medir el capital social individual de los cuidadores de niños de entre 1 y 8 años. La medida se usó por primera vez en un estudio realizado por Young Lives para explorar la asociación entre el capital social de los cuidadores y los diferentes aspectos del bienestar del niño, por ejemplo, los resultados educativos y la salud física y mental. Esta herramienta puede usarse también para medir el capital social ecológico administrándola a una muestra representativa de la comunidad y sumando sus respuestas.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>Este instrumento se administra por medio de un entrevistador.</p> <p>Enlace a la calificación: De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME and Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. <i>Social Science & Medicine</i>, 2006; 62(4), 941-953. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.050</p> <p>De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T and Kenward MG. Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. <i>Social Science & Medicine</i>, 2007; 64(1), 5-20. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.050</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Un puntaje más alto indica un mayor capital social.
Versiones/medidas relacionadas	El SASCAT se ha traducido a varios idiomas.
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Mary J. De Silva
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME and Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. <i>Social Science & Medicine</i> , 2006; 62(4), 941-953. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.050

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de Conexión Social - Revisada
Medio de verificación: Nombre abreviado	SCS-R
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	Esta escala de 20 ítems se utiliza para evaluar la medida en que las personas se sienten conectadas con otras en su área social más cercana. Se evalúa mediante una escala de Likert, donde 1 se refiere a "en desacuerdo total" y 6 se refiere a "completamente de acuerdo".
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>La escala es un instrumento de autoinforme.</p> <p>Enlace a la calificación: Lee RM, Draper M and Lee S. Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. <i>Journal of Counseling Psychology</i>, 2001; 48, 310-318.</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Sobre la base del análisis factorial, el SCS-R consiste en 20 ítems originales (10 positivos y 10 negativos). Los ítems formulados de forma negativa se califican de manera inversa y se suman a los ítems formulados de forma positiva para crear un puntaje de escala con un rango que puede ir de 20 a 120. La calificación media de un ítem con un rango posible de 1 a 6 se puede también calcular dividiendo el total del puntaje de escala por 20 (o el número de ítems de la escala). Los puntajes más altos obtenidos en el SCS-R reflejan un fuerte sentido de conexión social.
Versiones/medidas relacionadas	<p>Esta medida se ha traducido a más de 15 idiomas. Existen también otras versiones, como se describen a continuación:</p> <p>Versión de 15 ítems de la escala: Lee RM, Dean BL and Jung KR. Social connectedness, extraversion, and subjective well-being: Testing a mediation model. <i>Personality and Individual Differences</i>, 2008; 45(5), 414-419. doi:10.1016/j.paid.2008.05.017</p> <p>Versión modificada de Conexión con los padres: http://jea.sagepub.com/content/early/2010/09/02/0272431610376249</p>
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	No existe una calificación separada o un manual de interpretación. Tampoco existe un puntaje límite, puesto que la escala debe ser usada como una variable continua. El uso de esta medida requiere del permiso de sus autores.
Información de contacto del desarrollador/autor	Dr Richard M. Lee richlee@umn.edu
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Lee RM, Draper M and Lee S. Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. <i>Journal of Counseling Psychology</i> , 2001; 48(3), 310.

Medio de verificación: Nombre completo	Cuestionario de Capacidades y Dificultades
Medio de verificación: Nombre abreviado	SDQ
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Angustia/síntomas incapacitantes; comportamiento social
Aplicable a estos rangos de edad	De 2 a 17 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El SDQ, de 25 ítems, es un breve cuestionario de evaluación de comportamiento que se usa para personas de entre 2 y 17 años. Existe en varias versiones para cubrir las distintas necesidades. Todas las versiones del SDQ preguntan sobre 25 atributos, algunos positivos y otros negativos. Estos 25 ítems se dividen en cinco escalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad/falta de atención, problemas de relación con grupos de iguales y comportamiento prosocial.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	El SDQ es un instrumento de autoinforme y puede calificarse tanto manualmente como en línea. Para registrarse en el sistema en línea para administrar y calificar el SDQ, envíe un correo electrónico a: sdq.scoring@gmail.com . Las versiones para imprimir pueden descargarse en: http://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py , después de registrarse. Todo uso informático o conversión del SDQ está sujeto a una licencia o al pago de una tasa.
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Aunque el SDQ puede descargarse gratuitamente y puede calificarse manualmente, dado el nivel de errores en el puntaje, los autores recomiendan el uso de la versión de calificación en línea que está disponible a un precio reducido, desde USD 0,25. Para más información, consulte https://admin.sdqscore.org .
Versiones/medidas relacionadas	Existen varias versiones del SDQ. Véase http://sdqinfo.org/
Limitaciones	Aviso de derechos de autor: Por favor, tenga en cuenta que el Cuestionario de Capacidades y Dificultades , ya sea en inglés o traducido, es un documento que posee derechos de autor y no es de dominio público . Por ello, no debe modificarse de ninguna manera (por ejemplo, cambiando palabras de las preguntas, añadiendo preguntas o administrando solo subgrupos de preguntas). Esto es para asegurar que el SDQ sea completamente comparable a través de distintos estudios y contextos. Asimismo, para garantizar una alta calidad y uniformidad, las traducciones no autorizadas no están permitidas. Las versiones en papel se pueden descargar y posteriormente fotocopiar sin cargo alguno para las personas y las organizaciones sin ánimo de lucro, siempre y cuando no se cobre a las familias. No se permite a los usuarios crear o distribuir versiones electrónicas para ningún propósito sin previa autorización de youthinmind. Si está interesado en hacer traducciones o crear versiones electrónicas, DEBE primero contactar con youthinmind@gmail.com .
Declaración del desarrollador	El SDQ se presenta como es y ha sido usado ampliamente y con éxito sobre esta base sin ninguna queja.
Información de contacto del desarrollador/autor	Professor Robert Goodman youthinmind@gmail.com
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://sdqinfo.org/

Medio de verificación: Nombre completo	Programa de Apoyo al Sistema de Protección Social
Medio de verificación: Nombre abreviado	SSIS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	De 8 a 13 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El SSIS es una medida de cuatro ítems que pregunta a los niños qué tipo de ayuda social reciben, lo que incluye el apoyo material, emocional, de orientación, y juego y apoyo social. Las respuestas oscilan en una escala de 0 a 5. Los niños pueden nombrar hasta cinco personas de las que reciben apoyo a través de los cuatro dominios. El número de los posibles miembros de la red que proporcionan apoyo se obtiene sumando a través de los cuatro dominios para crear un índice de apoyo que varía entre 0 y 20.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Este es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/social-support-inventory-scheme-scoring
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	A partir del SSIS se pueden calcular dos tipos de medida de resumen: (a) de quién se ha recibido el apoyo social (de los padres, los hermanos, del clan familiar, de los pares y adultos fuera del hogar; rango de 0 a 5) y (b) qué tipo de apoyo social se ha recibido (material, emocional, de orientación, juego y apoyo social). La cantidad de los posibles miembros de la red social que brindaron apoyo se obtiene sumando a través de los cuatro dominios para crear un índice de apoyo que varía entre 0 y 20.
Versiones/medidas relacionadas	La medida se ha adaptado para su uso en varios otros estudios, incluyendo en Indonesia: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182378 y en Burundi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994237/
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	La medida es gratuita tanto para su uso como para adaptarla.
Información de contacto del desarrollador/autor	Brechtje Paardekooper brechtje@brechtje.nl
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	

Medio de verificación: Nombre completo	Breve Escala de Bienestar Mental de Warwick–Edinburgh
Medio de verificación: Nombre abreviado	SWEMWBS (también conocida como WEMWBS-7)
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Bienestar subjetivo
Aplicable a estos rangos de edad	11-17, 18-25, 26-59, 60+
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La SWEMWBS es una versión breve de siete ítems de la WEMWBS, creada para facilitar el monitoreo del bienestar mental en la población en general y la evaluación de las intervenciones y las políticas cuyo objetivo es mejorar el bienestar mental.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>La SWEMWBS es una medida de autoinforme; las respuestas se recopilan tanto en papel como digitalmente. La SWEMWBS recoge las experiencias de las dos últimas semanas y no se debe volver a ser administrada antes de dos semanas.</p> <p>Más información sobre esta escala está disponible aquí: https://warwick.ac.uk/wemwbs</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Cada una de las respuestas de los siete ítems de SWEMWBS se califica de 1 (nunca) a 5 (todo el tiempo), y el total del puntaje de la escala se calcula sumando los puntajes individuales de cada ítem y transformándolos con una simple tabla. Las calificaciones obtenidas se pueden comparar con las de otras poblaciones que usen la prueba t. Se proporciona una guía para el usuario bajo una licencia. Esta guía incluye un cuaderno para la calificación, información sobre los agrupamientos y los puntos de corte, así como una hoja de cálculo para calcular la prueba t. Véase: https://warwick.ac.uk/wemwbs/using
Versiones/medidas relacionadas	Algunas de las traducciones y adaptaciones están disponibles a través del enlace anterior, junto con instrucciones sobre cómo solicitar permiso para su traducción.
Limitaciones	La SWEMWBS no es una medida de diagnóstico y no se ha sido creada para detectar enfermedades mentales. No se ha validado con este propósito y no debe utilizarse para ese fin.
Declaración del desarrollador	La SWEMWBS está sujeta a derechos de autor (© The University of Warwick) y se requiere una licencia para usarla. Esta licencia está disponible de manera gratuita para organizaciones no comerciales, lo que incluye solo a organizaciones del sector público (por ejemplo, universidades, escuelas, salud pública, servicios sociales y ONG), organizaciones benéficas registradas, empresas de interés para la comunidad registradas y empresas sociales registradas. Para más información sobre el tipo de licencia requerida y para solicitarla en línea, visite: https://warwick.ac.uk/wemwbs/using
Información de contacto del desarrollador/autor	Profesora Sarah Stewart-Brown Si tiene alguna consulta, por favor utilice wemwbs@warwick.ac.uk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish health education population survey. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 2009;7(1):15.

Medio de verificación: Nombre completo	Escala de Bienestar Infantil de Stirling*
Medio de verificación: Nombre abreviado	SCWBS
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Bienestar subjetivo
Aplicable a estos rangos de edad	Entre 8 y 15 años
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La SCWBS, de 12 ítems, fue creada por el Stirling Council Educational Psychology Service (Reino Unido), como una medida del bienestar psicológico y emocional de los niños redactada de forma holística y positiva. Teniendo en cuenta las actuales teorías de bienestar y de psicología positiva, el objetivo fue proporcionar los medios para medir la efectividad de las intervenciones y los proyectos diseñados para promover el bienestar infantil y el desarrollo emocional.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	Este es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/emotional-and-psychological-wellbeing-in-children-the-standardisation-of-the-stirling-childrens-wellbeing-scale
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Para los niños que obtienen una calificación baja en esta medida, se debe considerar la opción de proceder a una evaluación adicional de su salud mental.
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	Ian Liddle, Stirling Council Educational Psychology Service, Stirling Council, UK Liddle.ian@gmail.com
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://pdfs.semanticscholar.org/8def/e9c4648f44088d0e508e8248747523c7f885.pdf

*A pesar de genuinos y repetidos intentos, no se pudo contactar al (los) desarrollador(es) original(es) y no se obtuvo el permiso ni la orientación para esta medida. Se incluye aquí y se describe de acuerdo con la orientación publicada.

Medio de verificación: Nombre completo	Índice de Bienestar General
Medio de verificación: Nombre abreviado	WHO-5
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Bienestar subjetivo
Aplicable a estos rangos de edad	9 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El WHO-5, de cinco ítems, fue presentado por primera vez por la Oficina Regional de la OMS para Europa en una reunión de la OMS celebrada en Estocolmo en 1998 como un elemento del proyecto DepCare sobre las medidas de bienestar en la atención primaria de salud. Desde ese momento, el WHO-5 ha sido validado por varios estudios con respecto a su validez tanto clínica como psicométrica. Mide la calidad de vida subjetiva basándose en el estado de ánimo positivo (buen humor, relajación), la vitalidad (mantenerse activo y despertarse fresco y descansado) y el interés general (sentirse interesado por cosas).
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	La medida es un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	El total del puntaje bruto, que oscila entre 0 y 25, se multiplica por 4 para obtener el puntaje final. El 0 representa el peor estado de bienestar que se pueda imaginar y el 100 representa el mejor bienestar posible. Los puntajes límite que necesitan tratamiento se han recomendado y están disponibles en la Tabla 4 del artículo del siguiente enlace: https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1451918
Versiones/medidas relacionadas	
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Este cuestionario es de dominio público y puede usarse gratuitamente sin costo adicional, pero haciendo la siguiente referencia: Bech P. Clinical Psychometrics. Oxford, Wiley-Blackwell; 2012. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-being Index: A systematic review of the Literature. Psychotherapy & Psychosomatics. 2015;84(3):167-76
Información de contacto del desarrollador/autor	Psychiatric Center North Zealand, Psychiatric Research Unit pcnordsjaelland@regionh.dk ; kate.aamund@regionh.dk
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_English.pdf

Medio de verificación: Nombre completo	Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad 2.0 de la OMS
Medio de verificación: Nombre abreviado	WHODAS 2.0
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Funcionamiento
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	El cuestionario WHODAS 2.0 (la versión de 12 ítems) es un instrumento de evaluación corto, simple y genérico de la salud y la discapacidad de la población adulta. Mide las facultades cognitivas, la movilidad, el cuidado personal, el llevarse bien con otros, las actividades de la vida diaria y la participación. Esta medida se desarrolló en base a un extenso estudio intercultural que abarcaba 19 países de todo el mundo.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	El WHODAS 2.0 está disponible tanto como entrevista como un instrumento de autoinforme. Enlace a la calificación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	En el WHODAS 2.0 se suman los puntajes asignados a cada uno de los 12 ítems. La simple suma de estas puntuaciones a través de todos los dominios constituye una estadística que es suficiente para describir el grado de las limitaciones funcionales.
Versiones/medidas relacionadas	Así como la versión de 12 ítems, el WHODAS 2.0 tiene una versión de 36 ítems y una versión en forma de entrevista.
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	
Información de contacto del desarrollador/autor	El WHODAS 2.0 es un instrumento de la OMS. Para solicitar permiso para usar cualquier instrumento de la OMS, por favor contacte con permissions@who.int
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/

Medio de verificación: Nombre completo	Subescala social WHOQOL
Medio de verificación: Nombre abreviado	Subescala Social de la Calidad de Vida de la OMS - WHOQOL Social
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Conexión social
Aplicable a estos rangos de edad	18-25, 6-59, 60+
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La Subescala Social de la escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL), de 12 ítems, explora el grado en que las personas se sienten acompañadas y apoyadas. También mide el compromiso y la experiencia en el cuidado de otras personas. Incluye un examen de las relaciones personales, del apoyo social y de la actividad sexual.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>El WHOQOL puede ser autoadministrado si los encuestados tienen la capacidad suficiente para hacerlo; si no es así, se puede utilizar en forma de entrevista o recibir la asistencia de un entrevistador.</p> <p>Para más información sobre la administración del cuestionario, la calificación y los antecedentes de la escala, se encuentra disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/australian-version-manual-and-and-questionnaires-whoqol-100</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	<p>El puntaje social del WHOQOL es una "puntuación de dominio" que resulta de la media de las tres puntuaciones de cada faceta: relaciones personales, apoyo social y actividad sexual. Las facetas se califican a través de una escala sumativa y cada ítem contribuye de igual manera a la puntuación de la faceta. Los puntajes de dominio y de faceta se pueden transformar en una escala de 0 a 100.</p> <p>Más información se encuentra disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/australian-version-manual-and-and-questionnaires-whoqol-100</p>
Versiones/medidas relacionadas	El WHOQOL ha sido traducido a más de 20 idiomas. Para más información, consulte la sección 9 del sitio web de WHOQOL: https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index2.html
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Los derechos de autor de WHOQOL pertenecen a la OMS en nombre de los centros colaboradores de la OMS. Para solicitar permiso para usar cualquier instrumento de la OMS, por favor contacte: permissions@who.int
Información de contacto del desarrollador/autor	Contacto: permissions@who.int
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	WHOQUAL User Manual, 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Medio de verificación: Nombre completo	Calidad de Vida de la OMS-BREF
Medio de verificación: Nombre abreviado	WHOQOL-BREF
Indicador(es) importante(s) de impacto del objetivo	Bienestar subjetivo
Aplicable a estos rangos de edad	18 años y mayores
Resumen del medio de verificación (incluida la información sobre la evaluación, el monitoreo, la prueba anterior/posterior, etc.)	La OMS creó el WHOQOL-BREF, de 26 ítems, como una versión reducida del WHOQOL-100. Ambas escalas miden la calidad de vida basándose en declaraciones hechas por los pacientes con una serie de enfermedades, por gente sana y por profesionales de la salud en varias culturas.
Notas sobre la administración e instrucciones sobre la calificación (quién está más cualificado para administrarla; enlace a las plantillas de puntaje)	<p>El WHOQOL-BREF debe ser autoadministrado si los encuestados tienen la suficiente habilidad; si no, se puede administrar con la ayuda de un entrevistador o mediante una entrevista.</p> <p>La información sobre la calificación del WHOQOL-BREF se encuentra disponible en el manual de WHOQOL (en la página 54 de la versión en inglés): https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/world-health-organization-quality-of-life-whoqol-user-manual</p>
Resumen de la calificación y de las interpretaciones (por ejemplo, el resultado esperado del puntaje y su significado)	Los ítems del WHOQOL-BREF se califican usando una escala de cinco puntos (1-5). Tenga en cuenta que algunos ítems se califican en forma inversa. La puntuación promedio de los ítems de cada dominio se utilizan para producir cuatro puntuaciones de dominio. Esta puntuación promedio se puede transformar para compararla con la medida de la escala completa WHOQOL-100. Los puntajes más altos indican una mayor calidad de vida.
Versiones/medidas relacionadas	El WHOQOL ha sido traducido a más de 20 idiomas. Para más información, consulte la sección 9 del sitio web de WHOQOL: https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index2.html
Limitaciones	
Declaración del desarrollador	Los derechos de autor de WHOQOL pertenecen a la OMS en nombre de los centros colaboradores de la OMS. Para solicitar permiso para usar cualquier instrumento de la OMS, por favor contacte: permissions@who.int
Información de contacto del desarrollador/autor	Contacto: permissions@who.int
Punto de acceso original (a la fecha de publicación)	The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - BREF. WHO; 2004. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/english_whoqol.pdf

Resumen de los enfoques de los medios de verificación cualitativos recomendados

Medio de verificación: Nombre completo	Mapeo corporal
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Mapeo
Aplicable a estos rangos de edad	De 6 a 17 años de edad**
Resumen del medio de verificación	El mapeo corporal consiste en un proceso de creación de representaciones visuales que exploran de forma holística la mente y el cuerpo de las personas. El mapeo corporal se ha usado en proyectos participativos que exploran muchos temas y con muchas poblaciones, incluidas las personas con VIH/sida, jóvenes refugiados, trabajadores indocumentados, personas con fibromialgia, supervivientes de torturas y supervivientes de violencia por motivos de género. Los recursos requeridos incluyen hojas de papel o piezas grandes de tela y rotuladores u otras herramientas para escribir.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para orientación sobre la administración, consulte: Solomon J. "Living with X": A body mapping journey in time of HIV and AIDS. Facilitator's Guide. Psychosocial Wellbeing Series. Johannesburg: REPSSI; 2002. Enlace para la orientación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	Por favor tenga en cuenta que existen varios enfoques para llevar a cabo el mapeo corporal. También es importante que cuando considere este enfoque tenga en cuenta el contexto cultural. En algunos contextos es apropiado que los hombres conduzcan las charlas sobre el mapeo corporal con otros hombres y las mujeres con otras mujeres. Además, considere que el mapeo corporal puede causar angustia en algunos grupos, tales como los supervivientes de violencia sexual y por motivos de género, y solo se debe de realizar bajo la supervisión de proveedores con experiencia en Salud Mental y Apoyo Psicosocial y en violencia por motivos de género. Asegúrese de que los equipos estén capacitados para apoyar a las personas que sufren y de implementar el enfoque apropiadamente con varios grupos. El mapeo corporal no se recomienda para su uso con personas que tienen lesiones relacionadas con conflictos o con personas que han perdido una extremidad (por ejemplo, víctimas de restos explosivos de guerra).
Recursos para una orientación adicional	Cornwall A. Mapeo corporal en RRA/PRA, notas de RRA. 1992. In Welbourn A, ed. RRANotes 16, Special issue on applications for health, pp.69-76. London: International Institute for Environment and Development. Gastaldo D, Magalhães L, Carrasco C and Davy C. Body-map storytelling as research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012.

** El mapeo corporal también puede ser aplicable a participantes de 18 años o mayores dependiendo de la cultura y el contexto.

Medio de verificación: Nombre completo	Entrevista etnográfica breve
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Las entrevistas etnográficas breves pueden realizarse para recopilar y evaluar los indicadores de bienestar.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para orientación sobre la administración, consulte: Tacchi JA, Fildes J, Martin K, Mullenhalli K, Baulch E and Skuse A. Ethnographic Action Research Handbook. UNESCO; 2007. Enlace para la orientación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	
Recursos para una orientación adicional	International Medical Corps. Summary Report: Ethnographic Assessment of Psychosocial Needs of Children at Vasilika Camp. Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Medio de verificación: Nombre completo	Tarjetas o estímulos visuales
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Discusiones en grupos focales; entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	6 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Pueden utilizarse tarjetas o indicadores visuales para incitar el debate en torno a los resultados y los indicadores.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	La Herramienta de evaluación participativa comunitaria (CPET, por sus siglas en inglés) utiliza imágenes tales como tablas, mapas comunitarios y matrices de problemas/soluciones en los grupos focales como parte de un método participativo para el diseño y el monitoreo y la evaluación de los programas centrados en los niños en los contextos de emergencia. Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	
Recursos para una orientación adicional	Bragin M. The Community Participatory Evaluation Tool for Psychosocial Programs: A guide to implementation. Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, 2005; 3(1), 3–24. United Nations High Commissioner for Refugees. Listen and Learn: Participatory Assessment with Children and Adolescents. Ginebra: UNHCR; 2012.

Medio de verificación: Nombre completo	Debates en grupos focales clásicos
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Debates en grupos focales (DGF)
Aplicable a estos rangos de edad	6 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Los DGF clásicos consisten en hacer participar a miembros de un grupo en conversaciones abiertas o semiestructuradas sobre temas de interés, tales como proyectos, intervenciones, resultados o indicadores.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para una orientación en la administración, consulte los capítulos 3 y 16 en: International Organization for Migration. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. Ginebra: OIM, 2019. Enlace para la guía: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	Las presiones sociales para responder de una forma aceptable pueden ser comunes en estos grupos. Adicionalmente, los DGF pueden exacerbar los desequilibrios de poder existentes dentro de una comunidad. Como resultado, es mejor que los datos sean triangulados con otros enfoques para asegurar su validez. Limitaciones para los DGF con niños y jóvenes: Los DGF pueden sentirse como demasiado formales, presionados, intimidantes o controlados por adultos y los jóvenes pueden sentirse incapaces de compartir sus puntos de vista. Los niños menores pueden también sentirse más cómodos comunicándose de otras formas (por ejemplo, dibujando, con historias, mediante el juego) y, por ello, los DGF pueden ser solo parcialmente informativos.
Recursos para una orientación adicional	Ventevogel P, Jordans M, Reis R and De Jong J. Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. Conflict and Health, 2013; 7(1), 3. doi:10.1186/1752-1505-7-3 Para orientación con respecto a niños y adolescentes: United Nations High Commissioner for Refugees. Listen and Learn: Participatory Assessment with Children and Adolescents. Ginebra: UNHCR; 2012.

Medio de verificación: Nombre completo	Anotaciones en un diario
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Métodos creativos de generación de datos
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Las anotaciones en un diario requieren que los participantes documenten sus experiencias en un diario que pueda analizarse posteriormente.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	
Limitaciones	Los participantes pueden compartir información personal extensa en los diarios. Como resultado, al usar este enfoque se deben implementar estrategias para asegurar la confidencialidad y otras preocupaciones éticas, tales como crear entradas anónimas con nombres y detalles enmascarados. Los participantes también deben ser informados cuidadosamente sobre el riesgo potencial involucrado si perdieran un diario que contiene información sensible. Adicionalmente, las entradas de los diarios pueden ser un proceso estresante para las personas que enfrentan la adversidad. Por lo tanto, es importante asegurar que se den instrucciones claras y se establezcan objetivos concretos para el ejercicio.
Recursos para una orientación adicional	

Medio de verificación: Nombre completo	<u>Análisis documental</u>
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Observación y documentación
Aplicable a estos rangos de edad	Todas las edades
Resumen del medio de verificación	El análisis documental consiste en la revisión de los datos o la información del proyecto a fin de evaluar el impacto.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	<p>Para una guía sobre la administración, consulte la Herramienta 1 en: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. IASC RG SMAPS; 2012.</p> <p>Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limitaciones	El análisis documental se beneficia en gran manera de la participación de los investigadores y médicos nacionales tomados de la comunidad o del país afectado por la emergencia. A menudo ellos tienen acceso a literatura gris y a fuentes informales de información a la que los médicos internacionales no tienen acceso, y también tienen los conocimientos culturales y lingüísticos para analizar e interpretar los documentos e informes.
Recursos para una orientación adicional	<p>International Organization for Migration. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. Ginebra: IOM, 2019. https://www.iom.int/mhpmed</p> <p>Organización Mundial de la Salud y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Medio de verificación: Nombre completo	Lista libre
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Discusiones en grupos focales; entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	La lista libre invita a los grupos a identificar los problemas que los afectan.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	<p>Para una guía sobre la administración, consulte la Herramienta 2 en: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. IASC RG SMAPS; 2012.</p> <p>Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limitaciones	<p>Las presiones sociales para responder de una forma aceptable pueden ser comunes en estos grupos. Adicionalmente, los DGF pueden exacerbar los desequilibrios de poder existentes dentro de una comunidad. Como resultado, los datos deberían ser triangulados con otros enfoques para asegurar su validez.</p> <p>Adicionalmente, es más probable que la lista libre sea más útil cuando se usa con individuos o grupos homogéneos. Como resultado, la composición del grupo puede ser definida mejor en parte por género y edad para asegurar la precisión de la información y la seguridad de los participantes.</p>
Recursos para una orientación adicional	<p>Organización Mundial de la Salud y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Medio de verificación: Nombre completo	Entrevistas a informantes clave
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Para evaluar los resultados después de una actividad de SMAPS pueden realizarse entrevistas con informantes clave (KII, por sus siglas en inglés).
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	<p>Para una guía sobre la administración, consulte la Herramienta 3 en: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. IASC RG SMAPS; 2012.</p> <p>Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limitaciones	<p>Los entrevistadores deben estar capacitados en técnicas de entrevista para evitar influir las respuestas de los informantes.</p> <p>Adicionalmente, es esencial que se identifique una muestra representativa para que participe en las KII. Sin embargo, identificar una muestra representativa adecuada puede ser difícil. Las personas con discapacidad, las personas mayores y las mujeres en las sociedades más tradicionales a menudo son excluidos.</p>
Recursos para una orientación adicional	<p>International Organization for Migration. Psychosocial Needs Assessment in Emergency Displacement, Early Recovery, and Return. Ginebra: OIM, 2009. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p> <p>Organización Mundial de la Salud y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. Ginebra: OMS, 2012. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Medio de verificación: Nombre completo	Línea de vida
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Mapeo; discusiones en grupos focales
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Las actividades de línea de vida invitan a individuos o miembros de un grupo a crear una línea de vida de los eventos importantes y a hablar sobre el impacto de las acciones de SMAPS. Al revisar los eventos, los debates de la actividad de línea de vida también pueden enfocarse en cómo los individuos han superado una adversidad similar en el pasado (por ejemplo, en comunidades con desastres naturales frecuentes/cíclicos o que se enfrentan al cambio climático o conflictos).
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para orientación sobre la administración, consulte: NGO-Ideas. Tiny tools: Guide to use "Lifeline". 2012. Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	Es esencial que las personas no sean forzadas a participar si no lo desean. La participación debe ser enteramente voluntaria y los participantes deben ser libres de compartir tanto o tan poco como deseen. Adicionalmente, la línea de vida requiere un enfoque realmente participativo. Los resultados deben ser interpretados en el contexto de otros enfoques triangulados para asegurar la validez de los datos reunidos.
Recursos para una orientación adicional	

Medio de verificación: Nombre completo	Cambio más significativo (MSC, por sus siglas en inglés)
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	La técnica del "cambio más significativo" es una forma de monitoreo y evaluación cualitativa y participativa que puede ser usada con individuos, familias o grupos poblacionales específicos. Se basa en la recolección, selección sistemática y análisis de historias de cambios significativos atribuidos a una intervención.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para orientación sobre la administración, consulte: Davies R and Dart J. The 'Most Significant Change' (MSC) Technique: A Guide to Its Use. 2005. Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit Enlace para la orientación: Esta guía y otros recursos disponibles para apoyar la implementación del método MSC están disponibles en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	Es esencial que las personas no sean forzadas a participar si no lo desean. La participación debe ser enteramente voluntaria y los participantes deben ser libres de compartir tanto o tan poco como deseen. Adicionalmente, el MSC requiere un enfoque realmente participativo. Los resultados deben ser interpretados en el contexto de otros enfoques triangulados para asegurar la validez de los datos reunidos.
Recursos para una orientación adicional	Dart J and Davies R. A dialogical, story-based evaluation tool: The most significant change technique. American Journal of Evaluation, 2003; 2.4(2), 137-155. doi:10.1177/109821400302400202

Medio de verificación: Nombre completo	Observación
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Observación y documentación
Aplicable a estos rangos de edad	Todas las edades
Resumen del medio de verificación	Puede hacerse uso de la observación durante las sesiones de una actividad de SMAPS para evaluar los resultados relevantes. Asimismo, puede hacerse uso de la observación en la comunidad para evaluar los resultados relevantes.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para una orientación sobre la administración, consulte las herramientas 4 y 5 en: Organización Mundial de la Salud y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	
Recursos para una orientación adicional	International Organization for Migration. Psychosocial Needs Assessment in Emergency Displacement, Early Recovery, and Return. Ginebra: IOM, 2009. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Medio de verificación: Nombre completo	Fotovoz
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Métodos creativos de generación de datos
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	La fotovoz consiste en pedir a los participantes que documenten su vida a través de fotografías tomadas a lo largo del tiempo.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para orientación sobre la administración, consulte: Sutton-Brown CA. Photovoice: A methodological guide. Photography and Culture, 2014; 7(2), 169-185. doi:10.2752/175145214X13999922103165 Enlace para la guía: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	Los enfoques de fotovoz producen datos ricos y complejos. Por lo tanto, se deben utilizar varios métodos para triangular los datos y garantizar interpretaciones válidas. Adicionalmente, los enfoques de fotovoz requieren acceso a recursos específicos (por ejemplo, cámaras, películas, capacidad para imprimir fotos) que pueden no estar disponibles en muchos contextos.
Recursos para una orientación adicional	Save the Children Bangladesh. Photovoice Guidance: 10 simple steps to involve children in needs assessments. Save the Children; 2014. http://bit.ly/1pHeVwK Wang C y Burriss MA. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health Education & Behavior, 1997; 24(3), 369-387. doi:10.1177/109019819702400309

Medio de verificación: Nombre completo	Perfiles de los Resultados Psicológicos (PSYCHLOPS) NIÑOS
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	6 - 11 años
Resumen del medio de verificación	PSYCHLOPS NIÑOS es una medida cuantitativa y cualitativa mixta diseñada para evaluar los resultados generados por el cliente antes, durante y después de la intervención terapéutica. Consiste en cuatro preguntas que miden tres dominios: los problemas, el funcionamiento y el bienestar.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Enlace para la orientación: http://psychlops.org.uk/versions
Limitaciones	Aunque los datos autoinformados tienen muchas ventajas, deben ser considerados en el contexto de los sesgos individuales.
Recursos para una orientación adicional	Autores: Mark Ashworth mark.ashworth@kcl.ac.uk Maria Kordowicz maria.kordowicz@kcl.ac.uk

Medio de verificación: Nombre completo	Perfiles de los Resultados Psicológicos (PSYCHLOPS) ADOLESCENTES
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	12 - 17 años
Resumen del medio de verificación	PSYCHLOPS es una medida cuantitativa y cualitativa mixta diseñada para evaluar los resultados generados por el cliente antes, durante y después de la intervención terapéutica. Consiste en cuatro preguntas que miden tres dominios: los problemas, el funcionamiento y el bienestar.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Enlace para la orientación: http://psychlops.org.uk/versions
Limitaciones	Aunque los datos autoinformados tienen muchas ventajas, deben ser considerados en el contexto de los sesgos individuales.
Recursos para una orientación adicional	Autores: Mark Ashworth mark.ashworth@kcl.ac.uk Maria Kordowicz maria.kordowicz@kcl.ac.uk

Medio de verificación: Nombre completo	Clasificación
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Discusiones en grupos focales; entrevistas
Aplicable a estos rangos de edad	12 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Las actividades de clasificación invitan a los grupos a clasificar por prioridad cuestiones, problemas y recursos o estrategias de afrontamiento.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	<p>Para una guía sobre la administración, consulte la Herramienta 2 en: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. IASC RG SMAPS; 2012.</p> <p>Enlace para la orientación: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limitaciones	La clasificación participativa es útil para capturar una instantánea particular en un momento. Sin embargo, las prioridades de las comunidades, familias e individuos cambian con el tiempo durante las fases de una emergencia o en situaciones prologadas. La priorización de los problemas se puede revisar en varios intervalos durante el curso de un proyecto/programa para garantizar la comprensión correcta de la situación.
Recursos para una orientación adicional	<p>Ager A, Stark L y Potts A. Participatory Ranking Methodology: A Brief Guide (Versión 1.1, febrero de 2010). Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York; 2009. https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/prmmanual-v1-1.pdf</p> <p>CARE Malawi. The Community Score Card (CSC): A generic guide for implementing CARE's CSC process to improve quality of services. Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.; 2013. Disponible en https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Medio de verificación: Nombre completo	Mapeo de riesgos y recursos
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Mapeo
Aplicable a estos rangos de edad	6-17 años
Resumen del medio de verificación	El mapeo de riesgos y recursos invita a los participantes a crear mapas de riesgos y recursos en su comunidad.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para una orientación en la administración, consulte los capítulos 3 y 16 en: International Organization for Migration. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. Ginebra: OIM, 2019. Enlace para la orientación: https://www.iom.int/mhpssed
Limitaciones	Al evaluar los riesgos y recursos con mujeres y niñas se deben tener en cuenta consideraciones de seguridad adicionales. Para orientación adicional, consulte los Estándares Mínimos Interagenciales para la Programación sobre Violencia de Género en Emergencias, Estándar 9: Seguridad y mitigación de riesgos. Este documento también provee referencias para herramientas adicionales disponibles para apoyar el mapeo de riesgos y recursos con mujeres y niñas.
Recursos para una orientación adicional	Consultar: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Medio de verificación: Nombre completo	Mapeo social
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Mapeo
Aplicable a estos rangos de edad	6-17 años
Resumen del medio de verificación	El mapeo social es un enfoque participativo que invita a los participantes a explorar sus relaciones sociales con diversas personas en su vida o comunidad.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para una guía en cuanto a la administración, consulte la Sección 2, FGD2 en: World Vision International. A Toolkit for Integrating Gender Equality and Social Inclusion in Design, Monitoring and Evaluation. 2020. Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	El mapeo social tiene el potencial de producir revelaciones de abuso, y por lo tanto debe ser realizada por moderadores que tengan capacitación en vías y procedimientos de remisión de protección local.
Recursos para una orientación adicional	World Vision International Guidance for Integrated Programming. Community Engagement Tools: Social Mapping. Disponible en https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Medio de verificación: Nombre completo	Narración
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Métodos creativos de generación de datos
Aplicable a estos rangos de edad	Todas las edades
Resumen del medio de verificación	La narración/elaboración de historias invita a los participantes a contar una historia sobre sus experiencias.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para una orientación sobre la administración, tome en cuenta que hay muchos métodos y técnicas para implementar el enfoque de relato hablado o el enfoque narrativo y para analizar los datos narrativos. Un breve resumen de la investigación narrativa y una demostración del análisis narrativo multimétodo puede hallarse en: Nasheeda A, Abdullah HB, Krauss SE y Ahmed NB. Transforming transcripts into stories: A multimethod approach to narrative analysis. International Journal of Qualitative Methods, 2019; 18, doi:10.1177/1609406919856797 Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	No hay un único método de relato hablado o análisis narrativo. Los enfoques para recolectar y analizar los datos de relatos hablados pueden ser exhaustivos y pueden requerir pericia en métodos cualitativos.
Recursos para una orientación adicional	Clandinin DJ y Connelly FM. Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research. San Francisco, CA: Wiley; 2000.

Medio de verificación: Nombre completo	Caminatas por el vecindario
Categorías de los medios de verificación cualitativos	Mapeo
Aplicable a estos rangos de edad	6 años y mayores
Resumen del medio de verificación	Las caminatas por el vecindario consisten en caminar con los participantes a través de su localidad para identificar áreas de importancia.
Orientación sobre la administración (además de cualquier enlace a manuales o a la metodología)	Para orientación sobre la administración, consulte: IFRC. Outreach walk: Improving protection and psychosocial support through outreach. Copenhagen, Dinamarca: IFRC Reference Centre for Psychosocial Support; 2019. Disponible en: https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limitaciones	Las caminatas por el vecindario pueden suponer riesgos potenciales para los participantes si no son planeadas adecuadamente. En la medida de lo posible, para evitar colocar grupos específicos en riesgo, este enfoque debería ser realizado tanto con hombres como con mujeres y en distintos rangos de edades y grupos. Para garantizar que los individuos con discapacidades puedan participar completamente en esta actividad de monitoreo y evaluación se deben organizar adaptaciones inclusivas.
Recursos para una orientación adicional	Anexo 15 en Gender-Based Violence Area of Responsibility (GBV AoR). Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Emergencies. Global Protection Cluster; 2019. Disponible en https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Formulario de muestra para el monitoreo de la adaptación/traducción*



Ítem:	Ítem:
Traducción inversa léxica:	
Comprensibilidad (equivalencia semántica) Esta traducción, ¿es comprensible en el idioma que conoce la población local? Comente sobre cualquier dificultad.	
Opinión del traductor:	
Opinión del profesional:	
Resultados del grupo focal:	
Aceptabilidad y otros problemas de respuesta (equivalencia técnica) ¿Algunos de los encuestados se sentirían incómodos sobre responder honestamente a esta pregunta? Explique.	
Opinión del traductor:	
Opinión del profesional:	
Resultados del grupo focal:	
Relevancia (equivalencia de contenido) ¿Es esta pregunta relevante en la cultura local? Si no lo es, explique.	
Opinión del traductor:	
Opinión del profesional:	
Resultados del grupo focal:	
Producto final (semántica, criterio y equivalencia conceptual) La traducción inversa, ¿guarda relación con los mismos conceptos e ideas del original? Si no es así, por favor explique.	
Opinión del traductor:	
Opinión del profesional:	
Resultados del grupo focal:	
Comentarios (si es necesario, use la otra cara de la página):	

* van Ommeren M, Sharma B, Thapa S, Makaju R, Prasain D, Bhattarai R y de Jong J. Preparing instruments for transcultural research: use of the translation monitoring form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. *Transcultural Psychiatry*, 1999; 36(3), 285-301. doi:10.1177/136346159903600304

Glosario de términos utilizados en el monitoreo y la evaluación

Adaptación	<p>El proceso de desarrollar una nueva versión de una herramienta o intervención para hacerla más adecuada a la cultura o el contexto donde será usada.</p>
Indicadores <i>Indicadores de impacto</i> <i>Indicadores de resultados</i> <i>Indicadores de producto</i>	<p>Una unidad de medición que especifica lo que se debe medir; mediante los indicadores se pretende conocer si se han alcanzado o no el impacto, los resultados o los productos deseados. Los indicadores pueden ser cuantitativos (por ejemplo, porcentajes o cantidad de personas) o cualitativos (como percepciones, calidad, tipo, conocimiento, capacidad).</p> <p>Los indicadores de impacto reflejan el resultado (o impacto) de las acciones en una escala social, institucional (u organizacional) más amplia.</p> <p>Los indicadores de resultado reflejan los cambios para las personas o los grupos de personas que han ocurrido como consecuencia de un programa o intervención de SMAPS en particular.</p> <p>Los indicadores de producto están alineados con el plan de actividades y apuntan a reflejar si la actividad planificada se llevó a cabo según lo previsto (tenga en cuenta que este marco común no incluye a los indicadores de nivel de producto).</p>
Consentimiento informado	<p>El consentimiento informado es el permiso que los participantes dan antes de acceder a compartir información o que sea documentada (incluso en formato electrónico, a través de fotografías o grabaciones).</p>
Medios de verificación	<p>La(s) herramienta(s) y/o fuentes de datos usados para medir el indicador. También pueden llamarse herramienta de “medida”, “medición” o “evaluación”. Un medio de verificación puede dar como resultado datos cualitativos o cuantitativos.</p>
Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS)	<p>Cualquier tipo de apoyo local o externo que tenga como objetivo proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos mentales.</p>
Monitoreo y evaluación	<p>Monitoreo se refiere a las visitas, observaciones y preguntas que hacemos mientras un programa se está implementando para ver si está progresando como se esperaba. Una de las cuestiones fundamentales, por ejemplo, en el monitoreo de los programas de SMAPS es asegurar que el programa no esté causando daño. El monitoreo puede ayudar a evaluar esto.</p> <p>Evaluación se refiere a examinar un programa al principio, en la mitad (si el tiempo lo permite) y luego de que se haya completado para ver si logró los resultados deseados. Obviamente, es importante saber cuáles son los resultados deseados para poder evaluarlos.</p>
Resultado	<p>Los cambios que ocurren como consecuencia de las actividades de un proyecto específico. Los resultados en este nivel se conocen comúnmente como resultados del proyecto. Ejemplo: Las personas con problemas de salud mental y psicosociales recurren a una atención focalizada y apropiada.</p>
Datos cualitativos	<p>Los datos cualitativos brindan información descriptiva.</p>
Datos cuantitativos	<p>Los datos numéricos que pueden ser computados o analizados.</p>

<p>Confiabilidad</p> <p><i>Confiabilidad interna (consistencia interna)</i></p> <p><i>Confiabilidad test/retest</i></p> <p><i>Confiabilidad intercalificadores</i></p>	<p>La consistencia general de un medio de verificación. Se dice que una medida tiene alta confiabilidad si produce resultados similares bajo condiciones uniformes.</p> <p>La medida en que los productos que propone para medir el mismo constructo general producen resultados similares.</p> <p>La medida en que es probable que las respuestas sean uniformes/similares a través del tiempo (es decir, en diferentes momentos bajo condiciones similares).</p> <p>La medida en que diferentes personas que responden a un medio de verificación dan respuestas uniformes/similares para el mismo comportamiento o presentación de síntomas.</p>
<p>Muestra</p> <p><i>Muestreo probabilístico o muestra representativa</i></p> <p><i>Muestreo no probabilístico</i></p>	<p>Individuos o grupos incluidos en la recolección de datos.</p> <p>Una muestra seleccionada al azar donde todas las personas en una población tienen una oportunidad igual de selección.</p> <p>Una muestra que no es seleccionada al azar.</p>
<p>Validez</p> <p><i>Validez aparente</i></p> <p><i>Validez de constructo</i></p> <p><i>Validez de contenido</i></p> <p><i>Validez de criterio</i></p>	<p>La validez general de una medida. Una medida es considerada válida si mide lo que intenta medir.</p> <p>La medida en la que los productos de una medición son vistos que evalúan el constructo en general.</p> <p>El grado en que una medición evalúa el constructo teórico que se intenta medir (por ejemplo, si una medición de esperanza identifica de forma correcta a una persona con esperanza).</p> <p>El grado en que el contenido del medio de verificación representa el (los) concepto(s) a medir.</p> <p>La fuerza de una relación entre un medio de verificación y un criterio externo medible.</p>

ANEXO 12

Brechas y limitaciones de la medición cuantitativa que requieren mayor investigación

En general, la selección más amplia y robusta de las mediciones identificadas e incluidas durante el proceso de revisión fueron aquellas que correspondían al indicador “angustia/síntomas incapacitantes”. En relación con otros indicadores, se identificaron muchas menos medidas para evaluar el funcionamiento y la conexión social. La cantidad relativamente baja de medidas de “funcionamiento” incluidas en este marco pueden reflejar la práctica de desarrollar medidas de deterioro funcional localmente para mostrar la práctica relevante día a día según la cultura y el contexto (y estos pueden no haber sido seleccionados debido a que sería improbable que cumplieran con los criterios de inclusión, pero aun así son localmente apropiados). Aunque las medidas específicas para la infancia temprana e intermedia, la adolescencia y la adultez fueron identificadas, las medidas específicas para la adultez joven, intermedia y mayor no estuvieron entre aquellas incluidas.

Las brechas que corresponden a grupos de edad particulares y los indicadores de impacto incluyen el hacer frente, el comportamiento social y la conexión social entre los adolescentes de entre 12 y 17 años. Otra brecha fueron las herramientas para evaluar el hacer frente y el bienestar subjetivo entre niños menores de cinco años, aunque la importancia de esta brecha puede ser debatida en referencia a si las evaluaciones de “hacer frente” y/o el “bienestar subjetivo” son constructos relevantes para los niños en este rango de edad o variaciones de esto.

Una limitación importante a identificar en la selección de medios de verificación cuantitativos incluidos en este marco es su desarrollo original y uso. La mayoría de las medidas que fueron identificadas como que cumplían con los criterios de inclusión para este marco y que subsecuentemente fueron seleccionadas para su inclusión, se originaron en países de altos ingresos y a menudo fuera de los contextos de emergencia. Aunque todas estas medidas han sido cuidadosamente evaluadas para que cumplieran con los criterios para ser incluidas en este marco (es decir, traducidas a diferentes idiomas, usadas rigurosamente y evaluadas en múltiples contextos, disponibles, relevantes, factibles y apropiadas), no se originaron específicamente para su uso en entornos de bajos recursos o emergencias. Esto enfatiza la importancia de usar los medios de verificación recomendados en este marco con un grado de cautela y cuidadosa consideración. Además, esto demuestra la necesidad de una mayor inversión en herramientas de medición de SMAPS para los contextos de emergencia, así como también de cubrir algunas de las brechas mencionadas anteriormente donde todavía se carece de medidas para ciertas áreas de SMAPS y grupos de edad. Reconocer estas brechas y limitaciones puede apoyar los esfuerzos por abogar por el futuro desarrollo de herramientas de evaluación para SMAPS en emergencias.

Referencias



1. Comité Permanente entre Organismos, Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra: IASC; 2007.
2. Tol WA et al. Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings, *PLoS Medicine*, 2011; vol. 8, no. 9, e1001096.
3. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of Mental Health. Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 1: Review of common practices in monitoring and evaluation of MHPSS in emergencies. Informe inédito, 2014.
4. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of Mental Health. Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 2: Selection of indicators and means of verification. Informe inédito, 2015.
5. Charities Evaluation Services. About Monitoring and Evaluation. London: The National Council for Voluntary Organisations.
6. Phillips C. What is Cost-Effectiveness? Second edition in the What is...? series on health economics, Hayward Medical Communications, a division of Hayward Group Ltd., UK; 2009.
7. United Nations Development Group. UNSDG Results-Based Management Handbook: Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level. Nueva York: GNUD; 2011.
8. Kleinman A, Das V y Lock M, eds. *Social Suffering*. University of California Press, Berkeley; 1997.
9. Diccionarios de Oxford. Definición de “sufrimiento” (www.oxforddictionaries.com/definition/english/suffering).
10. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Hoja informativa. Ginebra: OMS, actualizado en 2016.
11. El Proyecto Esfera. Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria, edición de 2018, libro electrónico, Reino Unido: Practical Action Publishing, 2018.
12. Diener E. Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. *Journal of Happiness Studies*, vol. 7, no. 4, noviembre de 2006, págs.397-404.
13. Minnesota Department of Health, Social Connectedness. Evaluating the Healthy People 2020 Framework: The Minnesota Project, 2010, pág.13.
14. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H y Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 2019; 394(10194), págs.240-248. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1
15. Fazel M, Wheeler J y Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 2005; 365(9467), págs.1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
16. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA y van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2009; 302(5), págs.537-549. doi:10.1001/jama.2009.1132

17. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. What is Human Development? Nueva York: PNUD; 2015.
18. Cook P, Ensor M, Blanchet-Cohen N. Participatory Action Research on Community Mechanisms Linking Child Protection with Social Cohesion: Interim Report, Burundi/Chad. International Institute for Child Rights and Development (IICRD); 2015.
19. Bolton P, Tol WA y Bass, J. Combining qualitative and quantitative research methods to support psychosocial and mental health programmes in complex emergencies. *Intervention*, 2009; 7(3), 181-186. doi:10.1097/WTF.0b013e32833462f9
20. Bolton P. Cross-cultural validity and reliability testing of a standard psychiatric assessment instrument without a gold standard. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001; 189(4), 238-242. doi:10.1097/00005053-2001040000-00005
21. Weaver LJ y Kaiser BN. Developing and testing locally derived mental health scales: Examples from North India and Haiti. *Field Methods*, 2015; 27(2), 115-130. doi:10.1177/1525822X14547191
22. Inter-Agency Standing Committee Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings. Ginebra: IASC; 2014.
23. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C y Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018; 7(7), CD011849. doi:10.1002/14651858.CD011849.pub2
24. Haroz E, Nguyen A, Lee C, Tol W, Fine S y Bolton P. What works in psychosocial programming in humanitarian contexts in low- and middle-income countries: a systematic review of the evidence. *Intervention*, 2020; 18(1), 3-17. doi:10.4103/intv.Intv_6_19
25. Bangpan M, Chiumento A, Dickson K y Felix L. The impact of mental health and psychosocial support interventions on people affected by humanitarian emergencies: a systematic review. 2017.
26. Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW y Norredam M. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools. *European Journal of Public Health*, 2017; 27(3), 439-446. doi:10.1093/eurpub/ckx034
27. Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B y Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 2014; 8(1), 13. doi:10.1186/1752-1505-8-13
28. Crotty M. The foundations of social research: meaning and perspective in the research process. London; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2003.

Objetivo: Reducción del sufrimiento y mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial

Resultados:

Focalizado en la comunidad	1. Las respuestas de emergencia no causan daño y son dignas, participativas, de apropiación comunitaria, y social y culturalmente aceptables.	2. Las personas están seguras y protegidas, y se abordan las vulneraciones de los derechos humanos.	3. La familia, la comunidad y las estructuras sociales promueven el bienestar y el desarrollo de todos sus miembros.
Focalizado en las personas	4. Las comunidades y las familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales	5. Las personas con problemas de salud mental y psicosociales recurren a una atención focalizada y apropiada.	

Principios fundamentales subyacentes:

1. Derechos humanos y equidad. 2. Participación. 3. Anto todo, no dañar. 4. Servicios y apoyos integrados. 5. Aprovechar los recursos y las capacidades disponibles. 6. Apoyos a niveles múltiples.

