

Un Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia



IASC

Comité Permanente entre Organismos
Grupo de referencia del IASC para la Salud Mental y el
Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia

Versión de prueba de campo

© Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos (IASC) para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, 2017

El Comité Permanente entre Organismos fue creado en 1992, en respuesta a la resolución 46/182 de la Asamblea General, en que se exhortó a fortalecer la coordinación de la asistencia humanitaria. La resolución estableció el IASC como el mecanismo principal para facilitar la adopción de decisiones entre organismos, en respuesta a situaciones complejas de emergencia y desastres naturales. El IASC está formado por los representantes de diversos organismos de asistencia humanitaria, tanto pertenecientes a las Naciones Unidas, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, como ajenos a estas organizaciones. Para obtener más información acerca del IASC, sírvase visitar su sitio Web en:

www.humanitarianinfo.org/iasc.

Esta publicación se ofrece en el sitio Web del Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia en:

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>.

REFERENCIA SUGERIDA:

Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos (IASC) para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, Un Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, IASC, Ginebra, 2017.

Cover photo (main picture) © Caitlin Cockcroft/HealthNet TPO @HealthNet TPO/2015/Wau, Sudán del Sur

AGRADECIMIENTOS:

El contenido de esta publicación fue desarrollado por el Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. El equipo de trabajo que lideró su desarrollo incluyó a: **Alison Schafer** (World Vision International), **Jura Augustinavicius** (Johns Hopkins University), **Margriet Blaauw** (War Trauma Foundation), **Ananda Galappatti** (MHPSS.net y The Good Practice Group), **Saji Thomas** (UNICEF), **Wietse Tol** (Peter C. Alderman Foundation y Johns Hopkins University), **Sarah Harrison** (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja o el Centro Psicosocial de la IFRC) y **Mark van Ommeren** (Organización Mundial de la Salud).

El desarrollo de esta publicación fue administrado por UNICEF y financiado por la Oficina de Asistencia para Desastres en el Exterior (OFDA) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

A través de procesos de consulta y revisión por pares, se recibieron aportes valiosos a esta publicación y al marco común de:

Action Contre la Faim; AmeriCares; Antares Foundation; Basic Needs; Care International; CBM; Centre for the Victims of Torture; Church of Sweden/ACT Alliance; City University of New York; Equator; French Development Agency; Handicap International; HealthNet TPO Afganistán; Secretaría del IASC; Centro Psicosocial de la IFRC; Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR; International Medical Corps, IMC; Organización Internacional para las Migraciones, IOM; International Rescue Committee, IRC; Johns Hopkins University; Malteser International; Médicos Sin Fronteras, MSF; MHPSS Working Group, Jordania; MHPSS Working Group, Turquía; MHPSS.net; National Institute for Mental Health, Sri Lanka, NIMH; Northern Provincial Council Department of Health Sri Lanka; Nottingham University; OFDA/USAID; Open University, Sri Lanka; Peace in Practice; Plan International; Psycho-Social Services and Training Institute, El Cairo; Queen Margaret University; Regional Psychosocial Support Initiative, REPSSI; Royal College of Psychiatrists; Save the Children; Swiss Development Cooperation, COSUDE; Terre des Hommes, TdH; The Asia Foundation; The Good Practice Group; Transcultural Psychosocial Organisation, TPO Nepal; UNICEF - Grupo de Trabajo para la Protección de la Infancia; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR; United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East, UNRWA; University of Colombo; University of Liverpool; War Child Holland; War Trauma Foundation; Organización Mundial de la Salud, OMS; World Vision International y consultores y colegas individuales.

Para comunicarse y aportar observaciones sobre esta publicación, escriba un e-mail al Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia a: mhps.refgroup@gmail.com.

ÍNDICE

● Capítulo 1. Introducción	04
● Capítulo 2. ¿Por qué es importante el seguimiento y la evaluación?	07
● Capítulo 3. Uso de un lenguaje común	09
● Capítulo 4. El objetivo del marco común y los resultados	11
● Capítulo 5. Una descripción de los resultados e indicadores del marco	16
● Capítulo 6. Medición de indicadores usando medios de verificación	27
● Capítulo 7. Consejos prácticos para usar el marco común	29
● Capítulo 8. Consideraciones éticas en el seguimiento y la evaluación	31
● Capítulo 9. Compartir resultados y lecciones aprendidas	32
● Referencias	34
● Anexos	
■ Anexo 1. Revisiones académicas para apoyar el desarrollo del marco común	35
■ Notas sobre los Anexos 2, 3, 4 y 5	37
■ Anexo 2. Marco de muestra para proporcionar suministros de emergencia en respuesta a un terremoto	38
■ Anexo 3. Marco de muestra de un programa para proteger y apoyar a las mujeres afectadas o en riesgo de violencia sexual	39
■ Anexo 4. Marco de muestra para un programa de educación informal para niños	40
■ Anexo 5. Marco de muestra para un programa de salud para el tratamiento de personas con trastornos mentales en clínicas de salud primaria	41

CAPÍTULO 1

Introducción

El presente documento ofrece orientación en el diagnóstico, la investigación, el diseño, la implementación y el seguimiento y evaluación de 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 presume 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 y/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 y/o prevenir o tratar los trastornos mentales. Por lo tanto, el marco común descrito en las siguientes páginas es importante para todo personal de emergencia o desarrollo que participe directa o indirectamente en programas que tienen como objetivo influir en la salud mental y el bienestar psicosocial de los demás. Esto puede incluir (pero no se limita a) profesionales de salud mental, actores o educadores 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, las habilidades 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 se ha usado ampliamente para guiar los programas de SMAPS en muchos contextos humanitarios. Al mismo tiempo, cada vez se publican más investigaciones rigurosas que evalúan la efectividad de actividades específicas de SMAPS.



© IOM

Sin embargo, la amplia variación de metas, resultados e indicadores para los muchos proyectos de SMAPS que se implementan en diferentes contextos humanitarios ha generado dificultades para demostrar su valor o impacto.² Para abordar este desafío, se ha desarrollado un marco común de seguimiento y evaluación (MyE) para complementar la guía del IASC.

¿CÓMO SE DESARROLLÓ EL MARCO COMÚN?

El Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia se desarrolló mediante un proceso de revisión académica, de expertos y de campo. Incluyeron: una revisión de la bibliografía sobre construcciones de SMAPS frecuentemente medidas;³ un panel de expertos y consulta sobre un borrador del marco y los términos principales; consultas de campo 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 detalles sobre las revisiones académicas realizadas y cómo se aplicaron a los borradores iniciales del marco. El marco final se considera pertinente para la gran mayoría de las actividades, intervenciones, proyectos y programas de SMAPS que probablemente se implementarán en una respuesta humanitaria, como se describe en la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. El marco común puede no abarcar todas las iniciativas posibles de SMAPS, pero será pertinente para la mayoría del trabajo de SMAPS en situaciones de emergencia.

SEIS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Todas las acciones de SMAPS realizadas durante la respuesta de 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 garantizar que las acciones respondan a las necesidades evaluadas, se comprometan con la evaluación y el escrutinio, respalden respuestas culturalmente apropiadas y reconozcan las relaciones de poder variadas entre los grupos que participan en respuestas de emergencia
- 04 Aprovechar los recursos y capacidades disponibles** trabajando con grupos locales, apoyando la autoayuda y fortaleciendo los recursos existentes
- 05 Sistemas de apoyo integrados** para que la SMAPS no sea un programa independiente que funcione 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 diferentes tipos de apoyo. Los apoyos a niveles múltiples, en condiciones ideales, se ponen en práctica de manera concurrente (aunque no todos los niveles necesariamente serán puestos en práctica por la misma organización). Estos se representan comúnmente por 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 impacta 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 la (1) coordinación y los (2) 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 1

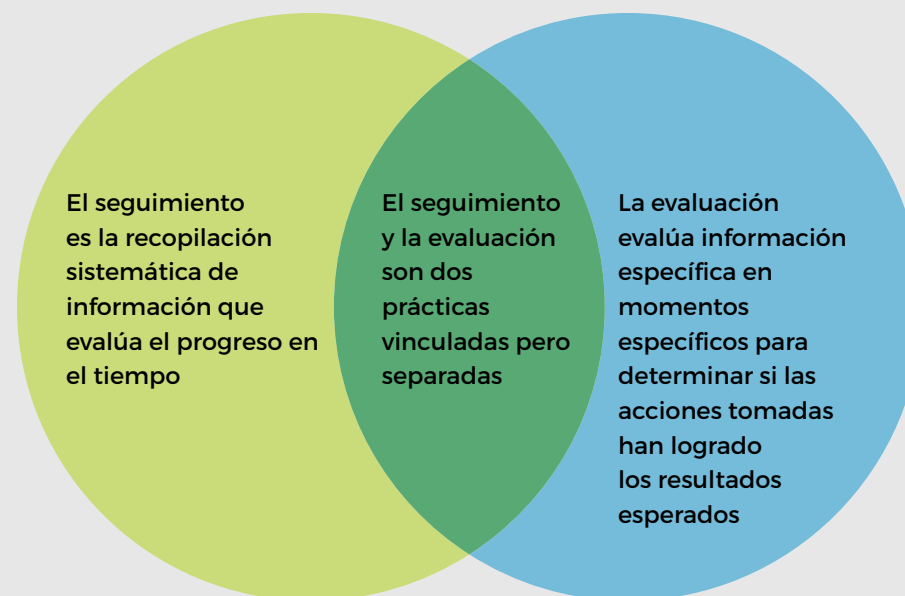
¿Por qué es importante el seguimiento y la evaluación?

El seguimiento y la evaluación son necesarios para diagnosticar si un programa, proyecto o intervención está logrando los resultados deseados. Cuando se hace correctamente, el seguimiento y la evaluación usan información para demostrar los cambios positivos, 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 seguimiento y la evaluación también son necesarios para el aprendizaje, la contextualización, la adaptación de programas y la rendición de cuentas. Es importante que la información de seguimiento y evaluación, en formatos apropiados, se comparta con las personas y comunidades involucradas en el trabajo y otras que pueden beneficiarse de la revisión de los resultados (como otras organizaciones, donantes y autoridades gubernamentales nacionales o regionales). El seguimiento y la evaluación son 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 seguimiento y la evaluación midan de manera efectiva el estado antes, durante y después de un proyecto, debe integrarse en las actividades de un programa desde el principio. Un marco de seguimiento y evaluación debe incluirse como parte de cualquier buen diseño de programa.

GRÁFICO 2.

Las diferencias y los vínculos⁵ entre el seguimiento y la evaluación



Para nuestros propósitos, “seguimiento” 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 seguimiento de los programas de SMAPS es asegurar que el programa no esté causando daño. El seguimiento puede ayudar a evaluar esto.

De manera similar, “evaluación”, como se usa aquí, se refiere a examinar un programa al principio, al medio (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 evaluarlos.

Por ejemplo, un proyecto tiene como objetivo reducir los síntomas entre las personas con problemas específicos 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 en riesgo que acceden a oportunidades de sustento) podría **seguirse** durante la vida del proyecto.

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

USO DEL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD EN COSTOS

Actualmente, el campo de la SMAPS no cuenta con fondos suficientes. ¿Cómo deben gastarse los recursos limitados? Los responsables de las tomas de decisiones buscan cada vez más información sobre la rentabilidad como una consideración fundamental a la hora de decidir cómo invertir recursos escasos para la SMAPS. La “rentabilidad” 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 la relación calidad-precio. Actualmente, hay evidencia limitada y muy poco trabajo comparativo sobre la rentabilidad 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 economistas de la salud para comenzar a recopilar datos sobre la eficacia en función de los costos, usando los indicadores de nivel de objetivos delineados en el marco común.⁶



CAPÍTULO 3

Uso de un lenguaje común

Muchas organizaciones tienen sus propios enfoques, terminología y técnicas de seguimiento y evaluación. El lenguaje usado para describir los componentes de un marco de seguimiento 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 primario”, 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 se pueden dividir en “indicadores de impacto”, “indicadores de resultados” o incluso “indicadores de procesos”. Además de la complejidad del seguimiento y la evaluación en el sector humanitario, las organizaciones y los donantes también usan diferentes marcos de diseño de proyectos (como varios marcos lógicos o teorías de cambio) y diferentes “niveles” de detalle en sus diseños. Las organizaciones también difieren en qué elementos de un proyecto realmente realizarán un seguimiento o evaluarán.

El Marco Común de Seguimiento 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 seguimiento y evaluación existentes o preferidos. Más bien, el marco está organizado de una manera simple que permitirá a las personas y organizaciones usar el objetivo y los resultados para complementar sus propios marcos de seguimiento y evaluación y diseños específicos de proyectos. Este marco también se puede considerar como un enfoque complementario para alcanzar objetivos más globales, como los descritos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y/o el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.

La información práctica acerca de cómo se puede aplicar este marco común se describe en el Capítulo 7.

TERMINOLOGÍA CLAVE

Para los fines de este marco común, el significado de los términos clave de seguimiento 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 del proyecto que se logran. Los resultados en el nivel de un objetivo se conocen comúnmente como impactos. Un portafolio de múltiples programas puede ser necesario para lograr un objetivo general. Ejemplo: Reducción del 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, el 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 las remisiones de salud mental y apoyo psicosocial.

Indicadores: Una unidad de medición que especifica lo que se va a medir; los indicadores pretenden responder si se han logrado o no el impacto, los resultados o los productos deseados. Los indicadores pueden ser cuantitativos (por ejemplo, porcentajes o cantidades de personas) o cualitativos (por ejemplo, percepciones, calidad, tipo, conocimiento, capacidad).

Indicador de impacto: En este marco, los indicadores de impacto se alinean con la declaración de objetivos y apuntan a reflejar el resultado (o impacto) de las acciones en una escala social, institucional (u organizativa) más amplia. Ejemplo: Funcionamiento mejorado. Existen diferentes métodos para medir el impacto que involucran los indicadores cuantitativos y cualitativos. En este marco, el impacto se reconoce como un cambio a nivel del individuo y del colectivo o grupo.

Indicador de resultado: En este marco, los indicadores de resultados se alinean con las declaraciones de resultados y apuntan a reflejar los cambios para las personas o los grupos de personas que han ocurrido como consecuencia de un programa o intervención de SMAPS en particular. Ejemplo: La cantidad de personas que reciben tratamiento clínico de trastornos mentales, neurológicos o por uso indebido 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 alineados con el plan de actividades y apuntan a 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 cubiertos en este marco general. Ejemplo: La cantidad de personal de servicios sociales capacitados en los procedimientos de remisión de SMAPS.

Generalmente, un proyecto desarrollará un marco lógico o una teoría de cambio para uno o algunos resultados. Sin embargo, el cambio puede ser necesario en múltiples proyectos para observar el cambio en los indicadores de impacto y alcanzar el objetivo general.

Medios de verificación (MoV): La herramienta usada para medir el indicador. El marco común no proporciona un medio de verificación para cada indicador debido a la variación en las preferencias entre diferentes organizaciones sobre cómo medir el cambio. Los indicadores en este marco se pueden aplicar con éxito, independientemente de cómo se evalúe el cambio en un indicador específico (por ejemplo, mediante entrevistas abiertas o formularios de encuesta, o una combinación de ambos), siempre que la herramienta usada sea adecuada.

El objetivo común del marco y los resultados usan muchos otros términos que podrían tener diferentes significados para diversos profesionales de asistencia humanitaria o de desarrollo, profesionales de SMAPS u otros funcionarios encargados. Como referencia y para confirmar el significado de estos términos en relación 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:

OBJETIVO GENERAL DEL MARCO COMÚN

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

Sufrimiento^{8*} Un estado de dolor, angustia o dificultad.⁹

Salud mental: Un estado de bienestar [psicológico] (no simplemente la ausencia de trastorno mental) en el que cada individuo se da cuenta de 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” a menudo se usa 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 usa 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, MM, Eds., Social Suffering, University of California Press, Berkeley, 1997). Las personas pueden sufrir de maneras únicas y como resultado 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 del marco común y los resultados

Cada programa, proyecto o actividad de SMAPS requerirá su propio marco de seguimiento y evaluación único que sea apropiado y pertinente para su diseño. Sin embargo, para reunir evidencia de SMAPS a nivel mundial y para demostrar su efectividad 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 en el Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia (véase las páginas 14-15) 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 informe sobre cada objetivo, impacto o indicador de resultado en el marco común. Sin embargo, a medida que crezca el uso del marco común, el campo de SMAPS comenzará a construir un lenguaje compartido y la comprensión de las prácticas más apropiadas en situaciones de emergencia.

OBJETIVO GLOBAL DEL MARCO

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

El objetivo comprende dos elementos importantes:

- En primer lugar, la meta de reducir el sufrimiento, que está alineada con el imperativo humanitario de la Carta Humanitaria acordada “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 objetivo es mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas.

El propósito del marco común es alentar el uso de una cantidad selecta de resultados 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:







Al menos UN indicador de impacto del objetivo del marco común;

+

Al menos UN resultado y el correspondiente indicador de resultado del marco común.

Ya sea siguiendo los principios fundamentales de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, ayudando a satisfacer las necesidades básicas de las personas, o enfocándose en la reducción de síntomas de enfermedad mental, cualquiera de estas acciones probablemente mejorará la salud mental y el bienestar psicosocial y/o reducirá el sufrimiento. En última instancia, el objetivo sugiere que cualquier programa de SMAPS debe apuntar a mejoras en 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 METAS

-  **Funcionamiento** (por ejemplo, la capacidad de llevar a cabo actividades esenciales para la vida diaria, que diferirán según factores como cultura, sexo, edad)
-  **Bienestar subjetivo*** (los aspectos del bienestar subjetivo que podrían medirse incluyen sentirse tranquilo, seguro, fuerte, lleno de esperanza, capaz, descansado, interesado, feliz, no sentirse indefenso, deprimido, ansioso o enojado)
-  Alcance de la **angustia incapacitante prolongada y/o la presencia de trastorno mental**, neurológico y por uso indebido de sustancias (o 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 habilidades vocacionales)
-  **Comportamiento social** (por ejemplo, ayudar a otros, comportamiento agresivo, uso de la violencia, 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, amigos y conocidos. Las conexiones sociales también pueden ir más allá del círculo social inmediato y extenderse, por ejemplo, a otras comunidades.

RESULTADOS DEL MARCO

El marco común ha identificado cinco resultados que probablemente contribuirían a la realización de la declaración de objetivos. Estos cinco resultados se pueden dividir aún más entre los dos niveles en los cuales los programas de SMAPS se implementan comúnmente:



Focalizados en la comunidad, donde las actividades de SMAPS se centran en consideraciones sociales para la provisión de seguridad, derechos humanos, dignidad y necesidades básicas; la construcción de apoyos de la comunidad y la familia que incluyen el trabajo para nutrir el desarrollo óptimo de los niños y jóvenes y el fomento de un entorno social para ayudar a las personas, familias y comunidades a alcanzar su potencial. Las iniciativas de SMAPS focalizadas en la comunidad generalmente involucran a grupos más grandes de niños o adultos, o se vinculan con sistemas o estructuras sociales o legales en enfoques basados en la comunidad.



Focalizados en las personas, donde las actividades de SMAPS se centran en individuos y familias que pueden requerir asistencia específica por medio de apoyo focalizado especializado o no especializado. Las personas pueden estar recibiendo intervenciones de SMAPS de manera individual, familiar o en grupos pequeños, donde los funcionarios encargados que trabajan en dichas iniciativas de SMAPS focalizadas en las personas rastrearían de alguna manera el progreso individual de los usuarios del servicio.

El marco común se resume en el Cuadro 1. El Cuadro 2 presenta el marco completo, incluidos el objetivo, los resultados y los indicadores. Los siguientes capítulos detallan cómo cada resultado se relaciona con una o más de las listas de acciones de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, proporciona una justificación para cada resultado y ofrece información específica sobre los términos principales usados en esas declaraciones de resultados y sus indicadores.

* "Bienestar subjetivo" se refiere a todos los diversos tipos de evaluaciones, tanto positivas como negativas, que las personas hacen de sus vidas. Incluye evaluaciones cognitivas reflexivas, como satisfacción con la vida y satisfacción laboral, interés y compromiso, y reacciones emocionales a acontecimientos de la vida, como sentimientos de alegría o tristeza (Diener, E., "Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being", Journal of Happiness Studies, vol. 7, n.º 4, noviembre de 2006, págs. 397-404)12 Diversos aspectos del bienestar subjetivo se pueden medir para reflejar este indicador de meta.

CUADRO 1

Resumen del marco común

Meta: 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 propiedad comunitaria y social y culturalmente aceptables

2 Las personas están seguras, protegidas y se aborda la vulneración 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 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 capacidades disponibles, 6. Apoyos a niveles múltiples

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

OBJETIVO GENERAL

Reducción del sufrimiento y mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial [G]

INDICADORES DE IMPACTOS FUNDAMENTALES (Gi)

- Gi.1 Funcionamiento (por ejemplo, la capacidad de llevar a cabo actividades esenciales para la vida diaria, que diferirán según factores como cultura, sexo, edad)
- Gi.2 Bienestar subjetivo (los aspectos del bienestar subjetivo que podrían medirse incluyen sentirse tranquilo, seguro, fuerte, lleno de esperanza, capaz, descansado, interesado, feliz, no sentirse indefenso, deprimido, ansioso o enojado)
- Gi.3 Alcance de la angustia incapacitante prolongada y/o la presencia de trastorno mental, neurológico y por uso indebido de sustancias (o sus síntomas)
- Gi.4 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 habilidades vocacionales)
- Gi.5 Comportamiento social (por ejemplo, ayudar a otros, comportamiento agresivo, uso de la violencia, acciones discriminatorias)
- 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, amigos y conocidos. Las conexiones sociales también pueden ir más allá del círculo social inmediato y extenderse, por ejemplo, a otras comunidades.

Tenga en cuenta que algunos de estos seis indicadores pueden servir como indicadores de resultados dependiendo de la lógica del programa (teoría de cambio).

RESULTADOS

(1) Las respuestas de emergencia no causan daño y son dignas, participativas, de propiedad comunitaria y social y culturalmente aceptables [O1]

INDICADORES DE RESULTADOS FUNDAMENTALES (O)

- O1.1 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
- O1.2 Porcentaje de personas afectadas que informan haber participado activamente en las diferentes etapas de la respuesta de emergencia (por ejemplo, participación en el diagnóstico de necesidades, diseño del programa, implementación y actividades de seguimiento 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 eventos negativos percibidos por los beneficiarios como causa de las intervenciones humanitarias y/o de SMAPS
- O1.6 Cantidad de personas afectadas que conocen códigos de conducta para los trabajadores de asistencia humanitaria y cómo plantear inquietudes sobre violaciones
- O1.7 Cambios programáticos realizados después de que se presentaron los comentarios a través de mecanismos de retroalimentación
- O1.8 Percepción de las necesidades abordadas (es decir, necesidades percibidas como problemas graves por las propias personas afectadas, como los problemas percibidos con los albergues, los medios de vida)

(2) Las personas están seguras, protegidas y se aborda la vulneración de los derechos humanos [O2]

- O2.1 Cantidad de violaciones de derechos humanos denunciadas
- O2.2 Porcentaje de comunidades-objetivo (es decir, pueblos, vecindarios o instituciones tales como hospitales psiquiátricos u orfanatos) con mecanismos formales o informales que se dedican a la protección, el seguimiento y la notificación de riesgos de seguridad o grupos en riesgo (por ejemplo, niños, mujeres, personas con trastornos mentales graves)
- O2.3 Porcentaje de comunidades-objetivo donde los representantes de los grupos objetivo están incluidos en los procesos de toma de decisiones sobre su seguridad
- O2.4 Porcentaje de miembros del grupo objetivo que, después de la capacitación, usan nuevas habilidades y conocimientos para la prevención de riesgos y remisión
- O2.5 Cantidad de miembros de grupos en riesgo (como niños o sobrevivientes de violencia sexual) que usan espacios seguros
- O2.6 Porcentaje de miembros del grupo objetivo (como la población general o los grupos en riesgo) que se sienten seguros
- O2.7 Cantidad de mecanismos de protección (como servicios sociales o redes de protección de la comunidad) y/o cantidad de personas que reciben ayuda de mecanismos de protección formales o informales
- O2.8 De personas que han denunciado la vulneración/vulneración de derechos humanos, percepciones sobre las respuestas de las instituciones que abordan su caso

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

(3) La familia, la comunidad y las estructuras sociales promueven el bienestar y el desarrollo de todos sus miembros [O3]

- 03.1 Cantidad de niños reunificados con sus familiares o que se encuentran en otros programas para el cuidado apropiado de acuerdo con sus necesidades específicas y su interés superior
- 03.2 Alcance de los conocimientos y habilidades de crianza y desarrollo infantil entre los cuidadores
- 03.3 Calidad de las interacciones entre el cuidador y el niño
- 03.4 Nivel de conexión o cohesión familiar
- 03.5 Nivel de capital social, tanto cognitivo (nivel de confianza y reciprocidad dentro de las comunidades) como estructural (membresía y participación en redes sociales, grupos civiles o comunitarios)
- 03.6 Porcentaje de comunidades-objetivo (como pueblos o vecindarios) donde se han tomado medidas para identificar, activar o fortalecer los recursos locales que apoyan el bienestar psicosocial y el desarrollo
- 03.7 Porcentaje de comunidades-objetivo donde se han organizado rituales comunales para los muertos
- 03.8 Porcentaje de estructuras sociales formales e informales que incluyen actividades o apoyos psicosociales o de salud mental específicos
- 03.9 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)
- 03.10 Cantidad de personas en grupos en riesgo comprometidos con las oportunidades de sustento
- 03.11 Cantidad de niños con oportunidades para participar en el aprendizaje de habilidades socioemocionales apropiadas para el desarrollo

(4) Las comunidades y familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales [O4]

- 04.1 Cantidad de personas con problemas de salud mental y psicosociales que informan haber recibido el apoyo adecuado de familiares
- 04.2 Habilidades de los cuidadores para enfrentar los problemas (a través, por ejemplo, de habilidades de manejo del estrés, habilidades de manejo de conflictos, habilidades para resolver problemas, habilidades de crianza de los hijos, conocimiento de dónde buscar ayuda o información y recursos necesarios para acceder a la atención)

04.3 Nivel de capital social de las personas con problemas de salud mental y psicosociales (tanto cognitivos como estructurales)

04.4 Percepciones, conocimientos, actitudes (incluido el estigma) y comportamientos de miembros de la comunidad, familias y/o proveedores de servicios hacia 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 [O5]

05.1 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

05.2 Porcentajes de instalaciones médicas, instalaciones de servicios sociales y programas comunitarios que tienen personal que recibe supervisión para identificar trastornos mentales y para apoyar a las personas con problemas de salud mental y psicosociales

05.3 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

05.4 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)

05.5 Cantidad de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben tratamiento clínico de trastornos mentales, neurológicos o por uso indebido de sustancias a través de servicios médicos (atención de salud primaria, secundaria o terciaria)

05.6 Cantidad de personas por grupo en 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)

05.7 Porcentaje de programas de SMAPS focalizados disponibles que ofrecen atención basada en evidencia pertinente para la cultura, el contexto y la edad del grupo objetivo

05.8 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 5

Una descripción de los resultados e indicadores del marco

Los resultados del marco común se relacionan con aspectos específicos y 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 un fundamento para ayudar a explicar su intención.

Además, los resultados y los indicadores de resultados correspondientes usan una variedad de términos importantes que podrían tener diferentes significados para diferentes personas. Estos capítulos proporcionan detalles sobre cómo los resultados se relacionan con la guía y las ideas detrás de los términos principales usados, tanto para los resultados como para los indicadores.



RESULTADO 1.

Las respuestas de emergencia no causan daño y son dignas, participativas, de propiedad comunitaria y social y culturalmente aceptables

En relación 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: Abordar los factores estresantes y prevenir los daños causados por respuestas de emergencia inapropiadas es esencial para promover y proteger el bienestar psicosocial, prevenir la angustia y, posiblemente, prevenir desórdenes, y garantizar que existan mecanismos de protección de la propiedad comunitaria.

TÉRMINOS Y DESCRIPCIONES FUNDAMENTALES 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 nutrición, agua y saneamiento, salud).
- **No causar daño** es asegurar que las respuestas de emergencia no pongan a las personas en riesgo (incluyendo físico, mental, social, material, emocional o legal) o causen un daño adicional a las poblaciones afectadas, incluyendo daño potencial por parte del personal de asistencia humanitaria, violaciones de los derechos humanos (incluidas violaciones de la privacidad y la dignidad), o la reproducción de desequilibrios de poder dañinos (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, tratan a esas personas con respeto como sujetos y no como objetos, y permiten que los segmentos de las comunidades afectadas guíen e informen la respuesta de emergencia, incluyendo individuos o grupos que pueden 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 aumenta sus cargas y es sensible a las capacidades y circunstancias de la población afectada.
- **Propiedad de la comunidad** se refiere a acciones que aseguran que las personas, incluidos los miembros de grupos marginados, contribuyan a priorizar, planificar e implementar el trabajo destinado a mejorar sus circunstancias. La propiedad de la comunidad se experimenta cuando las comunidades tienen la facultad para tomar decisiones importantes relacionadas con la ayuda que se presta y la forma en que se presta. Incluye movilizar comunidades y reconocer y/o fortalecer las capacidades de las estructuras comunitarias formales e informales existentes.
- **La aceptabilidad social y cultural** describe 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 respuestas de emergencia. Describe la consideración de la diversidad de valores culturales y sociales dentro de la población afectada, así como el reconocimiento de que las situaciones de emergencia a menudo conducen a cambios en las prácticas que pueden ser apoyadas por algunos miembros de la comunidad y preocupan a los demás.*

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

INDICADORES DE RESULTADO 1:

- O1.1: 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
- O1.2: Porcentaje de personas afectadas que informan haber participado activamente en las diferentes etapas de la respuesta de emergencia (por ejemplo, participación en el diagnóstico de necesidades, diseño del programa, implementación y actividades de seguimiento 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 eventos negativos percibidos por los beneficiarios como causa de las intervenciones humanitarias y/o de SMAPS
- O1.6: Cantidad de personas afectadas que conocen códigos de conducta para los trabajadores de asistencia humanitaria y cómo plantear inquietudes sobre violaciones
- O1.7: Cambios programáticos realizados después de que se presentaron los comentarios a través de mecanismos de retroalimentación
- O1.8: Percepción de las necesidades abordadas (es decir, necesidades percibidas como problemas graves por las propias personas afectadas, como los problemas percibidos con los albergues, los medios de vida)



RESULTADO 2.

Las personas están seguras, protegidas y se aborda la vulneración de los derechos humanos

En relación 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 protegido puede reducir los problemas de salud mental y psicosociales, o evitar que estos problemas surjan o empeoren. Proporcionar oportunidades para la justicia después de actos o causas de violaciones puede apoyar la recuperación social y psicológica de las personas afectadas, incluidas las personas con discapacidad mental y que viven con cuidadores formales o informales.

TÉRMINOS Y DESCRIPCIONES FUNDAMENTALES RELACIONADOS CON EL RESULTADO 2:

En coordinación con los mecanismos de protección existentes, los actores de SMAPS tienen un papel que desempeñar para contribuir a la generación de condiciones para que los miembros de la comunidad aborden de manera segura las amenazas y la vulneración de los derechos humanos.

● **Estar seguro** puede derivarse de: (i) permitir a los miembros de la comunidad reconocer, prevenir y responder a peligros o amenazas, (ii) responder a las formas en que estos peligros o amenazas afectan el bienestar emocional, social y psicológico, (iii) apoyar a personas afectadas por violaciones de derechos, incluidas aquellas que viven en situaciones formales o informales de atención, para abordar riesgos, amenazas o daños continuos, (iv) construir sistemas funcionales de remisión, medidas y redes de rendición de cuentas, (v) emprender acciones de incidencia sobre las formas en que las amenazas y la vulneración de derechos humanos impactan a las personas, (vi) ayudar a las comunidades para acceder a procesos de justicia, (vii) fortalecer la capacidad comunitaria y la capacidad del estado (es decir, garantes) para identificar, mitigar y responder a posibles riesgos, (viii) abordar las condiciones subyacentes que pueden dar lugar a la violencia individual, familiar y de compañeros o en las escuelas y en la comunidad.

Apoyar a las personas que están experimentando angustia o enfermedad también puede mejorar su protección y ayudarlas a sentirse más seguras. Cuando las personas experimentan seguridad y bienestar, es menos probable que sean víctimas o perpetren abusos, lo que puede ayudar a reducir el daño cíclico de los demás.

● **Estar protegido** se relaciona con asegurar que existan sistemas para ayudar a prevenir o reducir el impacto de las amenazas o la vulneración de derechos humanos. Este es un resultado que puede derivarse del trabajo en relación con la protección de los derechos y la construcción de entornos de protección. Esto puede requerir reconocimiento (y acción) en asuntos de justicia, reparación o derechos legales. Incluye comprender el contexto y los 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 seguimiento, presentación de informes, documentación, acompañamiento o apoyo a personas de todas las edades para buscar justicia por violaciones a los derechos humanos, cuando las condiciones locales lo permitan. Muchas consideraciones son importantes al abordar la vulneración de los derechos humanos, que incluyen, entre otras, las siguientes:



Evento comunitario de Abu Slim

Stefano Fusaro, ©IOM, 2013. Libia: Del Centro Social y Recreativo Multakana en Trípoli, Libia.

- Las condiciones locales pueden dar lugar a la necesidad de crear o fortalecer procesos para abordar la vulneración de los derechos humanos dentro del marco de las leyes y costumbres locales.
- Las acciones para abordar violaciones se pueden realizar antes (es decir, prevención), durante o después de que se experimenten violaciones de los derechos.
- Ciertos grupos pueden estar especialmente en riesgo de violaciones y daños a los derechos, a menudo debido a vulnerabilidades o discriminación que existían antes de una emergencia (como personas con enfermedades mentales graves, niños y adultos en entornos institucionales, etc.).
- Los actores de SMAPS pueden trabajar con estructuras o mecanismos que están respondiendo a cuestiones de seguridad, protección y justicia, o con comunidades, familias e individuos que buscan acceder o involucrarlos.
- El soporte técnico puede ser necesario para documentar violaciones a los derechos humanos, incluida la garantía de la seguridad, protección y gestión ética de la información personal.

INDICADORES DE RESULTADO 2:

- O2.1: Cantidad de violaciones de derechos humanos denunciadas
- O2.2: Porcentaje de comunidades-objetivo (es decir, pueblos, vecindarios o instituciones tales como hospitales psiquiátricos u orfanatos) con mecanismos formales o informales que se dedican a la protección, el seguimiento y la notificación de riesgos de seguridad o grupos en riesgo (por ejemplo, niños, mujeres, personas con trastornos mentales graves)
- O2.3: Porcentaje de comunidades-objetivo donde los representantes de los grupos objetivo están incluidos en los procesos de toma de decisiones sobre su seguridad
- O2.4: Porcentaje de miembros del grupo objetivo que, después de la capacitación, usan nuevas habilidades y conocimientos para la prevención de riesgos y remisión
- O2.5: Cantidad de miembros de grupos en riesgo (como niños o sobrevivientes de violencia sexual) que usan espacios seguros
- O2.6: Porcentaje de miembros del grupo objetivo (como la población general o los grupos en riesgo) que se sienten seguros
- O2.7: Cantidad de mecanismos de protección (como servicios sociales o redes de protección de la comunidad) y/o cantidad de personas que reciben ayuda de mecanismos de protección formales o informales
- O2.8: De personas que han denunciado la vulneración de derechos humanos, percepciones sobre las respuestas de las instituciones que abordan su caso

RESULTADO 3.

La familia, la comunidad y las estructuras sociales promueven el bienestar y el desarrollo de todos sus miembros

En relación 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 situaciones de emergencia. Esto puede afectar negativamente al 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 Y DESCRIPCIONES FUNDAMENTALES 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 los individuos puedan ser apoyados en una red social más amplia. Los apoyos sociales, comunitarios y familiares permiten que las personas aprendan y se adapten continuamente para cumplir los objetivos de desarrollo. Esto es especialmente cierto para niños y adolescentes, pero también puede aplicarse a adultos que pueden necesitar ajustarse al cambio de las circunstancias de la vida o para aprovechar nuevas oportunidades. Ejemplos de tales estructuras incluyen (pero no se limitan a) 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 promoción.

- **El desarrollo**, en lo que se refiere al desarrollo humano, puede decirse que tiene dos dimensiones¹⁴: (1) mejorar directamente las capacidades humanas, asegurar una vida larga y saludable, conocimiento y un nivel de vida decente, y (2) generar condiciones para que las personas puedan participar en la vida política y comunitaria, procurar la sostenibilidad ambiental y experimentar la seguridad humana, derechos e igualdad de género. El desarrollo humano tiene lugar a lo largo del ciclo de la vida. Por lo tanto, se relaciona con cualquier grupo de edad, cumpliendo hitos de desarrollo apropiados para la edad y procurando ayudar a las personas, individual o colectivamente, para aumentar sus opciones de vida, oportunidades y potencial para una posibilidad razonable de llevar una vida productiva y creativa que valoren.

- **“Todos los miembros”** se refiere al hecho de que estas estructuras deberían incluir a todos los miembros de la comunidad (es decir, individuos de cualquier edad o sexo, nivel de educación, estado de salud, discapacidad, antecedentes familiares, afiliación religiosa o de grupos étnicos/sociales, etc.).

Las mujeres asisten a una sesión de bordado dirigida por personal de la IOM en uno de los campos de desplazados internos.



Muse Mohammed, ©IOM, 2016, Nigeria

INDICADORES DE RESULTADO 3:

- O3.1: Cantidad de niños reunificados con sus familiares o que se encuentran en otros programas para el cuidado apropiado de acuerdo con sus necesidades específicas y su interés superior.
- O3.2: Alcance de los conocimientos y habilidades de crianza y desarrollo infantil entre los cuidadores

- 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 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 fortalecer los recursos locales que apoyan el bienestar psicosocial y el desarrollo
- O3.7: Porcentaje de comunidades-objetivo donde se han organizado rituales comunales para los muertos
- O3.8: Porcentaje de estructuras sociales formales e informales que incluyen actividades o apoyos psicosociales o de salud mental 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 en riesgo comprometidos con las oportunidades de sustento
- O3.11: Cantidad de niños con oportunidades para participar en el aprendizaje de habilidades socioemocionales apropiadas para el 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). (Cook, Philip, Marisa O. Ensor y Natasha Blanchet-Cohen, 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).

RESULTADO 4.

Las comunidades y familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales

En relación 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 individuos 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. Tal 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 atendidos en sus familias y comunidades, especialmente en el contexto de servicios formales escasos o limitados.

TÉRMINOS Y DESCRIPCIONES FUNDAMENTALES 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 uso indebido de sustancias, discapacidad intelectual o cualquier combinación de estos.
- **La comunidad** incluye miembros de la comunidad, instituciones formales e informales (como escuelas, centros de salud, instituciones religiosas, grupos de apoyo para cuidadores y cuidado de relevo para el vecindario).

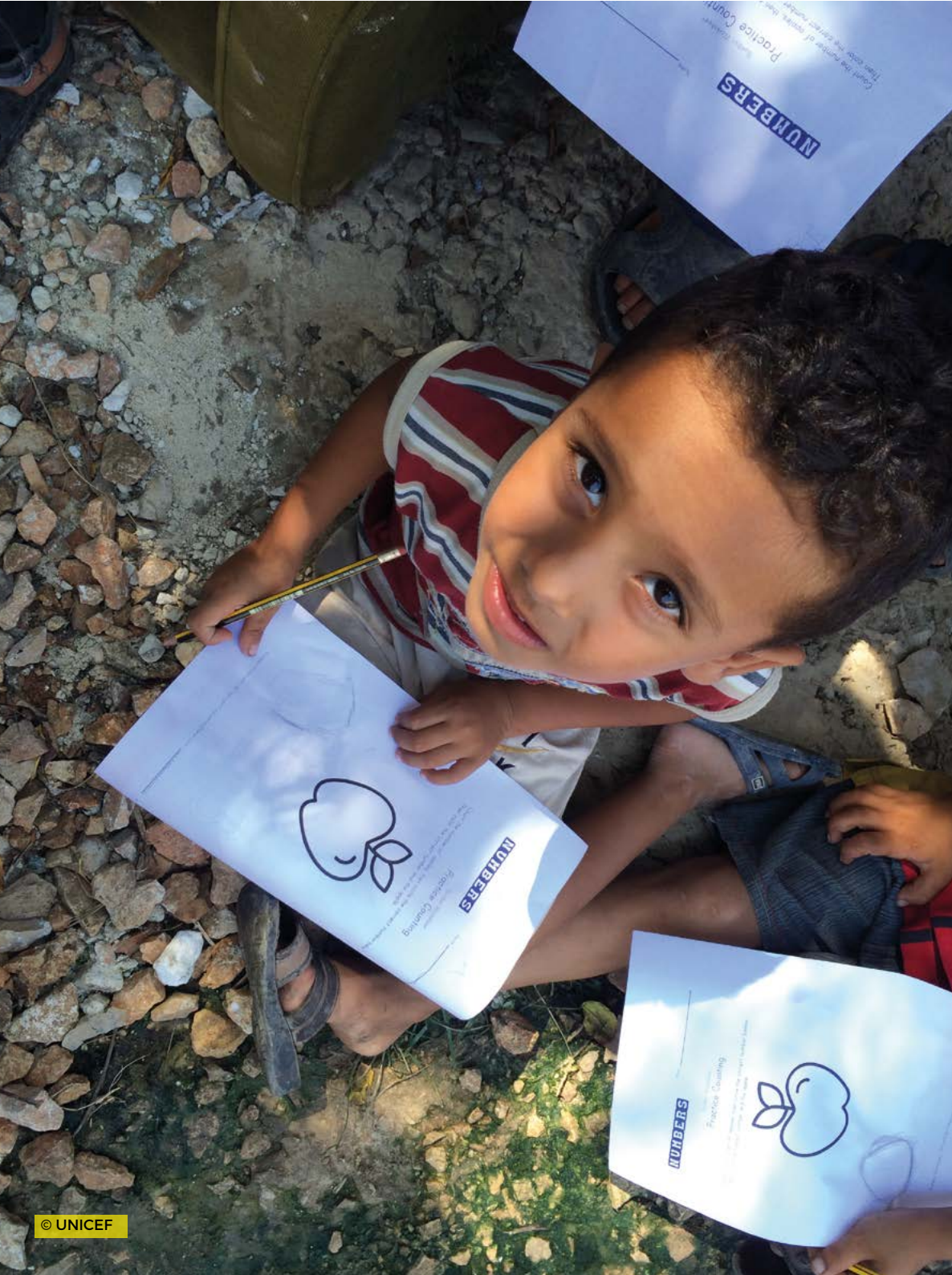
El apoyo de la comunidad y la familia ocurre cuando:

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 apoyando 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 personas con enfermedades mentales graves en oportunidades de sustento o incluyendo 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 familias se pueden movilizar o fortalecer 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 focalizadas en la comunidad para apoyar directamente a las personas necesitadas.

INDICADORES DE RESULTADO4:

- O4.1: Cantidad de personas con problemas de salud mental y psicosociales que informan haber recibido el apoyo adecuado de familiares
- O4.2: Habilidades de los cuidadores para enfrentar los problemas (a través, por ejemplo, de habilidades de manejo del estrés, habilidades de manejo de conflictos, habilidades para resolver problemas, habilidades 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 miembros de la comunidad, familias y/o proveedores de servicios hacia personas con problemas de salud mental y psicosociales

RESULTADO 5.

Las personas con problemas de salud mental y psicosociales recurren a una atención focalizada y apropiada

En relación 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 tales casos, el acceso a la atención focalizada puede ayudar a asegurar la salud mental, el bienestar y la recuperación de las personas afectadas.

TÉRMINOS Y DESCRIPCIONES FUNDAMENTALES 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 uso indebido de sustancias, discapacidad intelectual o cualquier combinación de estos.
- **El uso de una atención focalizada y adecuada** indica que la atención focalizada prestada a las personas es accesible, usada y útil en una o más formas (por ejemplo, mejorando la funcionalidad, afrontando, reduciendo los síntomas de enfermedades mentales, aumentando los apoyos sociales, reduciendo los problemas sociales, etc., sin efectos adversos graves). Para facilitar la mayoría de los posibles beneficios de la atención focalizada, se deben proporcionar enfoques e intervenciones factibles basados en la evidencia para abordar las necesidades específicas. Esto también podría requerir atención focalizada que se adapte y sea pertinente para satisfacer otras necesidades especiales, como niños, personas con problemas de desarrollo, género o personas que viven con otras discapacidades.

● **Atención apropiada** significa que las personas reciben asistencia individual y tratamiento específico para sus necesidades, de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos.* Subraya que el “acceso a la atención apropiada” es inclusivo, disponible, accesible, aceptable y de buena calidad. El acceso adecuado debe ser proporcionado por garantes (tales como los estados nación), pero puede ser necesario que sea provisto temporalmente por actores no estatales (tales 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.), 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). 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 dolor y angustia aguda y pueden necesitar acceso a apoyo psicológico básico, apoyo social de familiares y miembros de la comunidad y luto culturalmente apropiado, (iii) las personas con trastornos mentales necesitan acceso a atención de salud mental y servicios/apoyos sociales más genéricos de las personas, familias y comunidades de su alrededor.

Un miembro del personal de la IOM encabeza una sesión de asesoramiento grupal con una mujer en un campo de desplazados internos.



Muse Mohammed, ©IOM. Nigeria

INDICADORES DE RESULTADO 5:

Algunos indicadores dentro 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 han separado en los indicadores para permitir a los funcionarios encargados usar 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 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 uso indebido de sustancias a través de servicios médicos (atención de salud primaria, secundaria o terciaria)
- O5.6: Cantidad de personas por grupo en 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 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

Medición de indicadores usando medios de verificación

Al usar el Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, el primer paso es identificar un objetivo general, indicadores de impacto para medir el progreso hacia esa meta, resultados deseados e indicadores de resultados asociados. El siguiente paso es determinar cómo medir el impacto y/o los indicadores de resultados. Los medios de verificación (MoV) identifican instrumentos (como encuestas, cuestionarios, discusiones de grupos focalizados e informes de proyectos) que explican cómo se medirán los indicadores. Los medios de verificación pueden ser instrumentos específicos o simplemente información que es necesaria para recopilar a fin de informar sobre los indicadores dados. Los indicadores pueden ser cuantitativos y/o cualitativos. Es posible que algunos indicadores requieran más de un medio de verificación, según lo que se está midiendo y cómo.

ASEGURAR QUE LOS INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN SON APROPIADOS

Actualmente, los instrumentos de los medios de verificación que podrían implementarse para medir los indicadores sugeridos en este marco común son muy variables en cuanto a su adecuación intercultural y sus propiedades psicométricas (marcadores de validez y confiabilidad). Algunos instrumentos han sido bien investigados y validados en múltiples culturas y contextos*. Sin embargo, es necesario adaptar y poner a prueba otros instrumentos en diferentes culturas y contextos para garantizar que sean aceptables a nivel mundial. Además, muchos instrumentos tienen derechos de autor y otras restricciones sobre cómo se pueden adaptar y usar; en este caso, los permisos pertinentes deben buscarse de los titulares de derechos de autor si las organizaciones individuales desean usar o adaptar tales medidas.

Por estas razones, el marco común, por ahora, no hace recomendaciones específicas para los instrumentos de los medios de verificación que se usarán para los indicadores incluidos en esta publicación. Sin embargo, cuando se decide sobre los medios de verificación, las siguientes son consideraciones importantes. Sin embargo, estos se han separado en los indicadores para permitir a los funcionarios encargados usar el enfoque más adecuado para sus intervenciones.

- ¿El instrumento de los medios de verificación es apropiado para cada edad, sensible al género y pertinente para el público?
- ¿El instrumento mide específicamente el indicador de interés?
- ¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento en el contexto dado o en contextos sociales y culturales similares (teniendo en cuenta el hecho de que las adaptaciones del lenguaje pueden alterar la validez y/o confiabilidad del instrumento)? Si no se conocen estos factores, determine si el proyecto puede necesitar llevar a cabo tal trabajo de validación como parte de la medición y práctica de seguimiento y evaluación.
- ¿Hay algún requisito de derechos de autor y/o permiso por parte de los propietarios de los instrumentos?
- ¿El instrumento proporciona información que es de naturaleza cuantitativa o cualitativa, o ambas?
- ¿El uso del instrumento requiere la participación de los beneficiarios del proyecto, especialmente niños, que pueda aumentar el valor del proceso de seguimiento y evaluación para los participantes?

* Como el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, conocido como WHO-DAS, que se usa para medir la capacidad personal para actuar, o el Cuestionario de Salud del Paciente-9, que se usa para medir la depresión.

- ¿El uso del instrumento requiere tiempo, esfuerzo y participación de los participantes del proyecto? Por ejemplo, ¿es necesario llevar a cabo una encuesta o discusión en un grupo focalizado si la información está fácilmente disponible en fuentes secundarias, como la documentación del proyecto? Además, ¿el uso del instrumento creará una carga innecesaria para esos participantes? (Tenga en cuenta que los participantes pueden no desear dedicar mucho tiempo a responder encuestas o cuestionarios o estar disponibles para entrevistas)
- ¿Cómo se informarán, documentarán y diseminarán los resultados recopilados de los instrumentos de los medios de verificación de manera que todos los participantes lo entiendan? En otras palabras, ¿cómo puede garantizar que los análisis de datos cuantitativos se comuniquen en términos simples a las comunidades involucradas?

¿POR QUÉ 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 tienen necesidades especiales o que probablemente responden de manera diferente a las intervenciones. Por lo tanto, cualquier indicador que se mida debe recopilar datos que están desglosados, incluidos, entre otros, el sexo 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.



CAPÍTULO 7

Consejos prácticos para usar el marco común

Cada programa de SMAPS es único. Qué y cómo se implementan los programas 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 use cada resultado o indicador de este marco común. No obstante, se espera que la mayoría de los programas de SMAPS en situaciones de emergencia o diseños de seguimiento y evaluación incluyan **al menos UN indicador de impacto del objetivo del marco común y al menos UN indicador de resultado del marco común.**



© IFRC

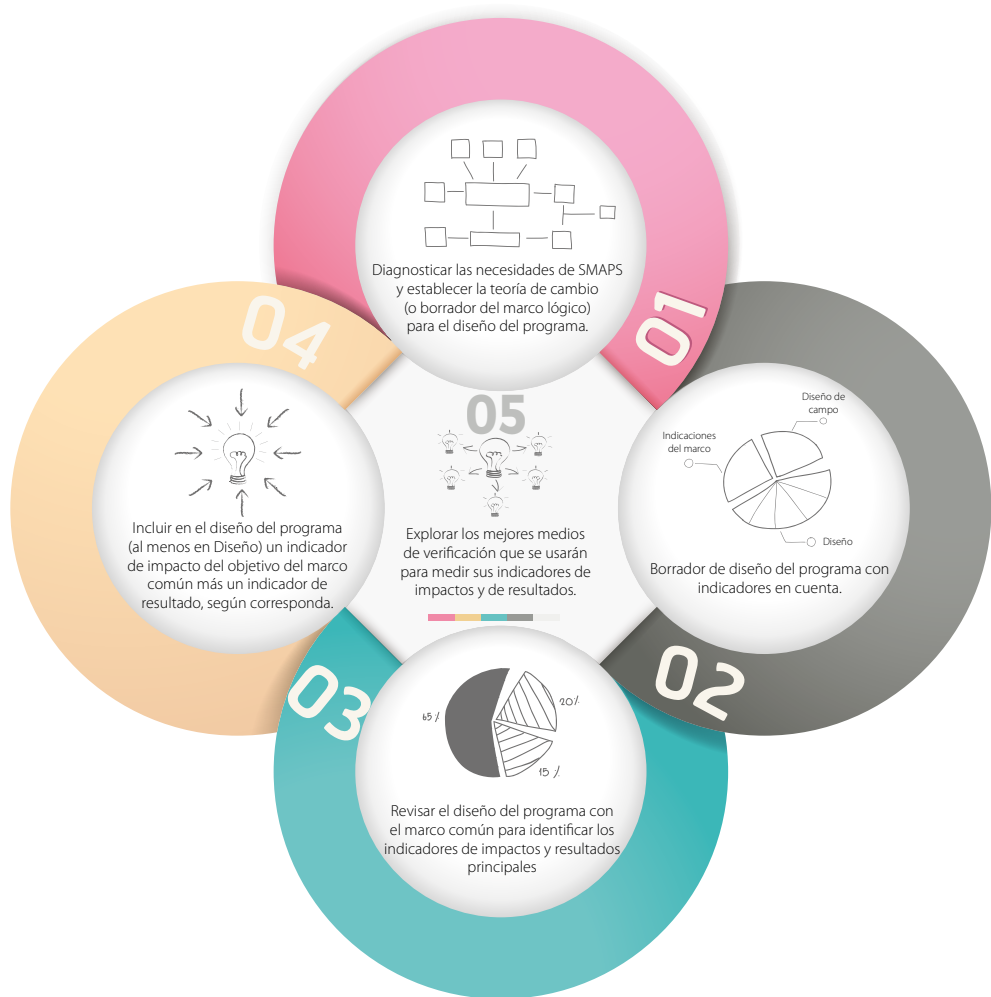
UN PROCESO DE CINCO PASOS

En consonancia con los esfuerzos de coordinación de emergencia (por ejemplo, grupos de trabajo de respuesta de emergencia de SMAPS), se puede iniciar el siguiente proceso para incluir indicadores de este marco común de seguimiento y evaluación (véase el Gráfico 3):

1. Los diagnósticos de SMAPS continúan como de costumbre. Se inicia el comienzo de un diseño de programa de SMAPS para satisfacer las necesidades diagnosticadas.
2. Cada organización considera los resultados y productos de su propio programa en relación con el diseño del programa. Cada organización considera cómo su proyecto contribuirá a la meta del marco común.
3. Durante la etapa de diseño, se alienta a los profesionales/funcionarios encargados a revisar el marco común para ver cómo se alinea con sus propias intervenciones propuestas.
4. Los programas toman (al menos) un indicador de impacto del objetivo y al menos un indicador de resultado del marco común. Los programas también incluirán indicadores de producto únicos para el diseño del programa.
5. Explore los posibles medios de verificación que se usarán para medir su impacto y los indicadores de resultados, que pueden ser medidas usadas previamente por su propia organización u otras.

GRÁFICO 3.

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



La idea básica detrás del marco común es que puede usarse de la manera que mejor se “adapte” a la meta, los resultados y los productos previstos de distintos 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 se sabe que se implementarán 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 familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales), ya que las actividades del proyecto pueden relacionarse con empoderar a las familias con los conocimientos y recursos necesarios para apoyar mejor a los familiares con trastornos mentales.

En última instancia, el profesional que diseña el programa está facultado para hacer coincidir los resultados más adecuados con los indicadores conexos del marco común. La instrucción puede provenir del diseño de un programa de SMAPS propio del profesional, las actividades del programa, la descripción de los resultados proporcionados en esta publicación o las listas de acciones de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.

Para ayudar más a las organizaciones a usar el marco común, los Anexos 2 a 5 proporcionan posibles escenarios para cuatro intervenciones de SMAPS de uso común 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. 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 seguimiento y evaluación que buscan incorporar al menos un indicador de objetivo y al menos un indicador de resultado del marco común.

CAPÍTULO 8

Consideraciones éticas en el seguimiento y la evaluación

Los principios éticos ayudan a determinar lo que puede ser útil o dañino. La aplicación de principios éticos a todos los aspectos de seguimiento y 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 seguimiento y evaluación. Ya sea que se les denomine investigación o seguimiento y evaluación, ambos enfoques implican la recopilación y el análisis de datos, y probablemente incluyan el compromiso directo o indirecto con las personas a lo largo del proceso. Por lo tanto, el seguimiento y la evaluación siempre deben incluir el examen de consideraciones éticas específicas para garantizar que las actividades relacionadas no perjudiquen a las personas involucradas.

En este sentido, el Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial ha publicado *Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergencies*. Estas recomendaciones cubren seis áreas importantes de investigación: (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 (véase el Gráfico 4) que forman un marco para llevar a cabo la recopilación de datos en situaciones de emergencia. Todas estas áreas deben ser informadas por consideraciones éticas, de acuerdo con las recomendaciones del IASC.

GRÁFICO 4.

Seis áreas fundamentales cubiertas en las *Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergencies*¹⁵



CAPÍTULO 9

Compartir resultados y lecciones aprendidas

Se ha reconocido que la falta de un marco común de seguimiento 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. En consecuencia, esto ha generado dificultades para demostrar el valor o el impacto de los programas de SMAPS en situaciones de emergencia. Sin embargo, incluso si las organizaciones usan este marco común de seguimiento y evaluación, es fundamental que los resultados se compartan y diseminen ampliamente para que otros puedan beneficiarse de las lecciones aprendidas. Con el tiempo, los datos resultantes se pueden usar 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 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 seguimiento y evaluación, en algún formato, como parte de la práctica de programación responsable y ética. 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 (de libre acceso). Dependiendo de cómo se documentan los resultados, también hay muchas maneras formales e informales de compartir los hallazgos. 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 a nivel de país, o publicarse como informes o artículos.

El objetivo final es garantizar que la mayoría, si no todas, las organizaciones que implementan las actividades de SMAPS en situaciones de emergencia midan ciertas construcciones compartidas, que eventualmente pueden formar parte de las revisiones bibliográficas que hacen avanzar el conocimiento colectivo del campo.

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 usan 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 SMAPS han carecido de un marco común de seguimiento y evaluación en el cual informar sobre su trabajo de una manera unificada. Mediante consultas académicas, de expertos y de campo, 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 seguimiento y evaluación descrito en esta publicación ofrece una declaración de objetivos, cinco resultados, más una selección de indicadores. 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 mejorar el bienestar mental y psicosocial.



QUEREMOS SU OPINIÓN

El Marco Común de Seguimiento 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 seguimiento y evaluación en relación con los objetivos de la *Guía del ASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Después de más uso y pruebas de campo, se anticipa que surgirán nuevas lecciones 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 para la SMAPS en:

mhps.refgroup@gmail.com

REFERENCIAS

1 Comité Permanente entre Organismos, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, IASC, Ginebra, 2007.

2 Tol, WA, et al., "Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings", *PLoS Medicine*, vol. 8, n.º 9, 2011, 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 no publicado, 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 no publicado, 2015.

5 Charities Evaluation Services, "About Monitoring and Evaluation", The National Council for Voluntary Organisations, Londres, <www.ces-vol.org.uk/about-performance-improvement/about-monitoring-evaluation.html>, consultado el 19 de octubre de 2015.

6 Phillips, C. What is Cost-Effectiveness?, Segunda edición en la serie sobre economía de la salud What is...?, Hayward Medical Communications, una división de Hayward Group Ltd., Reino Unido, 2009, <www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/Cost-effect.pdf>, consultado el 16 de febrero de 2016.

7 Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, UNDG Results-Based Management Handbook: Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level, GNUD, Nueva York, 2011, <<https://undg.org/home/guidance-policies/country-programmemeing-principles/results-based-management-rbm/>>, consultado el 29 de octubre de 2015.

8 Kleinman, A., V. Das y M. Lock, eds., *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley, 1997.

9 diccionarios de Oxford, definición de "sufrimiento", <www.oxforddictionaries.com/definition/english/suffering>, consultado el 9 de marzo de 2016.

10 Organización Mundial de la Salud, "Salud mental: fortalecer nuestra respuesta", Hoja informativa, OMS, Ginebra, actualizado en 2016, <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>, consultado el 24 de abril de 2016.

11 El Proyecto Esfera, Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria, edición de 2011, eBook, Practical Action Publishing, Reino Unido, 2011.

12 Diener, E., "Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being", *Journal of Happiness Studies*, vol. 7, n.º 4, noviembre de 2006, págs. 397-404

13 Minnesota Department of Health, *Social Connectedness. Evaluating the Healthy People 2020 Framework: The Minnesota Project*, julio de 2010, pág. 13.

14 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, "What is Human Development?", PNUD, Nueva York, 2015, <<http://hdr.undp.org/en/content/what-human-development>>, consultado el 20 de octubre de 2015.

15 Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, *Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings*, IASC, Ginebra, 2014.

Anexo 1

Revisiones académicas para apoyar el desarrollo del marco común

INTRODUCCIÓN

La Johns Hopkins University realizó dos revisiones para ayudar a guiar el desarrollo del Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. En primer lugar, revisó los marcos lógicos (marcos lógicos) y los documentos de “teoría de cambio”. En segundo lugar, revisó la bibliografía académica para identificar las estrategias aplicadas más comúnmente usadas para realizar un seguimiento y evaluar las intervenciones de SMAPS en contextos humanitarios en países de ingresos bajos y medios. Los hallazgos de la primera etapa del proceso de revisión revelaron superposiciones significativas y confusas en los objetivos y resultados del proyecto, así como la confusión en torno a las definiciones de objetivos y propósitos de los programas e investigaciones de SMAPS. Además, aunque la mayoría de los informes de los proyectos de implementación de servicios de SMAPS se centraron en construcciones más amplias de servicios de SMAPS (como descripciones de apoyo psicosocial general, provisión de información y fortalecimiento de los apoyos de la comunidad y la familia), la revisión encontró que la investigación continúa centrándose principalmente en intervenciones clínicas individuales y capacitación para lograr esos objetivos. Los hallazgos de la primera etapa de la revisión confirmaron que un marco común de seguimiento 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 a un objetivo común y rango de resultados. La segunda etapa de la revisión se centró en la identificación de indicadores potenciales para el marco.

MÉTODOS

Los marcos lógicos y los documentos de la teoría de cambio se recopilaban de las organizaciones miembro del Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial, e incluyeron múltiples disciplinas en las que se implementa el trabajo de SMAPS.

Todos los marcos lógicos, los documentos de la teoría de cambio, las ubicaciones geográficas, los organismos, las personas, los donantes y los detalles del presupuesto se guardaron en el anonimato antes de extraer los datos de los documentos. Se buscó en las bases de datos regionales de Embase, PILOTS, PsycInfo, PubMed/MEDLINE y la OMS para los estudios revisados por pares. La búsqueda de bibliografía académica se limitó a artículos revisados por pares que describen el seguimiento y la evaluación para la SMAPS en contextos humanitarios en países de ingresos bajos y medios. Se usaron estrategias inductivas y deductivas para el análisis. Las construcciones de salud mental y apoyo psicosocial se agruparon desde el “principio”, usando la estrategia inductiva para el análisis de contenido temático. La estrategia deductiva se usó para recopilar primero los datos y luego agrupar los temas de acuerdo con el objetivo y los resultados redactados por el Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial. Se identificaron las diferencias sistemáticas en la recopilación de datos y las lagunas en la versión actual del marco, basadas en el desarrollo inductivo de los temas.

RESULTADOS

Basada en el análisis deductivo, la distribución de la recopilación de la información extraída de los marcos lógicos y artículos sobre el borrador del objetivo del marco común, los resultados y los indicadores se describe en los Gráficos 5 y 6, respectivamente. A través de los marcos lógicos y los artículos revisados por pares, se identificaron **seis temas distintos** usando el 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 de la función asociada a través de la atención.
3. Desarrollar la capacidad para identificar, intervenir y realizar un seguimiento de los problemas de SMAPS. Si bien este tema puede estar implícito dentro del objetivo general elaborado para el marco, no se reflejó directamente en los resultados, lo que refleja una brecha 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 dentro de los sistemas sociales existentes. Este tema difería del segundo tema en que los programas se esforzaban específicamente para apoyar o mejorar las estructuras y los sistemas a nivel de la comunidad que, a su vez, promoverían un desarrollo individual sano y una mejor calidad de vida, incluida la salud física y el desarrollo social y económico.
5. Objetivos a nivel macro que buscaban construir la paz entre los grupos después del conflicto y abordar los problemas estructurales dentro de las sociedades. 6. Objetivos relacionados con la protección de grupos vulnerables, como mujeres, niños, ancianos y personas con discapacidad.

CONCLUSIONES

En general, los exámenes indicaron que el proyecto de marco común podría aplicarse en general a los programas existentes y la bibliografía revisada por pares, pero la definición clara de los objetivos y 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 comúnmente a los marcos lógicos o las teorías de cambio usadas en la programación.

GRÁFICO 5.

Las frecuencias de recopilación de resultados del marco común de seguimiento y evaluación para marcos lógicos

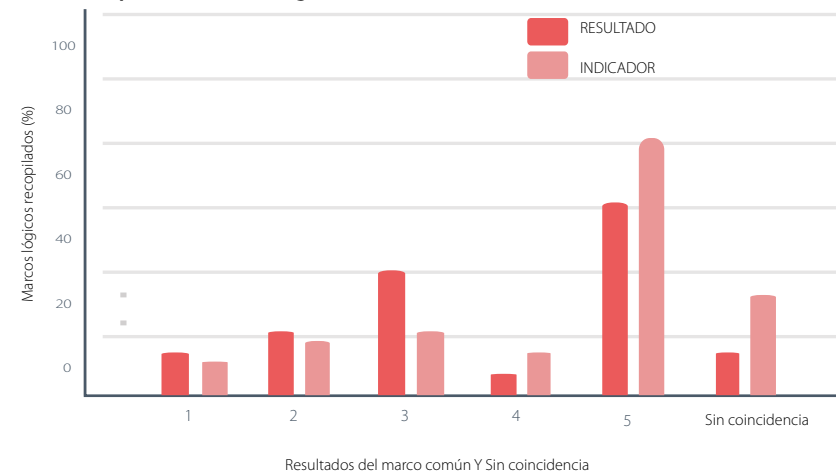
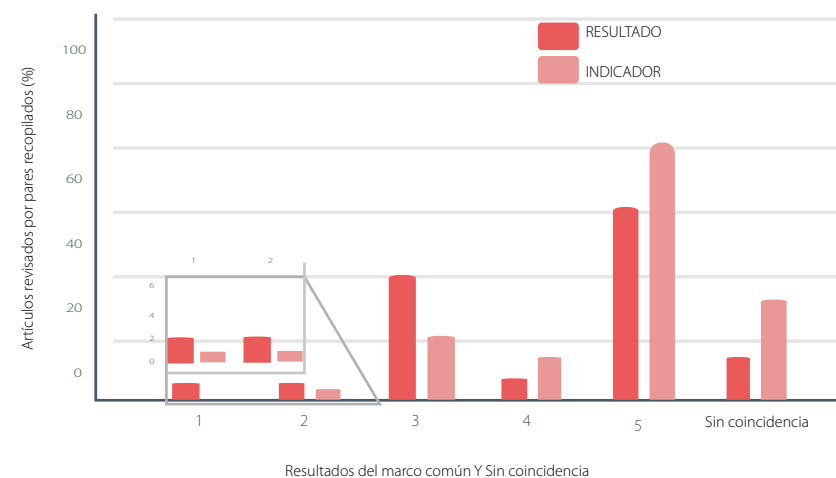


GRÁFICO 6.

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



Notas sobre los Anexos 2, 3, 4 y 5

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 seguimiento y evaluación 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 los tipos de metas, resultados y productos a los que se dirigen dichos programas. Basado en el contexto, las necesidades diagnosticadas y las prioridades de la organización, se prepara un diseño del programa e incluye lo siguiente:

- Para los objetivos del programa, se ha seleccionado al menos un indicador de impacto del objetivo (Gi) del marco común e incluido como una medida.
- Para los resultados del programa, se ha seleccionado al menos un resultado más uno o más indicadores de resultados (O) del marco común y se han incluido como una medida.
- Los resultados de muestra muestran los tipos de actividades que pueden conducir al logro de los resultados y, en última instancia, el objetivo.

Es importante observar que las declaraciones de objetivos y resultados, incluso los indicadores, no siempre están redactados exactamente como en el marco común. Por el contrario, los términos fundamentales del marco común se han usado para fortalecer la pertinencia de la meta, el resultado o el indicador para el programa específico de la organización. Sin embargo, el significado de lo que se está enfocando y midiendo sigue siendo el mismo. Esto demuestra la flexibilidad del marco común para organizaciones individuales y sus programas únicos. Además, es importante señalar que el marco común no abarca todos los objetivos, resultados e indicadores.

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

Anexo 2

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

Descripción de antecedentes y programas: Un terremoto ha afectado a la capital dejando a cientos de miles de personas sin hogar o sin acceso a servicios básicos. Su organización ha organizado una respuesta de emergencia para ayudar a las familias a satisfacer sus necesidades inmediatas, incluido un albergues temporales y la distribución de kits familiares para 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 Humanitarias y Catástrofes* y que las personas reciban ayuda de manera digna y segura.

Marco lógico de muestra (abreviado):

Objetivo del programa: Las familias afectadas por el terremoto se sienten seguras, tienen acceso a suministros de emergencia y se sienten preparadas para hacer frente a la recuperación de emergencia

Resultado A: El equipo para necesidades básicas se distribuye a 5.000 familias

Producto A.1: Distribución de 5.000 tiendas de campaña para cuatro personas

Producto A.2: Distribución de 5.000 kits familiares de productos no alimentarios

Resultado B: Las respuestas de emergencia no causan daño y son dignas, participativas, de propiedad comunitaria y social y culturalmente aceptables [O1]

Producto B.1: El personal de respuesta a emergencias recibe información sobre la *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, usando listas de acciones pertinentes para sus sectores

Producto B.2: Se consulta a mujeres, hombres, niñas y niños para identificar elementos críticos que se incluirán en los kits de productos no alimentarios

Producto B.3: Los volantes (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

Indicadores

Porcentaje de personas afectadas que tienen albergue y productos no alimentarios necesarios
Porcentaje de mujeres, hombres, niñas y niños que informan sentirse seguros, tranquilos y capaces de lidiar con los problemas [Gi.2]

5.000 tiendas de campaña usadas por familias necesitadas
5.000 kits familiares de productos no alimentarios usados por familias necesitadas

Porcentaje de personal capacitado y que sigue las directrices de la Guía del IASC sobre SMAPS en Emergencias Humanitarias y Catástrofes [O1.4]
Cantidad de personas afectadas que conocen 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]

Medios de verificación

Documentación del proyecto
Evaluación rápida posterior a la distribución
Entrevistas con fuentes de información importantes

Registros de capacitación del proyecto
Registros de distribución
Evaluación rápida posterior a la distribución
Entrevistas con fuentes de información importantes

Anexo 3

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

Descripción de antecedentes y programas: Un conflicto se ha estado desencadenando durante años y las mujeres denuncian ampliamente la violencia sexual, pasada y presente. Esto ha llevado a las mujeres a sentirse inseguras e incapaces de moverse por la comunidad. Además, muchas mujeres experimentan síntomas depresivos en la medida en que no se sienten 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 en la comunidad de Zal.

Marco lógico de muestra (abreviado):

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

Indicadores

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

Medios de verificación

Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS
 Encuesta comunitaria de mujeres sobre bienestar y seguridad subjetivos
 Documentación de las autoridades locales

Resultado A: Las mujeres están seguras, protegidas [O2] y pueden moverse por su comunidad

Porcentaje de mujeres 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]

Registros de capacitación del proyecto
 Encuesta comunitaria de mujeres sobre bienestar y seguridad subjetivos

Producto A.1: Los docentes imparten módulos de alfabetización y educación matemática

Producto A.2: Los módulos participativos de habilidades para la vida se implementan con niños

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

Resultado B: Los funcionarios de bienestar comunitario brindan terapia interpersonal a mujeres con depresión [O5]

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 reducidos de depresión [Gi.1; Gi.3]
 Los ayudantes no expertos que brindan intervenciones de terapia interpersonal informan satisfacción con el apoyo de supervisión

Registros del cliente
 Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS
 Datos semanales sobre depresión recopilados al comienzo de las sesiones de terapia interpersonal
 Discusiones de grupos focalizados con ayudantes no expertos

Producto B.1: Treinta ayudantes no expertos de terapia interpersonal a través de 10 oficinas de servicios de bienestar comunitario están capacitados

Producto B.2: Los ayudantes no expertos proporcionan terapia interpersonal

Producto B.3: Los ayudantes no expertos de terapia interpersonal participan en la supervisión semanal del grupo

Anexo 4

Marco de muestra para un programa de educación informal para niños

Descripción de antecedentes y programas: 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 anfitriona. 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.

Marco lógico de muestra (abreviado):

Objetivo del programa: Mejora del bienestar psicosocial [G] de los niños que viven en el campo de refugiados

Indicadores

Sentimientos mejorados de conexión social entre los niños [Gi.6]
Mejora del bienestar subjetivo entre los niños [Gi.2]
Las habilidades de lectoescritura y aritmética de los niños mejoran en al menos dos niveles durante el transcurso del programa

Medios de verificación

Medida de conexión social de los niños
Registros educativos
Seguimiento de indicadores dirigidos por niños

Resultado A: Los niños que participan en el programa mejoran las habilidades de lectoescritura, aritmética y resolución de problemas [O3]

Aumento de las habilidades de lectoescritura
Incremento de habilidades de aritmética
Habilidad de los niños para hacer frente a los problemas psicosociales [Gi.4]

Registros educativos
Evaluación cualitativa de los niños

Producto A.1: Los docentes imparten módulos de alfabetización y educación matemática

Producto A.2: Los módulos participativos de habilidades para la vida se implementan con niños

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

Resultado B: Los niños con necesidades específicas de protección y salud mental son remitidos a atención especializada

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]

Registros educativos

Producto B.1: Las redes, las rutas y los procesos de remisión están recopilados y documentados

Producto B.2: Los maestros son capacitados en códigos de conducta e identifican y gestionan la remisión de niños donde sea necesario

Anexo 5

Marco de muestra para un programa de salud para el tratamiento de personas con trastornos mentales en clínicas de salud primaria

Descripción de antecedentes y programas: En un esfuerzo por reducir la brecha de 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 trastornos mentales. 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 trastornos mentales.

Marco lógico de muestra (abreviado):

Objetivo del programa: Las personas que viven con trastornos mentales experimentan una mejor salud mental y bienestar psicosocial [G]

Indicadores

Cantidad de personas con trastornos mentales que informan una reducción en los síntomas [Gi.3]

Cantidad de personas con trastornos mentales que informan una mejora en el funcionamiento [Gi.1]

Medios de verificación

Registros de instalaciones de atención de salud

Registros de pacientes con cuestionarios pertinentes

Resultado A: Los enfermeros de las instalaciones de atención primaria de salud identifican, tratan y apoyan a las personas que viven con trastornos mentales

Porcentaje de instalaciones médicas que tienen personal capacitado para identificar los trastornos mentales y para ayudar a las personas con problemas de salud mental y psicosociales [O5.1]

Cantidad de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben tratamiento clínico de trastornos mentales, neurológicos o por uso indebido de sustancias a través de los servicios de atención primaria de salud [O5.5]

Mayor disponibilidad y reposición de medicamentos esenciales para trastornos mentales

Registros del Ministerio de Salud

Registros de instalaciones de atención de salud

Registros de pacientes

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) de la OMS

Producto A.2: Se apoya el suministro de medicamentos psicotrópicos

Resultado B: Las comunidades y familias apoyan a las personas con problemas de salud mental y psicosociales [O4]

Percepciones, conocimientos, actitudes y comportamientos de los miembros de la comunidad hacia las personas con problemas de salud mental y psicosociales [O4.4]

Nivel de capital social de las personas con problemas de salud mental y psicosociales [O4.3]

Encuesta comunitaria al inicio y durante el seguimiento

Entrevistas con fuentes de información importantes y evaluación del capital social de las personas que reciben tratamiento para trastornos mentales

Producto B.1: Implementación de campaña educativa comunitaria sobre salud mental

Producto B.2: Compromiso con organizaciones locales para fomentar la inclusión de personas que viven con trastornos mentales para participar en oportunidades de medios de vida de la comunidad



Meta: 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 propiedad comunitaria y social y culturalmente aceptables
- 2 Las personas están seguras, protegidas y se aborda la vulneración 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 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 capacidades disponibles, 6. Apoyos a niveles múltiples

IASC

Comité Permanente entre Organismos
Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el
Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia