

EVALUACIÓN DE NECESIDADES Y RECURSOS PSICOSOCIALES Y DE SALUD MENTAL

Guía de herramientas para contextos humanitarios



**Organización Mundial
de la Salud**



UNHCR ACNUR
La Agencia de la ONU para los Refugiados

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: guía de herramientas para contextos humanitarios.

1.Servicios de Salud Mental. 2.Trastornos Mentales. 3.Apoyo Social – organización y administración. 4.Conflito (Psicología). 5.Sistemas de Socorro. 6.Urgencias Médicas. I.Organización Mundial de la Salud. II.ACNUR.

ISBN 978 92 4 354853 1 (Clasificación NLM: WM 30)

© Organización Mundial de la Salud, 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in (country name)

EVALUACIÓN DE NECESIDADES Y RECURSOS PSICOSOCIALES Y DE SALUD MENTAL

Guía de herramientas para contextos humanitarios



**Organización Mundial
de la Salud**



UNHCR ACNUR
La Agencia de la ONU para los Refugiados

Prefacio

A pesar de que los trastornos mentales y los problemas psicosociales son algo común en todas las comunidades del mundo, estos problemas son mucho más frecuentes entre las personas que han enfrentado adversidades, tal como la exposición a una crisis humanitaria. Un elemento clave para responder a estos problemas es alcanzar una mejor comprensión de las necesidades y los recursos existentes. La OMS y el ACNUR frecuentemente reciben desde el terreno solicitudes de asesoramiento sobre evaluación de los trastornos mentales y problemas psicosociales en contextos humanitarios.

Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) es un término utilizado para describir una amplia gama de acciones que permiten abordar problemas sociales, psicológicos y psiquiátricos pre-existentes o inducidos por una emergencia. Estas acciones son implementadas en contextos muy distintos por organizaciones y personas con distintos bagajes profesionales, pertenecientes a distintos sectores y con distintos tipos de recursos. Todos estos múltiples actores - y sus donantes - necesitan evaluaciones prácticas que conduzcan a recomendaciones que se puedan utilizar inmediatamente para mejorar la salud mental y el bienestar de las personas.

Aunque existe una variedad de herramientas de evaluación, lo que siempre ha faltado ha sido un criterio general que aclare cuándo se debe utilizar cada herramienta y con qué fin. Este documento ofrece un criterio de evaluación que lo ayudará a analizar la información que ya se encuentra disponible y a solo recolectar datos nuevos que sean de utilidad práctica, en función de su capacidad y de la fase de la crisis humanitaria.

Este documento tiene su origen en dos documentos de políticas, el documento *sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud?* del Grupo de Referencia del IASC (2010) y el estándar de salud mental del Manual Esfera (Proyecto Esfera, 2011).

Este documento está dirigido principalmente a actores de la salud pública. Puesto que los determinantes sociales de la salud mental y los problemas psicosociales ocurren en todos los sectores, la mitad de las herramientas que acompañan esta guía cubren temas de evaluación de SMAPS de interés para otros sectores además del sector sanitario.

Este documento lo ayudará a recopilar la información necesaria para asistir a personas afectadas por crisis humanitarias de una manera más efectiva.

Shekhar Saxena

Director
Departamento de Salud Mental
y Abuso de Sustancias
OMS, Ginebra

Steve Corliss

Director
División de Apoyo y
Gestión de Programas
ACNUR, Ginebra

Agradecimientos

Este proyecto conjunto entre la OMS y el ACNUR ha sido coordinado por Mark van Ommeren (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS). El trabajo fue supervisado por Shekhar Saxena (Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS) y Marian Schilperoord (Jefe de la Sección de Salud Pública y VIH del ACNUR).

El documento fue redactado por Wietse A. Tol (Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins) y Mark van Ommeren (OMS).

Nos complace en reconocer al ACNUR por realizar las primeras pruebas de las herramientas seleccionadas en este documento.

Damos las gracias a las siguientes personas por la revisión o la realización de pruebas con una o más de las nuevas herramientas de este documento: Jonathan Abrahams (OMS), Alastair Ager (Columbia University), Heni Anastasia (Christian World Services), Giuseppe Annunziata (OMS), Nancy Baron (Global Psycho-Social Initiatives), Anja Baumann (OMS), Theresa Betancourt (Harvard University), Cecile Bizouerne (Action Contre le Faim), Paul Bolton (Universidad Johns Hopkins), Maria Bray (Terre des Hommes), Jorge Castilla (Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea), Joseph Coyne (University of Pennsylvania), Nathalie Drew (OMS), Carolina Echeverri (consultora del ACNUR), Tonka Elbs (CARE Austria), Rabih El Chammy (consultor), Richard Garfield (Columbia University), Rita Giacaman (Universidad de Birzeit), Jane Gilbert (consultor), Andre Griekspoor (OMS), Sarah Harrison (Iglesia de Suecia), Lynne Jones (consultor), Mark Jordans (HealthNet TPO), Devora Kestel (OPS/OMS), Albert Maramis (OMS), Anita Marini (OMS), Amanda Melville (UNICEF), Ken Miller (consultor), Matthijs Muijen (OMS), Bhava Nath Poudyal (consultor), Ruth O'Connell (UNICEF), Pau Perez-Sales (MdM-España), Sabine Rakatomalala (Terre des Hommes), Khalid Saeed (OMS), Benedetto Saraceno (Universidad Nueva de Lisboa), Norman Sartorius (Association for the Improvement of Mental Health Programmes), Alison Schafer (World Vision International), Maya Semrau (Institute of Psychiatry King's College London), Derrick Silove (University of New South Wales), Mike Slade (Institute of Psychiatry King's College London), Leslie Snider (War Trauma Foundation), Egbert Sondorp (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Renato Souza (Comité Internacional de la Cruz Roja), Lindsay Stark (Columbia University), Emmanuel Streel (UNICEF), Marian Tankink (HealthNet TPO), Matthias Themel (Comisión Europea), Graham Thornicroft (Institute of Psychiatry King's College London), Liv Torheim (FAFO), Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Kristian Wahlbeck (OMS), Inka Weissbecker (International Medical Corps), Michael Wessells (Columbia University) y Nana Wiedemann (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja).

Índice

Prefacio	3
Agradecimientos	4
Una guía rápida para identificar herramientas	7
1. Introducción	8
1.1 Cómo utilizar esta guía	8
1.2 Quién debe utilizar esta guía	9
1.3 Cómo se desarrolló la guía	10
1.4 Cultura y salud mental	10
2. Descripción general del proceso de evaluación	11
3. Metodología de evaluación	14
3.1 Selección de temas y herramientas de evaluación de esta guía	14
3.2 Estimación de la prevalencia de los problemas de salud mental	17
3.3 Recopilación de datos cualitativos y cuantitativos	19
4. Transformando la evaluación en acción	25
4.1 Redacción de un informe con recomendaciones	25
4.2 Comunicación de las recomendaciones	26
Herramientas 1 a 12 (véase la guía rápida de la página 7 o de la última página para obtener los números de página)	29
Bibliografía	78



ہاتھ، منہ اور پیرے ہمیشہ صاف رکھا کریں

PHC
HEALTH
CENTRE

Una guía rápida para identificar herramientas

N.º de herramienta	Título	Método	Por qué utilizar esta herramienta	Página
Con fines de coordinación y sensibilización				
1	Quién está haciendo Qué, en Dónde y hasta Cuándo (Who is Where, When, doing What - 4Ws) en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS): resumen del manual con código de actividades	Entrevistas con los directores de programas de las organizaciones	Con fines de coordinación, mediante el mapeo de los apoyos psicosociales y de salud mental disponibles	30
2	Programa de Evaluación de Síntomas Graves en Contextos Humanitarios de OMS-ACNUR (WASSS, por sus siglas en inglés)	Parte de una encuesta de hogares de la comunidad (muestra representativa)	Con fines de sensibilización, mostrando la prevalencia de los problemas de salud mental en la comunidad	34
3	Escala sobre Necesidades Percibidas en Contextos Humanitarios de Emergencia (HESPER, por sus siglas en inglés)	Parte de una encuesta de hogares de la comunidad (muestra representativa) O, excepcionalmente (en casos de emergencias graves mayores), como muestra de conveniencia	Para informar la respuesta, a través de la recopilación de datos sobre la frecuencia de las necesidades físicas, sociales y psicológicas percibidas en la comunidad	41
Para SMAPS a través de los servicios de salud				
4	Lista de verificación para visitas a instituciones en contextos humanitarios	Visitas a centros y entrevistas al personal y los pacientes	Para la protección y el cuidado de personas con discapacidades mentales o neurológicas que están en instituciones	42
5	Lista de verificación para integrar la salud mental en la atención primaria de salud (APS) en contextos humanitarios	Visitas a centros y entrevistas a los directores de programas de atención primaria de salud	Para planificar una respuesta de salud mental en APS	47
6	Componente neuropsiquiátrico del Sistema de Información Sanitaria (SIS)	Epidemiología clínica utilizando el SIS	Para sensibilizar, planificar y hacer seguimiento de una respuesta de salud mental en APS	53
7	Plantilla para evaluar los recursos formales del sistema de salud mental en contextos humanitarios	Revisión de documentos y entrevistas con directores de servicios	Para planificar la recuperación y reconstrucción (temprana), mediante el conocimiento de los recursos formales existentes en el sistema de salud mental regional/nacional	55
Para SMAPS a través de distintos sectores, inclusive mediante el apoyo comunitario				
8	Lista de verificación para la obtención de información general (no específica de SMAPS) de los líderes del sector	Revisión de los documentos disponibles	Para resumir la información general (no específica de SMAPS) que ya se conoce sobre la emergencia humanitaria actual (para evitar recoger datos sobre cuestiones ya conocidas)	59
9	Plantilla para la revisión de la información pre-existente relevante para SMAPS en la región/país	Revisión bibliográfica	Para resumir la información de SMAPS sobre la región/país que ya se conocía antes de la emergencia humanitaria actual (para evitar recoger datos sobre cuestiones ya conocidas)	60
10	Evaluación participativa: percepciones de los miembros de la comunidad en general	Entrevistas a miembros de la comunidad en general (listado libre y preguntas adicionales)	Para aprender acerca de las perspectivas locales sobre los problemas y la forma de afrontarlos, con el fin de desarrollar una respuesta de SMAPS apropiada	63
11	Evaluación participativa: percepciones de los miembros de la comunidad con conocimiento profundo de la misma	Entrevistas a informantes o grupos clave		70
12	Evaluación participativa: percepciones de personas gravemente afectadas	Entrevistas a personas gravemente afectadas (listado libre y preguntas adicionales)		74

1. Introducción

1.1 CÓMO UTILIZAR ESTA GUÍA

Este documento ofrece un criterio y un conjunto de herramientas para ayudar a aquellos que están diseñando y dirigiendo una evaluación de las necesidades y los recursos de salud mental y psicosociales en crisis humanitarias importantes. Podrían incluirse grandes desastres naturales o los provocados por el hombre, así como emergencias complejas (por ejemplo, conflictos armados).

En general, las evaluaciones tienen como objetivo:

- proporcionar un amplio conocimiento de la situación humanitaria;
- analizar los problemas de las personas y su capacidad de enfrentarlos; y
- analizar los recursos para decidir, en consulta con las partes interesadas, la naturaleza de cualquier respuesta que se requiera.

Las evaluaciones también son útiles para iniciar la participación conjunta con otros actores, incluyendo gobiernos, representantes de la comunidad y organizaciones nacionales e internacionales.

Las directrices de la Guía IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia (2007) sugieren temas que deberían cubrirse en las evaluaciones de trastornos mentales y problemas psicosociales. Sin embargo, estas directrices no ofrecen una guía sobre **cómo** recoger datos o sobre qué información se necesita normalmente para el accionar de cada sector de salud. Este documento (redactado principalmente para actores humanitarios del sector salud) ha sido diseñado para ayudar a rellenar estos vacíos.

Tiene su origen en dos documentos de políticas, el documento *Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud?* del Grupo de Referencia del IASC (2010), y el estándar de salud mental del Manual Esfera (Proyecto Esfera, 2011).

La página 7 (y la contraportada) de este documento proporciona una guía rápida para identificar herramientas y muestra cómo se vinculan las herramientas de este manual con las principales acciones del sector sanitario recomendadas en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS).

Ante la amplia gama de temas de evaluación, las evaluaciones deberían ser, en la medida de lo posible, un esfuerzo coordinado. La colaboración entre los socios las beneficia enormemente. Para obtener orientación sobre evaluaciones coordinadas, vea el documento del Grupo de Trabajo sobre Evaluación de Necesidades del IASC (IASC NATF, 2011).

No existe "una evaluación que sirva para todos". Este documento no es un libro de recetas. Más bien proporciona una guía y un abordaje para seleccionar las herramientas adecuadas. Usted debe seleccionar algunas herramientas y adaptarlas dentro de cada proyecto de evaluación y situación específica, según lo que desee alcanzar con la evaluación.

Los objetivos de la evaluación dependen de:

- el tipo de información que ya está disponible;
- la fase de la emergencia; y
- las capacidades, recursos e intereses del equipo de evaluación.

El enfoque de este documento - en línea con las recientes recomendaciones interinstitucionales (IASC, NATF 2011, IASC 2012) - cubre la recolección de datos primarios (datos nuevos) y datos secundarios (datos existentes).

1.2 QUIÉN DEBE UTILIZAR ESTA GUÍA

Aunque este documento está destinado principalmente a instituciones y organismos de salud pública, muchas de las herramientas de evaluación que se presentan son muy pertinentes para el personal que trabaja en otros sectores. Los actores de salud pueden trabajar en cualquiera de los siguientes niveles del sistema sanitario:

- en la comunidad (por ejemplo, en los hogares de las personas);
- en servicios de salud del primer y segundo nivel (por ejemplo, ambulatorios de atención primaria de salud, policlínicas, hospitales generales); y
- en atención terciaria (por ejemplo, hospitales psiquiátricos).

Puesto que las condiciones sociales que contribuyen a los problemas de salud mental y psicosociales ocurren en todos los sectores, aproximadamente la mitad de las herramientas de este documento cubren temas de evaluación de SMAPS pertinentes tanto para el sector sanitario como para otros sectores.

Este documento presume que usted conoce los conceptos de salud mental y psicosocial, según se expone en la Guía del IASC sobre SMAPS (2007). A pesar de que a lo largo del texto se den algunas explicaciones, este documento también supone que usted posee conocimientos básicos de técnicas de evaluación, por ejemplo, cómo:

- conducir, analizar e informar sobre entrevistas semi-estructuradas a informantes clave y entrevistas grupales;
- conducir, analizar e informar sobre las encuestas; y
- gestionar la logística de una evaluación, el presupuesto, y capacitar a las personas a cargo de la recopilación de datos, entre otros.

Gran parte del rigor y la calidad de la evaluación dependerá de las capacidades del líder del equipo de evaluación y del equipo mismo. Como mínimo, los líderes del equipo de evaluación deberían tener experiencia previa en diseñar, conducir, analizar e informar sobre métodos de evaluación cualitativos y cuantitativos en contextos humanitarios.

Los miembros del equipo deberían reunir buenos conocimientos sobre:

- el contexto sociocultural en el cual tiene lugar la crisis humanitaria; y
- temas relacionados con la salud mental y programación en contextos humanitarios.

1.3. CÓMO SE DESARROLLÓ LA GUÍA

La guía se desarrolló mediante un proceso interactivo que comprendió la consulta con expertos, la realización de diferentes rondas de revisión por pares, y pruebas piloto de varias de las herramientas. La elaboración comenzó con una enumeración de los distintos temas de evaluación recomendados en la Lista de Acciones sobre evaluación de la Guía del IASC sobre SMAPS. Se incluyeron posibles preguntas (con técnicas de evaluación y destinatarios ya definidos) en relación a cada uno de estos temas en un cuadro grande. En la medida de lo posible, se introdujeron en el cuadro preguntas y herramientas previamente probadas. Luego se agruparon las preguntas por tema, de acuerdo a la técnica de evaluación y al tipo de entrevistado. Se eliminaron las preguntas repetidas y superfluas. También se eliminaron las que no tenían una relación clara con la actuación del sector salud. Las preguntas agrupadas se convirtieron después en herramientas de evaluación, cada una con un objetivo concreto relacionado con una de las acciones claves listadas en el estándar de salud mental revisado del Manual del Proyecto Esfera de 2011. El Grupo de Referencia del IASC sobre SMAPS revisó algunas herramientas involucradas en el proceso de evaluación que atravesaban una cantidad de sectores ([Herramientas 1](#), [9](#), [10](#) y [11](#)) y esto dio como resultado la adopción de estas cuatro herramientas por parte del Grupo de Referencia.

1.4. CULTURA Y SALUD MENTAL

Los coordinadores de la evaluación siempre tendrán que enfrentar el desafío de encontrar un equilibrio entre la obtención de:

- información ágil y práctica (a través de, por ejemplo, evaluaciones rápidas de los problemas principales para iniciar la prestación de servicios); y
- conocimiento sobre una realidad sociocultural complicada (a través de, por ejemplo, evaluaciones etnográficas minuciosas).

Desafortunadamente, no existe una respuesta fácil para lograr este equilibrio.

Las dimensiones culturales de la atención en este conjunto de herramientas se abordan de varias maneras, incluyendo:

- una plantilla para revisiones bibliográficas de literatura relevante sobre ciencias sociales y médicas aplicable a un contexto específico; y
- herramientas de evaluación que recogen rápidamente puntos de vista de los miembros de la comunidad local y otros actores en relación a salud mental y apoyo psicosocial.

Será importante tener en cuenta que las herramientas de esta guía generalmente proporcionan respuestas rápidas y superficiales a preguntas complejas. La información recogida requerirá una reflexión crítica y, cuando la situación evolucione, una recolección de datos adicional.

2. Descripción general del proceso de evaluación

La evaluación de las necesidades es un proceso continuo. La Figura 2.1 describe este proceso continuo y destaca los distintos pasos involucrados en una evaluación de necesidades.

Antes de comenzar cualquier evaluación, es crucial coordinarse con las partes interesadas pertinentes, incluyendo, según proceda, el gobierno, las organizaciones líderes, representantes del grupo objetivo y otros actores humanitarios.

Es conveniente coordinar las evaluaciones (por ejemplo, dividiendo los temas o áreas geográficas entre organismos de ayuda humanitaria) por varias razones, entre ellas:

- hacer un uso eficaz de los recursos;
- obtener una imagen más completa de las necesidades;
- evitar hacer las mismas preguntas a los mismos participantes.

Si usted es un organismo externo, debería intentar coordinar las evaluaciones con los investigadores locales y utilizar las capacidades gubernamentales y universitarias existentes.

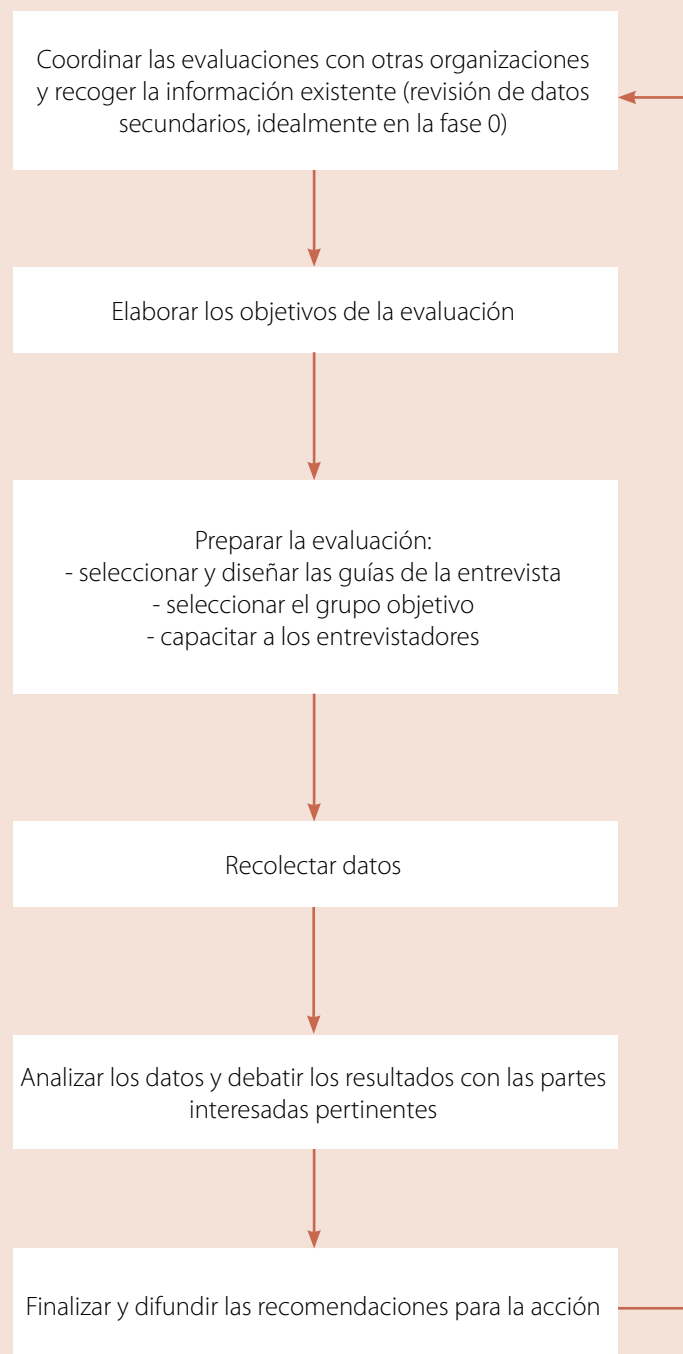
Se recomienda a las organizaciones que estén pensando realizar evaluaciones coordinadas de SMAPS que apliquen las guías operativas sobre evaluación de necesidades coordinadas del IASC NATF, 2011.

El enfoque de esta guía sobre necesidades y recursos de salud mental y apoyo psicosocial implica los siguientes cuatro tipos de recolección de datos:

- Revisión bibliográfica ([Herramienta 9](#)).
- Recolección de información existente proveniente de las partes interesadas y actores pertinentes, incluido el gobierno (por ejemplo, las [Herramientas 7 y 8](#)).
- Recolección de información nueva, añadiendo preguntas sobre problemas de salud mental y apoyo psicosocial a las de salud general, nutrición, protección u otras evaluaciones realizadas por actores ajenos a SMAPS¹ (por ejemplo, la [Herramienta 2](#) podría añadirse a dichas evaluaciones).
- Completar la información faltante, recogiendo información nueva sobre salud mental y problemas psicosociales a través de una evaluación específica de SMAPS incluyendo, por ejemplo, entrevistas y visitas a centros, encuestas, y entrevistas a informantes o grupos clave (por ejemplo, la [Herramienta 11](#)).

¹ Idealmente, la incorporación de preguntas relevantes en los formatos de evaluación debe realizarse durante la preparación para las emergencias, es decir, antes de que ocurran.

FIGURA 2.1 DIAGRAMA DE FLUJO DE LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES



CUADRO 2.1 PRINCIPIOS DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA EVALUACIÓN

1. Asegúrese de **coordinar con las partes interesadas/actores pertinentes** (incluyendo, cuando sea posible, gobiernos, ONG, organizaciones religiosas y comunitarias, universidades locales y poblaciones afectadas) y hágalos participar en el diseño de la evaluación, la interpretación de los resultados y en la transformación de los mismos en recomendaciones.
2. **Incluya distintos sectores** de la población afectada, prestando especial atención a niños, jóvenes, mujeres, hombres, personas mayores y a grupos culturales, religiosos y socioeconómicos diferentes.
3. **Diseñe** y analice las evaluaciones con especial hincapié en la acción, más que solo en la recolección de información. Recolectar demasiados datos (es decir, tantos datos que no puede analizarlos a todos o utilizarlos de manera significativa) desperdicia recursos y coloca cargas innecesarias sobre los entrevistados.
4. **Preste atención a los conflictos**, por ejemplo manteniéndose imparcial e independiente, considerando las posibles tensiones y evitando poner a las personas en peligro haciéndoles preguntas.
5. Tenga presente que la metodología de las evaluaciones y el comportamiento de los miembros del equipo de evaluación deben ser apropiados para la **cultura** local.
6. **Evalúe tanto las necesidades como los recursos** para aumentar la probabilidad de que cualquier respuesta humanitaria se base en apoyos y recursos ya existentes en el lugar.
7. Tenga en cuenta los **principios éticos**, incluidos el respeto a la privacidad, la confidencialidad, la participación informada y voluntaria, y el interés superior de los entrevistados (véase el consentimiento informado en la sección 3.3).
8. Se debe capacitar a los **equipos de evaluación** en los principios éticos y las habilidades básicas para la realización de entrevistas. Deben estar informados sobre el contexto local y equilibrados en términos de género. Algunos de los miembros del equipo deben pertenecer a la población local (o estar muy familiarizados con ella). Deben conocer las fuentes o lugares de referencia.
9. Los **métodos de recolección de datos** pueden incluir revisión bibliográfica, entrevistas grupales, entrevistas a informantes clave, observación y visitas a centros.
10. Las evaluaciones deben ser **oportunas** de modo que puedan adaptarse a la fase de la crisis humanitaria, realizando evaluaciones más detalladas en fases posteriores.

3. Metodología de evaluación

3.1 SELECCIÓN DE TEMAS Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE ESTA GUÍA

Normalmente las evaluaciones deben centrarse en un número seleccionado de temas y herramientas. La guía rápida de la página 7 y la contraportada de este documento proporcionan una lista de potenciales acciones claves para organismos de salud en el sector de salud mental y apoyo psicosocial.

Cuando se seleccionan herramientas de este manual, es importante tener en cuenta:

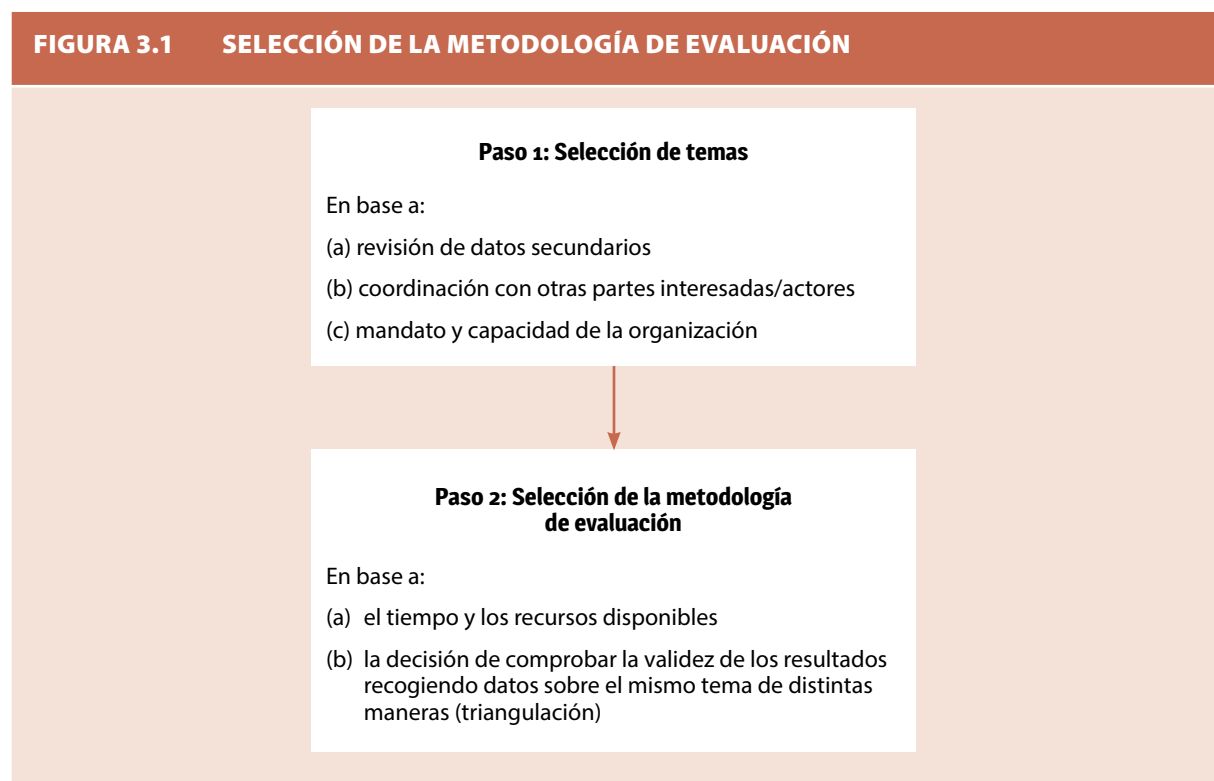
- 1. Desarrollar un marco y objetivos claros para su evaluación.** Esto lo ayudará a priorizar la información que necesita y guiará su selección de las herramientas.
- 2. Recordar que hay poco tiempo y que los recursos son limitados.** No sobrecargue innecesariamente a las personas afectadas; un estudio de la información ya disponible es crucial para reducir al mínimo los temas de futuras evaluaciones. No tiene ningún sentido recoger la misma información dos veces, a menos que existan dudas sobre si la información existente está actualizada o si es de suficiente calidad. Solamente recoja información que pueda derivar en acciones humanitarias.
- 3. Es muy raro que se necesite información exhaustiva sobre todos los temas.** La información necesaria depende del mandato de la institución y de la capacidad de actuar en el proceso de evaluación. Cuando las evaluaciones son demasiado amplias, es difícil recoger, analizar y presentar información de buena calidad.
- 4. Trabajar en colaboración es útil.** Cuando se realizan evaluaciones interinstitucionales (coordinadas), la carga que implica hacerlo puede ser compartida entre las distintas instituciones. Se recomienda realizar este tipo de evaluaciones, pues tienden a ser más creíbles y a apoyar la planificación conjunta (IASC NATF, 2011). Las instituciones pueden dividirse los temas y seleccionar un número más específico de temas según sus fortalezas.
- 5. Recopilar información de distintos tipos de fuentes proporciona un panorama más amplio**(cf. IASC NATF, 2011). Este manual contiene herramientas para las siguientes fuentes de información.
 - Percepciones de los entrevistados sobre sí mismos ([Herramienta 2, parte A](#) y [Herramienta 12](#))
 - Percepciones de los entrevistados sobre los demás ([Herramienta 2, parte B](#), y [Herramientas 10 y 11](#))
 - Percepciones de los entrevistados sobre sí mismos y sobre los demás ([Herramienta 3](#))
 - Datos del sistema de información sanitaria ([Herramienta 6](#))
 - Servicios ofrecidos por las instituciones ([Herramientas 1, 4, 5 y 7](#))
 - Datos secundarios sobre una área afectada en su conjunto ([Herramientas 8 y 9](#))
- 6. Planifique evaluar la validez de la información recogida.** Para elegir la metodología se debe basar en:
 - los recursos disponibles (habilidades, tiempo, dinero); y
 - la decisión de comprobar la validez de los resultados recopilando información relacionada en más de una forma (triangulación).

2 La única acción clave del Proyecto Esfera que no se refleja en esta guía es la que aborda el consumo de alcohol y drogas pues la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas fue cubierta previamente en una publicación de ACNUR/OMS (2008). Por lo tanto, la publicación anterior complementa esta guía.

Por ejemplo, puede comparar los datos de la revisión bibliográfica con la información obtenida durante una visita a un centro y con las respuestas de las comunidades sobre la necesidad de atención.

Este documento a veces proporciona más de un método para evaluar un problema; usted debe seleccionar los métodos que le resulten más adecuados y factibles. Una forma eficaz de triangulación es comprobar los datos primarios (datos nuevos) con datos secundarios (datos existentes).

La Figura 3.1 muestra el proceso de elección de los temas y de la metodología de evaluación. Después de seleccionar los temas y la metodología, puede estimar el tiempo y los recursos humanos que va a necesitar para su evaluación. Puede adaptar las herramientas seleccionadas al contexto y objetivo de su evaluación. Para obtener un buen ejemplo de cómo puede adaptar y utilizar las herramientas de este paquete, vea la evaluación realizada en Libia por International Medical Corps (IMC, por sus siglas en inglés) (2011).



No existe una relación estricta 1:1 entre la fase de una crisis y el uso de herramientas de evaluación específicas. No obstante, se pueden ofrecer las siguientes orientaciones.

Dentro del sistema de respuesta humanitaria internacional, los organismos discuten cada vez más la evaluación en función de cuatro fases que se explican en el Cuadro 3.1.

CUADRO 3.1 FASES, PLAZOS Y ATENCIÓN PRESTADA A LA SALUD MENTAL EN EVALUACIONES DE CRISIS GRAVES DE INICIO SÚBITO	
Fases con ejemplos de plazos después del inicio de una crisis grave de inicio súbito (como sugiere el IASC NATF, 2011) ³	Uso de las herramientas de esta guía
Fase 0 (antes de la crisis de inicio súbito)	Realizar una revisión de datos secundarios (existentes) (Herramienta 9) e identificar los servicios y actores disponibles (Herramienta 1). Si hay recursos disponibles, realizar una evaluación exhaustiva centrada en la salud mental y el bienestar psicosocial como se aplica en el sector salud (utilice cualquiera de las herramientas de esta guía).
Fase 1 (por ejemplo, las primeras 72 horas después del inicio súbito de la crisis)	Iniciar o actualizar una revisión de datos secundarios (existentes) (Herramienta 9). Revisar proyecciones sobre trastornos mentales basándose en datos de crisis anteriores (por ejemplo, vea el Cuadro 3.2). Establecer una evaluación sobre supervivencia básica, protección y cuidado de las personas en las instituciones (Herramienta 4).
Fase 2 (por ejemplo, las primeras dos semanas después del inicio súbito de la crisis)	Incluir algunas preguntas sobre problemas de salud mental (por ejemplo, sobre la atención de las personas en las instituciones) como parte de cualquier Evaluación Multisectorial Inicial Rápida (MIRA, por sus siglas en inglés; IASC, 2012) y considerar el uso de la Escala sobre Necesidades Percibidas en Contextos Humanitarios de Emergencia (HESPER, por sus siglas en inglés, Herramienta 3) en una muestra de conveniencia. Establecer evaluaciones participativas para desarrollar la salud mental y el apoyo psicosocial (por ejemplo, de la Herramienta 10 a la 12).
Fase 3 (por ejemplo, la tercera y cuarta semana después del inicio súbito de la crisis)	Incluir una subsección sobre aspectos mentales y sociales de la salud dentro de las evaluaciones generales de salud (por ejemplo, las Herramientas 2, 4, 5 y 6). Preparar una evaluación exhaustiva sobre salud mental y bienestar psicosocial (cualquiera de las herramientas de este paquete).
Fase 4 (el tiempo restante)	Evaluar los recursos del sistema de salud mental formal (Herramienta 7) para informar sobre actividades de recuperación. Realizar una evaluación exhaustiva centrada en salud mental y bienestar psicosocial (cualquiera de las herramientas de este paquete).

En relación a estas cuatro fases, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- A pesar de ser imperfecto, este lenguaje común con respecto al orden de las fases y de las tareas es útil para comunicarse y planificar de manera colaborativa.
- Los plazos del Cuadro 3.1 varían según la magnitud y gravedad de las crisis humanitarias y con la capacidad de respuesta.
- Debe completar, analizar e informar rápidamente sobre todas las evaluaciones de las fases 1 a 3 para que sean significativas, puesto que la situación sobre el terreno puede cambiar rápidamente.

³ No existe un completo acuerdo con respecto a los plazos sugeridos, los que se aplican solamente en el caso de emergencias de inicio súbito. Cada una de las fases llevará más tiempo cuando el inicio es lento. Además, puede que la fase 3 dure mucho más (por ejemplo, hasta el final del tercer mes) si la emergencia es particularmente grave o cuando el acceso es pobre).

- En general, la mayor parte de la asistencia humanitaria (incluyendo casi todo el apoyo en emergencias complejas) se proporciona en la fase 4.
- La mayoría de las evaluaciones de salud mental se producen en la fase 4.
- En la medida de lo posible, debe evitar realizar evaluaciones verticales (independientes) de la salud mental en las fases 1, 2 y 3. Debe incluirlas en evaluaciones multisectoriales o del sector salud.
- Si un área acaba de abrir recientemente después de un largo periodo de tiempo (por ejemplo, por motivos de seguridad), usted debe iniciar la evaluación en la fase 1.

La mayoría de las herramientas y preguntas cubiertas en este documento son para la fase 4. Sin embargo, usted puede aplicar las herramientas en las fases anteriores como parte de evaluaciones multisectoriales y del sector salud de la siguiente manera:

- Normalmente, puede hacer preguntas sobre las necesidades percibidas mediante la Escala sobre Necesidades Percibidas en Contextos Humanitarios de Emergencia (HESPER, por sus siglas en inglés⁴, [Herramienta 3](#)) en muestras de conveniencia desde la fase 2. En el momento de escribir, las preguntas de HESPER son la base de las preguntas para la recolección de datos primarios en la fase 2 de la Evaluación Multisectorial Inicial Rápida del IASC (MIRA, por sus siglas en inglés; IASC, 2012).⁵
- La [Herramienta 4](#) (sobre instituciones) se aplica desde el principio de la emergencia, pues una pregunta clave es si las personas que se hallan en hospitales psiquiátricos u otras instituciones (por ejemplo, residencias geriátricas, orfanatos y prisiones) han sido olvidadas o abandonadas, sin acceso a agua limpia, comida, atención de la salud física o protección contra la violencia o el abuso. Dado que las personas que están en los hospitales psiquiátricos son olvidadas con demasiada frecuencia, es necesario sensibilizar para asegurarse que cualquier evaluación MIRA también se realice de forma automática en instituciones.
- Puede añadir preguntas sobre síntomas graves de angustia (véase la [Herramienta 2](#)) a las encuestas generales de salud basadas en la población (fase 3).
- Debería añadir categorías de salud mental (véase la [Herramienta 6](#)) al sistema de información sanitaria (SIS) (fase 3).

3.2 ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Con frecuencia se ha intentado estimar la prevalencia de diversos trastornos de salud mental. Sin embargo, este documento no cubre estudios sobre prevalencia de los trastornos mentales (es decir, de epidemiología psiquiátrica). Tales estudios pueden ser importantes para sensibilizar y por su valor académico, pero a menudo tienen un valor práctico limitado a la hora de diseñar una respuesta humanitaria. Además, son muy difíciles de llevar a cabo de una manera significativa en contextos humanitarios. Las encuestas sobre trastornos mentales en contextos humanitarios deben ir acompañadas de estudios que validen la herramienta utilizada para diagnosticar los trastornos. La validación de la herramienta asegura que exista una distinción importante entre los trastornos mentales y la angustia psicológica no patológica (véase también la página 45 del IASC, 2007).⁶

Si debe realizar una estimación rápida sobre prevalencia de los trastornos mentales, puede utilizar proyecciones existentes de la OMS para tener una idea general de los trastornos mentales en las poblaciones afectadas por la crisis (ver el Cuadro 3.2). No obstante, debe reconocer que se trata solamente de una estimación y que las tasas observadas varían mucho según el contexto y el método de estudio.

4 Todos los ítems de HESPER (véase la Herramienta 3) miden la experiencia *subjetiva* de las personas y, por lo tanto, son de naturaleza psicosocial.

5 El criterio de Evaluación Multisectorial Inicial Rápida (MIRA) pretende ser la herramienta intersectorial estándar utilizada por los grupos del IASC para la evaluación de la situación humanitaria en las primeras dos semanas después de una emergencia mayor de inicio súbito.

6 Para obtener más información sobre este aspecto, vea Bolton & Betancourt, 2004; Horwith, 2007; Rodin & van Ommeren, 2009.

En general, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Tanto (a) la adversidad (pérdidas y eventos potencialmente traumáticos) como (b) un entorno de recuperación inseguro y no colaborador se asocian con tasas más altas de trastornos mentales (Steel et al, 2009).
- Los estudios de mayor calidad (que implican herramientas de diagnóstico, muestras aleatorias y muestras de gran tamaño) se asocian a tasas más bajas de trastornos mentales (Steel et al, 2009).⁷
- Los estudios que no tienen en cuenta la evaluación de la significancia clínica o de los problemas de funcionamiento identifican tasas de trastornos más elevadas (Breslau et al, 2007). En general, este es el caso de la mayoría de los estudios que incluyen medidas de autoinforme.

A pesar de que el manual no cubre la medición de los trastornos mentales, sí abarca estudios sobre síntomas de salud mental graves. A menudo los organismos están interesados en conocer, hacer seguimiento e informar sobre dichos problemas en una población, y se lo puede realizar de un modo relativamente rápido sin evaluar los trastornos mentales (véase la [Herramienta 2](#)). La experiencia con la [Herramienta 2](#) ha demostrado que se puede utilizar eficazmente este tipo de encuesta para presentar argumentos (sensibilización) en favor de prestar una mayor atención a la salud mental en contextos humanitarios.

CUADRO 3.2 PROYECCIONES DE LA OMS SOBRE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIONES ADULTAS AFECTADAS POR EMERGENCIASⁱ		
	Antes de la emergencia: prevalencia de 12 meses (media entre países y entre niveles de exposición a la adversidad)ⁱⁱ	Después de la emergencia: prevalencia de 12 meses (media entre países y entre niveles de exposición a la adversidad)
Trastorno grave (por ejemplo, psicosis, depresión grave, trastorno de ansiedad gravemente discapacitante)	2% a 3%	3% a 4% ⁱⁱⁱ
Trastorno mental leve o moderado (por ejemplo, formas leves o moderadas de depresión y trastorno de ansiedad, incluyendo el TEPT leve o moderado)	10%	15% a 20% ^{iv}
Angustia normal/ otras reacciones psicológicas (ningún trastorno)	Ninguna estimación	Porcentaje elevado

Notas: Adaptado de OMS (2005). TEPT se refiere al trastorno de estrés postraumático.

ⁱ Las tasas observadas varían en función de las características (por ejemplo, el tiempo que ha pasado desde que se produjo la emergencia, los factores socioculturales al momento de afrontarla y el apoyo social de la comunidad, exposición previa y actual a desastres) y el método de evaluación.

ⁱⁱ Las tasas de referencia asumidas son las tasas medias entre países, como se observa en la Encuesta Mundial de Salud Mental del año 2000.

ⁱⁱⁱ Se trata de una estimación basada en la suposición de que los eventos traumáticos y las pérdidas pueden contribuir a una recaída en los trastornos mentales previamente estables, y también pueden causar formas gravemente discapacitantes de trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

^{iv} Se establece que los eventos traumáticos y las pérdidas aumentan el riesgo de trastornos de depresión y de ansiedad, incluyendo el trastorno de estrés postraumático.

⁷ En el metanálisis realizado por Steel et al (2009) de las encuestas epidemiológicas más sólidas (aquellas que utilizan muestras aleatorias y entrevistas de diagnóstico) llevadas a cabo en poblaciones afectadas por conflictos, se hallaron tasas de prevalencia media de 15,4% (30 estudios) y 17,3% (26 estudios) para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión, respectivamente. Estas tasas son sustancialmente superiores a la prevalencia media de 7,6% (cualquier trastorno de ansiedad, incluyendo TEPT) y 5,3% (cualquier trastorno del estado de ánimo, incluyendo los trastornos depresivos importantes) observados a través de 17 muestras representativas nacionales que participaron en la Encuesta Mundial de Salud Mental.



3.3. RECOLECCIÓN DE DATOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

3.3.1 Orientaciones generales para la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos

A continuación se ofrecen orientaciones generales para la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos.

1. Consentimiento informado: Las evaluaciones representan una carga significativa para los participantes. Consumen un tiempo y energía importantes y pueden recordarles sufrimientos, a menudo en situaciones que ya son un reto. Es muy importante que las personas participen de las evaluaciones de manera voluntaria y comprendan lo que se espera de ellos. Esto resulta a menudo más complicado durante una crisis humanitaria puesto que los evaluadores, en general, representan organizaciones que proporcionan asistencia. Puede que las personas participen en evaluaciones porque esperan recibir asistencia de dichas organizaciones. Es importante que sea totalmente honesto con los participantes potenciales; en caso de no estar seguro si la evaluación estará vinculada con acciones, debe dejarlo claro. Esta honestidad incluye mantener las promesas de ayuda que haya hecho. Las falsas promesas perjudican la participación de la comunidad y la asistencia humanitaria eficaz.

Lectura complementaria

Organización Mundial de la Salud (2003). Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas. Ginebra: OMS.
http://www.who.int/gender/documents/WHO_Ethical_Recommendations_Spanish.pdf?ua=1

2. Emplazamiento de la entrevista: El lugar donde realice una entrevista puede tener mucha influencia en los resultados. Debe asegurarse, en la medida de lo posible, que los participantes se sientan libres de hablar sin ser observados, interrumpidos por otros, recordándoles cosas que deben hacer, etc. Es importante pensar en la logística de dónde se van a realizar las entrevistas **antes** de que el equipo de evaluación se dirija a sitios de evaluación específicos.

3. Idioma: Los participantes pueden hablar sobre los problemas de salud mental y psicosociales de muchas maneras. Los trastornos mentales se pueden confundir fácilmente con la angustia normal, es decir, no sentirse feliz o estar molesto. Puede que los idiomas locales no dispongan de palabras para hacer esta distinción (por ejemplo, en nepalí, se distingue entre corazón-mente "man" y cerebro-mente "dimaag", siendo los problemas en el *man* los que se estigmatizan menos). La misma palabra puede significar cosas distintas en distintas culturas. Por ejemplo, la palabra inglesa "bored" (aburrido) hace referencia a la frustración en algunas comunidades del sur de Asia, y la palabra *traumatizado* puede tener distintos significados en distintas culturas. Además, distintas culturas tendrán distintas maneras de distinguir los problemas relacionados con la salud mental de los otros problemas. Por ejemplo, puede ser que determinados problemas que usted cree que son interesantes desde el punto de vista de la salud mental, los participantes los consideren problemas sobrenaturales (por ejemplo, oír voces de espíritus malignos o sufrir desmayos). A veces, utilizar un lenguaje no especializado para referirse a los trastornos mentales es estigmatizante (por ejemplo, en español "loco" o "tiene un tornillo flojo"). Debe elegir las palabras con mucho cuidado para no estigmatizar a los participantes. Es crucial traducir los términos técnicos de las herramientas de la entrevista cuidadosamente, informándose a través de la revisión de datos secundarios (existentes) o de entrevistas preliminares a informantes clave.

4. Actitud: Un aspecto importante a tener en cuenta acerca de las entrevistas es la manera en la que el entrevistador se dirige a los participantes y su capacidad de establecer una relación de confianza y acercamiento. Esta cuestión debe incluirse en la capacitación del equipo de evaluación, por ejemplo, a través de una lluvia de ideas con todos los miembros del equipo sobre las características básicas para la realización de entrevistas delicadas. Se pueden incluir:

- actitudes, por ejemplo: estar dispuesto a escuchar; tener la mente abierta a otras opiniones; no juzgar; tener curiosidad; ser flexible; estar dispuesto a viajar y trabajar en sitios diferentes en horarios irregulares; y
- habilidades, por ejemplo: escucha activa; habilidad para crear un ambiente de confianza; habilidad para tomar notas; habilidad de seguir las instrucciones para la realización de entrevistas; ganar experiencia en la realización de entrevistas a través de dramatizaciones; y habilidad de pensar estrategias alternativas si se presentan situaciones inesperadas.

Lectura complementaria

Hardon, A. (2001). Applied Health Research. Amsterdam: het Spinhuis.
http://openlibrary.org/books/OL9106217M/Applied_Health_Research-Manual

5. Sesgo: El sesgo se refiere a una influencia sistemática sobre la información que no estaba prevista. Por ejemplo, puede que alguien conteste preguntas sobre cómo se siente con respuestas muy negativas porque cree que esto lo ayudará a acceder a los servicios. O tal vez alguien no describa ninguna emoción negativa porque no quiere parecer extraño a los ojos de los demás. Además, los entrevistadores pueden tener un sesgo, lo que tal vez influya en las respuestas. Es importante que los equipos de evaluación reflejen e informen de qué manera las respuestas pueden estar sesgadas.

6. Registro de datos textuales: Algunas de las herramientas piden información específica que se puede registrar textualmente en papel (es decir, *literalmente*, tal como se dijeron las palabras). Idealmente, los datos cualitativos se registran de manera textual, y en la mayoría de las entrevistas se pueden utilizar grabadoras con este objetivo. No obstante, el uso de grabadoras en contextos humanitarios puede implicar problemas de seguridad o a menudo no es factible o apropiado. En situaciones en las cuales la recogida y el análisis de la información son aspectos cruciales (por ejemplo, de la fase 1 a la 3), tener habilidad para tomar notas es una buena alternativa a las grabadoras.

7. Almacenamiento de datos: La información que usted recoge durante una evaluación (por ejemplo, datos grabados o transcripciones de entrevistas) proporciona las bases para las recomendaciones para la acción y representa esfuerzos y sacrificios significativos por parte de los participantes. Así pues, deberá tratar los datos con mucho cuidado y respeto. Deberá procurar que los datos:

- permanezcan seguros y a salvo (por ejemplo, del personal del ejército o autoridades del campo);
- se mantengan limpios (por ejemplo, en fundas de plástico para protegerlos de la humedad, comida, suciedad);
- se almacenen sistemáticamente (por ejemplo, en cajas numeradas); y
- sean anónimos para proteger la confidencialidad. Para conseguir el anonimato, los formularios con datos solo deben contener el número de cada participante, y usted deberá guardar una lista con los nombres y números correspondientes de forma segura, bajo la responsabilidad del líder del equipo.

3.3.2 Evaluaciones cualitativas

Algunas de las herramientas de esta guía hacen referencia a la recolección de datos cualitativos en un formato de evaluación rápida. Las siguientes secciones se presentan como un manual muy corto sobre el tema de recolección de datos cualitativos. Puede obtener más información en los recuadros de "lecturas adicionales".

3.3.2.1 Entrevistas a informantes clave

Las entrevistas a informantes clave (una técnica utilizada en las [Herramientas 1, 4, 5, 9, 10, 11 y 12](#)) son entrevistas con personas a las que se considera estar bien ubicadas para proporcionarle la información que usted necesita. Por ejemplo, si está interesado en rituales de duelo locales, usted puede considerar a los líderes religiosos como informantes clave. Las entrevistas a informantes clave a menudo implican entrevistas abiertas repetidas con la misma persona.

Hay varios puntos fuertes asociados con el uso de entrevistas a informantes clave, como:

- la posibilidad de estudiar los temas a fondo haciendo preguntas a los informantes clave para aclarar información o explicaciones, varias veces y de modo flexible;
- los informantes clave pueden proporcionar un acceso relativamente fácil a abundantes conocimientos; y
- los informantes clave a menudo disfrutan compartiendo sus conocimientos.

Una limitación de la utilización de informantes clave es que la información proviene de un grupo selecto y relativamente pequeño de individuos. Además, no se puede asumir que las personas que usted selecciona como informantes clave realmente tienen un conocimiento preciso de las cuestiones que está evaluando. No siempre es fácil evaluar si las opiniones de estos individuos son representativas del grupo entero de personas que se está estudiando. Además, entrevistar a informantes clave requiere de habilidades para la realización de entrevistas, algo con lo que no siempre es factible contar. Otra limitación importante del uso de entrevistas a informantes clave en emergencias es que el análisis de los datos narrativos requiere de tiempo y habilidades considerables.

Lectura complementaria

- IASC (2012). Annex IV Key informant interviews. In The Multi Cluster/Sector Initial Rapid Assessment (MIRA) (provisional version) IASC. ochanet.unocha.org/p/Documents/mira_final_version2012.pdf
- Center for Substance Abuse Prevention's Northeast Center for the Application of Prevention Technologies (2004). Data Collection Methods: Getting Down to Basics: Key Informant Interviews. New York: Education Development Center. <http://www.oasas.ny.gov/prevention/needs/documents/KeyInformantInterviews.pdf>
- Kumar, K. (1989) Conducting Key Informant Interviews in Developing Countries. Agency for International Development/. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaax226.pdf
- Varkevisser, C.M., Pathmanathan, I., Brownlee, A. (2003). Developing and Conducting Health Systems Research Projects. Volume II: Data Analysis and Report Writing. Amsterdam: KIT Publishers/ IDRC/ WHO AFRO. http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=587

3.3.2.2 Entrevistas grupales

Las entrevistas grupales (una técnica utilizada en la [Herramienta 11](#)) son reuniones en las que los participantes (a menudo seleccionados porque son parecidos en cuanto a edad, género, profesión, posición social, etc.) deben responder preguntas. Cuando se anima a los participantes a reaccionar frente a los comentarios de los demás y a ampliar las respuestas de los compañeros, se las denomina entrevistas de grupos focales.

Las entrevistas grupales son un buen método para identificar las opiniones de la comunidad sobre algunos temas y las distintas visiones que tienen distintos subgrupos. También son útiles para llegar al mismo tiempo a un mayor número de personas y para empezar a identificar el lenguaje local que las personas utilizan para discutir cosas. No se espera que el grupo llegue a un consenso, pues los evaluadores buscan todos los puntos de vista sobre un tema.

Uno de los mayores riesgos de las entrevistas grupales es que algunas personas pueden tender a dominar la discusión (por ejemplo, aquellas con una posición social más elevada) y así tapar las diferentes opiniones de los miembros del grupo. Cuando realice entrevistas grupales, es importante:

- limitar el tamaño del grupo a entre 8 y 12 participantes; y
- mantener la homogeneidad del grupo todo lo posible, especialmente en relación con la edad y el género, pues las personas estarán así más propensas a participar activamente.

Además, el facilitar una buena entrevista grupal requiere capacitación para poder indagar y habilidades para la facilitación de grupos. En general, son dos las personas que conducen las entrevistas grupales; mientras una hace preguntas y observa la discusión, la otra toma notas.

Las entrevistas grupales no son generalmente adecuadas para discusiones sobre temas muy delicados, pues algunas personas se pueden sentir incómodas al responder honestamente en presencia de otras. Finalmente, puesto que los distintos grupos pueden tener distintas respuestas para las mismas preguntas, usted debe organizar al menos dos entrevistas grupales para cada tema y así asegurarse que escucha todas las opiniones (saturación).

Lectura complementaria

- Heary, C.M. & Hennessy, E. (2002). The use of focus groups in pediatric health research. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 47-57. <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/27/1/47>
- Wong, L.P. (2008). Focus Group Discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Medical Journal*, 49, 256-260. <http://smj.sma.org.sg/4903/4903me1.pdf>

3.3.2.3 Listado libre

El listado libre (free listing) (técnica utilizada en las [Herramientas 10](#) y [12](#)) implica pedir a una persona (normalmente un miembro de la comunidad en general) que proporcione el máximo número de respuestas posibles a una única pregunta. Por ejemplo, puede pedir a las personas que hagan una lista con los tipos de problemas que tienen o los métodos de afrontamiento que utilizan para solucionarlos. Puede pedir a los participantes que prioricen o categoricen sus respuestas siguiendo la técnica de listado libre. A partir de un listado libre puede elegir problemas (por ejemplo, salud mental y problemas psicosociales) para realizar una posterior evaluación a través de otros tipos de métodos de evaluación (por ejemplo, entrevistas individuales o en grupo). En general, es más fácil pedir a los participantes que discutan las experiencias de los demás (por ejemplo, de miembros de su comunidad) que sus propias experiencias, especialmente en contextos grupales. La técnica de listado libre es a menudo útil al principio de una evaluación para obtener un panorama general de los tipos de problemas y recursos de una comunidad.

La clasificación participativa (Ager, Stark & Potts, 2009) es similar al listado libre. Se pregunta a los participantes, generalmente en formato de grupo, qué tipos de problemas creen que están presentes en un contexto humanitario. Luego se pide a los participantes que identifiquen los objetos que representan esos problemas (por ejemplo, una jarra de cerveza para el consumo de alcohol o una piedra para la violencia doméstica). A continuación, se colocan todos los objetos en línea, por orden de importancia (clasificación). Se puede repetir el proceso entero para los recursos (por ejemplo, un libro para los profesores de apoyo o una rama de árbol para los grupos de mujeres). Este método puede presentar ventajas cuando se evalúan conceptos relativamente abstractos como la salud mental y los problemas psicosociales.

La principal ventaja de las técnicas de listado libre es que son formas relativamente rápidas de recoger información sobre aspectos específicos, y se pueden implementar con una variedad de informantes (por ejemplo, jóvenes, hombres, mujeres, personas con discapacidades). Además, los resultados son más rápidos y fáciles de analizar y compilar en comparación con los datos narrativos recogidos a través de preguntas abiertas en las entrevistas a informantes clave o los grupos focales. Una de las desventajas de estos métodos es que, en general, proporcionan información menos detallada acerca del contexto. Otra desventaja es que estas técnicas dependen en gran medida de la formulación exacta de la pregunta, lo que aumenta el riesgo de perder información importante. Además, cuando se aplican en un grupo, los entrevistados pueden sesgar sus respuestas hacia lo que los otros miembros del grupo tal vez quieran oír. No obstante, estas técnicas son útiles en emergencias graves, pues pueden proporcionar información valiosa en un lapso de tiempo muy corto.

Lectura complementaria

- Ager, A, Stark, L & Potts, A (2009) Participative Ranking Methodology: A Brief Guide (Version 1.1, February 2010). Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York.
- Public Health Action Support Team (2010). Qualitative methods. In Public Health Action Support Team. Public Health Textbook. London: Public Health Action Support Team. <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1d-qualitative-methods>
- Applied Mental Health Research Group (próximamente). *Design, implementation, monitoring, and evaluation of cross-cultural mental health and psychosocial assistance programs: a user's manual for researchers and program implementers*. Baltimore: Center for Refugee and Disaster Response, Johns Hopkins University School of Public Health.

3.3.2.4 Decidir el número de participantes de las evaluaciones cualitativas

Cuando realice evaluaciones cualitativas, en general, usted recopilará información hasta el momento en que ocurra una "saturación de datos". La saturación de datos tiene lugar cuando se proporcionan las mismas respuestas repetidamente. Por ejemplo, después de catorce entrevistas semi-estructuradas, puede que las últimas dos o tres entrevistas no proporcionen respuestas nuevas o distintas. Cuando se utilizan técnicas cualitativas, normalmente no es posible determinar de antemano cuántas personas se necesitarán. En la práctica, sin embargo, es difícil planificar y elaborar presupuestos sin una estimación del número de entrevistas que se van a realizar. En la introducción a las herramientas proporcionamos estas estimaciones.

3.3.2.5 Análisis de los datos cualitativos

En general, cuando se recogen datos cualitativos es útil realizar un análisis preliminar de los mismos mientras se los está recogiendo (por ejemplo, al final de cada sesión de recopilación de datos). Esto puede ayudar a establecer ideas preliminares y reforzar el plan de recolección de datos según corresponda (por ejemplo, completando información sobre grupos específicos de participantes o cambiando el tipo de preguntas). Mientras recogen los datos, los líderes del grupo de evaluación deben analizar al menos alguno de ellos para controlar la calidad de la recolección y la naturaleza de los datos a medida que se obtienen. Esto se puede realizar por medio de reuniones diarias con el equipo de evaluación o interrogando técnicamente a los evaluadores, de manera rutinaria, cuando regresan de las entrevistas. Estas reuniones también deberían servir para controlar el bienestar del personal de evaluación que trabaja en circunstancias difíciles. Durante estas reuniones, se discuten los temas generales que surgen de las entrevistas y, en consecuencia, se revisan los planes de recolección de datos.

Hay varias maneras de analizar los datos cualitativos. Van desde los análisis sofisticados dirigidos a la construcción de teorías sobre los fenómenos sociales, que consumen mucho tiempo, hasta el simple agrupamiento y etiquetado de las respuestas. Para fines humanitarios, a menudo es apropiado agrupar respuestas y etiquetarlas. Por ejemplo, el analista lee el texto e identifica los temas. Luego vuelve a leer todas las respuestas para categorizar el texto que está relacionado con los temas. Idealmente, este proceso lo realizan dos analistas independientes que comparan resultados para reducir el riesgo de sesgo.

Con relación a la triangulación, puede suceder que los datos de distintas fuentes sobre la misma cuestión sean inconsistentes. Se debe reportar y discutir cualquiera de dichas inconsistencias.

4. Transformando la evaluación en acción

4.1 REDACCIÓN DE UN INFORME CON RECOMENDACIONES

El principal objetivo de una evaluación es proporcionar recomendaciones para la acción. En general, cuanto más precisa sea una recomendación, más útil resultará.

Las recomendaciones para actividades humanitarias deben especificar:

- a quién va dirigida la recomendación;
- el grupo objetivo;
- el problema detectado;
- la intervención sugerida, o cómo se debe desarrollar la intervención junto con la población objetivo; y
- enlaces con material orientativo pertinente (por ejemplo, especificando una lista de acciones de la Guía del IASC sobre SMAPS).

Cuando haya varias recomendaciones, debe ordenarlas según la prioridad. El informe debe comunicar que las medidas se deben llevar a cabo siguiendo el orden de prioridad.

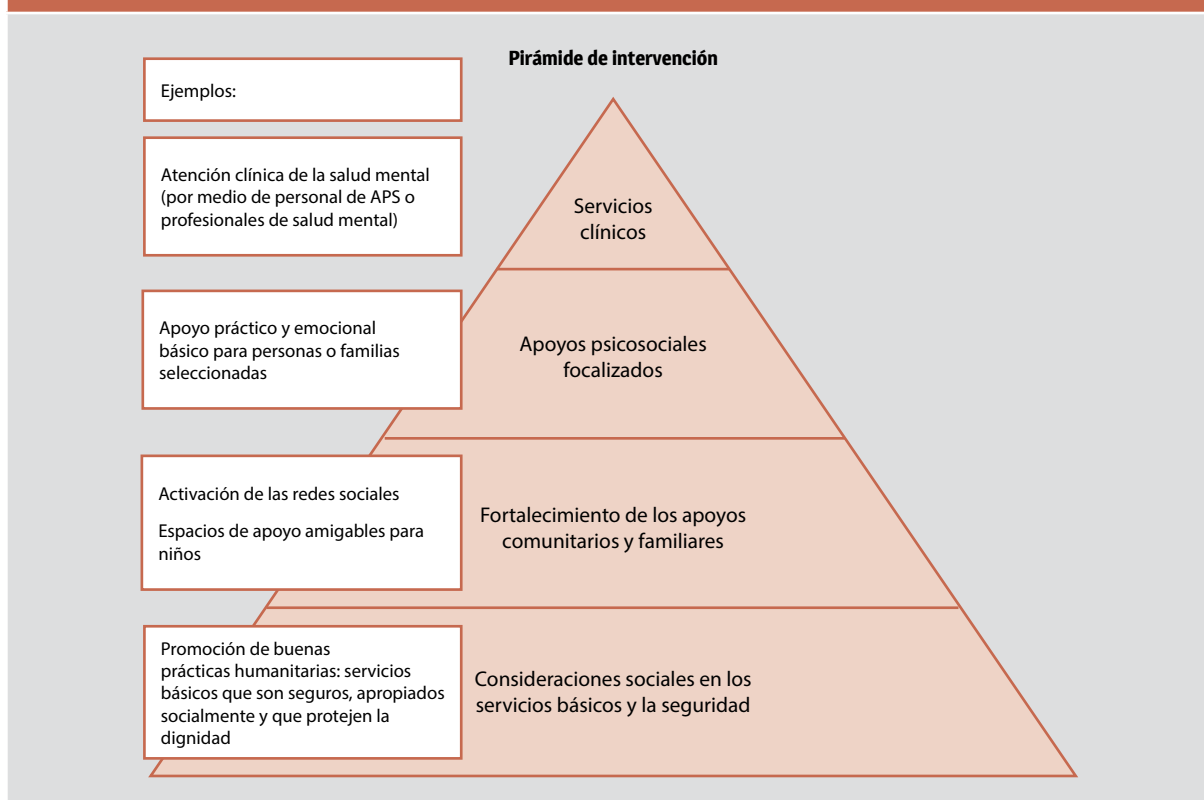
El informe debe dejar en claro cuáles son recomendaciones a corto plazo (es decir, que deben ponerse en práctica de inmediato) y cuáles tienen un mayor plazo. En la medida de lo posible, se deben intercambiar ideas para las recomendaciones con el grupo objetivo antes de ponerlas por escrito.

La Guía del IASC sobre SMAPS recomienda proporcionar SMAPS en un sistema de varios niveles de atención. A veces también puede ser de ayuda cruzar las recomendaciones con los cuatro niveles de la pirámide del IASC (para obtener un ejemplo, vea el informe de evaluación de Healthnet TPO (2009) sobre Afganistán).



Sri Lanka/WHO/A. Waak/ 2005

FIGURA 4.1 LA PIRÁMIDE DEL IASC (ADAPTADA CON AUTORIZACIÓN)



4.2 COMUNICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Para aprovechar al máximo cada evaluación usted debe compartir las recomendaciones con todas las partes interesadas pertinentes. Esto incluye el gobierno, las personas a las que se está dirigiendo con los programas, las comunidades locales y otros actores humanitarios y de salud. Si usted no alimenta a las comunidades con información sobre la evaluación, las personas afectadas pueden sentirse explotadas. Puede compartir las recomendaciones con todos los actores y partes interesadas organizando reuniones para discutir los principales resultados.

Todos los informes de evaluación deben incluir un resumen redactado en un lenguaje sencillo para asegurar que se puedan entender las principales conclusiones junto con las limitaciones y recomendaciones de la evaluación. En la medida de lo posible, se debe acompañar la evaluación con una breve presentación PowerPoint de este resumen en lenguaje claro y sencillo.

Compartir el informe con las partes interesadas pertinentes es crucial para la implementación de acciones humanitarias que estén en línea con la mejor información disponible, lo que maximizará el impacto positivo a la vez que disminuirá el riesgo de daño no intencional.

Así pues, los organismos deben hacer que los resultados sean de dominio público y considerar los siguientes aspectos.

- 1. Riesgos de seguridad.** Los riesgos de seguridad pueden ocurrir cuando el informe de evaluación identifica información que pone a las personas en peligro de sufrir daños. Es más probable que esta situación tenga lugar en evaluaciones que se centran en aspectos de protección. Por ejemplo, durante las entrevistas con informantes clave, los participantes pueden dar información sobre violaciones de derechos humanos contra sus grupos religiosos o étnicos. En tales situaciones, se debe reportar la información a órganos de protección, pertinentes y confiables, y no incluirla en el informe público general.

- 2. Competencia entre organismos.** La competencia entre organismos por el financiamiento **no** debe impedir la difusión de los resultados y las recomendaciones principales. Los organismos deben ser capaces de utilizar los informes de evaluación de los demás y deben hacerlo con el correspondiente reconocimiento hacia la institución que recogió la información.
- 3. Información delicada.** Una evaluación puede mostrar que los organismos nacionales e internacionales están ofreciendo servicios y soporte de baja calidad. Si es adecuado o no que dicha información sea de dominio público dependerá de la situación. En cualquier caso, debe hacer todo lo posible para comunicar la información al organismo pertinente de manera constructiva. Se deben incluir todos los resultados de la evaluación en el informe general de evaluación de necesidades de SMAPS, que debería ser de dominio público.
- 4. Publicación académica.** Las revistas académicas a veces no permiten la publicación de informes de evaluación que ya se han distribuido de manera amplia (por ejemplo, publicándose en un sitio web). Sin embargo, esta **no** es una razón aceptable para posponer la difusión de al menos una versión del informe en lenguaje claro, con los resultados y las recomendaciones principales.





HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

HERRAMIENTA 1 QUIÉN ESTÁ HACIENDO QUÉ, EN DÓNDE Y HASTA CUÁNDO (4WS) EN SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL: RESUMEN DEL MANUAL CON CÓDIGOS DE ACTIVIDADES ⁸



Por qué utilizar esta herramienta: Con fines de coordinación, mediante el mapeo de los apoyos psicosociales y en salud mental disponibles.

Método: Entrevistas con los directores de programas de las organizaciones

Tiempo necesario: Dependiendo de la magnitud de la crisis, inicialmente unas dos semanas (se debe actualizar regularmente)

Recursos humanos necesarios: Dos personas

Más información

- Una herramienta Quién está haciendo Qué, en Dónde y hasta Cuándo (4Ws) para SMAPS es útil para:
 - (a) Proporcionar una imagen amplia del tamaño y la naturaleza de la respuesta.
 - (b) Identificar brechas en la respuesta para permitir una acción coordinada.
 - (c) Facilitar las referencias poniendo a disposición la información sobre quién está haciendo qué y en dónde.
 - (d) Informar sobre los procesos de apelación (por ejemplo, el Proceso de Llamamientos Unificados - PLU).
 - (e) Mejorar la transparencia y legitimidad de la SMAPS mediante documentación estructurada.
 - (f) Mejorar las posibilidades de revisión de los patrones de práctica y extraer lecciones para futuras respuestas.
- La herramienta 4Ws es un sistema de datos basado en software que permite hacer un mapeo de las actividades de SMAPS en contextos humanitarios de todos los sectores.
- En algunas situaciones puede que no sea factible que los individuos recojan datos satisfactoriamente. Obtener datos de distintas organizaciones es algo que requiere influencia y las que tienen responsabilidades de coordinación (el gobierno, la ONU o las ONG) lo pueden hacer mejor.
- Los datos se recogen mediante una hoja de cálculo Excel. Cada organización que participa en el ejercicio de las 4W debe completar el archivo. En el Cuadro 1 se encuentran los elementos que se deben completar para esta hoja. Esta hoja hace referencia a los códigos de actividad de SMAPS que se muestran en el Cuadro 2.
- La relación entre los códigos de actividad del Cuadro 2 y las Listas de Acciones y la Pirámide de la Guía del IASC se describe en un anexo del manual que se proporciona junto con la herramienta 4Ws.
- Antes de utilizar la herramienta debería leer todo el manual con atención. El manual describe los pasos que se sugieren para implementar la herramienta 4Ws para SMAPS incluyendo:
 - (a) traducir y adaptar la hoja de recolección de datos de la herramienta 4Ws al contexto local;
 - (b) contactarse con el gobierno o el organismo de coordinación de la ONU para obtener la ortografía estándar y los códigos de las áreas geográficas, especificando los límites de las mismas;
 - (c) decidir sobre el alcance y la estrategia para la recolección de datos;
 - (d) acercarse a las organizaciones, recoger datos y revisar los datos recogidos;
 - (e) revisar los datos recogidos para detectar las principales inconsistencias o errores; limpiar y fusionar datos;
 - (f) analizar los datos y preparar y difundir un informe sobre los resultados;
 - (g) intercambiar ideas con actores y partes interesadas acerca de las brechas identificadas y decidir sobre una mejora en la programación; y
 - (h) actualizar los datos y los informes.

⁸ Fuente: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes (Field Test Version). Geneva: 2012. Esta herramienta ha sido reproducida aquí en forma de resumen con autorización del Grupo de Referencia del IASC. http://www.who.int/mental_health/publications/iasc_4ws/en/index.html

- Tal y como se ha mencionado previamente, la herramienta 4Ws hace un mapeo de la SMAPS en todos los sectores. No obstante, si solo está interesado en mapear la SMAPS dentro de un sector específico, deberá utilizar una herramienta 4Ws específica para el sector. La herramienta 4Ws del clúster de salud mundial es el Sistema de Mapeo de Disponibilidad de Recursos de Salud del Clúster Global de Salud del IASC (HeRAMS, por sus siglas en inglés) (2009).
 - (a) El HeRAMS debe ser implementado por o bajo el liderazgo del sector de salud (por ejemplo, el Ministerio de Salud o el Grupo/Clúster de Salud).
 - (b) El HeRAMS proporciona una lista de verificación de servicios de salud por nivel de atención, por subsectores de salud y para establecimientos de salud/clínicas móviles/intervenciones basadas en la comunidad existentes en cada punto de prestación de servicios. En la lista de verificación, hay elementos específicos de salud mental en los niveles de asistencia comunitaria y de atención primaria, secundaria y terciaria.
 - (c) Las personas que organizan evaluaciones de salud mental normalmente no están en la posición de iniciar el HeRAMS. No obstante, dondequiera se implemente el HeRAMS, deberán asegurarse que los servicios de salud mental estén registrados en el HeRAMS y utilizarlo como una fuente clave de información de servicios de salud mental.



CUADRO 1 DE LA HERRAMIENTA 1: ELEMENTOS A COMPLETAR EN LA SEGUNDA HOJA DE RECOPIACIÓN DE DATOS DE LA HERRAMIENTA 4WS.

- A. Fecha en la que se proporcionó o actualizó esta información
- B. Nombre del organismo de ejecución
- C. Nombre de otras organizaciones con las que se realizó esta actividad (si se trata de una actividad conjunta)
- D. Nombre del punto focal
- E. Número de teléfono del punto focal
- F. Dirección de correo electrónico del punto focal
- G. Región /distrito donde se desarrolla la actividad
- H. Ciudad/vecindario donde se desarrolla la actividad
- I. Código geográfico de la localidad provisto por el gobierno o por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA, por sus siglas en inglés)
- J. Código de actividad de SMAPS
- K. Subcódigo de actividad de SMAPS
- L. Descripción de la actividad en una oración (para el subcódigo "Otro" o para cualquier otra actividad que el subcódigo no describa)
- M. Grupo(s) objetivo (si fuera relevante, especificar la edad)
- N. Número de personas del grupo objetivo directamente apoyado en los últimos 30 días
- O. Esta actividad (1) se está implementando en la actualidad, (2) tiene financiamiento pero todavía no se ha implementado, o (3) carece de financiamiento y aún no ha sido implementada.
- P. Fecha de inicio para la implementación de la actividad (para las actividades en curso, provea la fecha de inicio real y no la fecha de inicio propuesta originalmente)
- Q. Fecha de cierre (especifique cuándo termina la financiación comprometida para la implementación de la actividad)

Opcional (Los siguientes cinco elementos son opcionales y proporcionan una mejor comprensión de la posible calidad y del volumen de los servicios disponibles, pero pueden resultar demasiado detallados para las primeras semanas o meses de una crisis aguda importante.)

- R. Número y tipo de trabajadores de SMAPS que realizan esta actividad (por ejemplo, cuatro voluntarios de la comunidad, un psicólogo y una enfermera)
- S. Tema y duración de la capacitación no universitaria sobre SMAPS (por ejemplo, las enfermeras reciben un día de formación en primera ayuda psicológica (PAP))
- T. (si procede) Disponibilidad de la actividad (por ejemplo, un espacio amigable para niños o un centro está abierto 40 horas a la semana)
- U. ¿Dónde se proporciona SMAPS? (en casas particulares, clínicas, centros, lugares públicos, etc.)
- V. ¿Se tiene que pagar para utilizar estos servicios/apoyos?

CUADRO 2 DE LA HERRAMIENTA 1 CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS DE ACTIVIDAD DE SMAPS

¡LEA ESTO PRIMERO!

- SMAPS se refiere a salud mental y apoyo psicosocial.
- La lista incluye las actividades más comunes que se realizan bajo el título de SMAPS en grandes crisis humanitarias.
- La lista no es exhaustiva. Debe utilizar la categoría "otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)" para documentar las actividades que no se incluyen en la lista.
- La lista es más descriptiva que prescriptiva. No se emite ningún juicio sobre si las actividades incluidas son apropiadas o no. Algunas de las actividades mencionadas son o pueden ser controversiales. Para obtener información sobre prácticas recomendadas, vea IASC (2007).
- **INSTRUCCIONES: COMPLETE EL CÓDIGO DE ACTIVIDAD DE SMAPS PERTINENTE (VER COLUMNA A) Y EL SUBCÓDIGO (VER COLUMNA B) EN LAS COLUMNAS A Y B DE LA HOJA DE REGISTRO DE DATOS. SI SE TRABAJA DE MANERA AMPLIA EN UN ÁREA, ENTONCES ELIJA EL SUBCÓDIGO "OTROS".**

	Columna A: Código de actividad de SMAPS (4Ws)	Columna B: Ejemplos de intervenciones con subcódigos. Registre todo lo que aplique.
Centrado en la comunidad (dirigido a comunidades o segmentos de comunidades)	1. Difusión de información a la comunidad en general	1.1 Información sobre la situación actual, la ayuda humanitaria o los servicios disponibles en general 1.2 Sensibilización sobre salud mental y apoyo psicosocial (por ejemplo, mensajes sobre afrontamiento positivo o sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles) 1.3 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	2. Facilitación de las condiciones para la movilización y organización de la comunidad, que ella tenga control sobre la respuesta a la emergencia en general y la haga suya	2.1 Apoyo a la ayuda de emergencia iniciada por la comunidad 2.2 Apoyo a los espacios comunes y las reuniones de intercambio para solucionar problemas y planear acciones por parte de los miembros de la comunidad para responder a la emergencia 2.3 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	3. Fortalecimiento del apoyo comunitario y familiar	3.1 Respaldo a las actividades de apoyo social iniciadas por la comunidad 3.2 Estímulo a la crianza de los hijos y el apoyo familiar 3.3 Facilitación del apoyo comunitario para personas vulnerables 3.4 Actividades sociales estructuradas (por ejemplo, actividades grupales) 3.5 Actividades creativas o recreativas estructuradas (no incluyen las actividades en espacios amigables para niños cubiertas en 4.1) 3.6 Actividades de desarrollo de la primera infancia 3.7 Facilitación de las condiciones para apoyos religiosos, espirituales y tradicionales indígenas, incluyendo las prácticas de curación comunales 3.8 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	4. Espacios seguros	4.1 Espacios amigables para niños 4.2 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	5. Apoyo psicosocial en la educación	5.1 Apoyo psicosocial a profesores u otro personal en escuelas o centros de aprendizaje 5.2 Apoyo psicosocial a clases/grupos de niños en escuelas o centros de aprendizaje 5.3 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	6. Apoyo a la inclusión de consideraciones sociales/psicosociales en servicios de salud, nutrición, ayuda alimentaria, albergue, planificación de emplazamientos, abastecimiento de agua y saneamiento	6.1 Orientación o sensibilización de los trabajadores/organismos de ayuda sobre la necesidad de incluir consideraciones sociales/psicosociales en la programación (especificar el sector en la columna C de la hoja de registro de datos) 6.2 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
Centrado en la persona (dirigido a personas identificadas)	7. Trabajo psicosocial (centrado en la persona)	7.1 Primera ayuda psicológica (PAP) 7.2 Vinculación de las personas/familias vulnerables con los recursos (por ejemplo, servicios de salud, asistencia sobre medios de sustento, recursos de la comunidad, etc.) y seguimiento para comprobar si se proporciona apoyo. 7.3 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	8. Intervención psicológica	8.1 Asesoramiento básico para individuos (especificar el tipo en la columna C de la hoja de registro de datos) 8.2 Asesoramiento básico para grupos o familias (especificar el tipo en la columna C de la hoja de registro de datos) 8.3 Intervenciones para problemas por consumo de alcohol/sustancias (especificar el tipo en la columna C de la hoja de registro de datos) 8.4 Fisioterapia (especificar el tipo en la columna C de la hoja de registro de datos) 8.5 Informe psicológico individual o grupal 8.6 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	9. Tratamiento clínico de los trastornos mentales por parte de proveedores de atención de salud no especializados (por ejemplo, APS, salas postoperatorias)	9.1 Tratamiento no farmacológico de los trastornos mentales por parte de proveedores de atención de la salud no especializados (cuando sea posible, especifique el tipo de apoyo utilizando las categorías 7 y 8) 9.2 Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales por parte de proveedores de atención de la salud no especializados 9.3 Acciones por parte de los trabajadores comunitarios para identificar y referir a las personas con trastornos mentales y hacerles un seguimiento con el objetivo de asegurar su adherencia al tratamiento 9.4 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
	10. Tratamiento clínico de los trastornos mentales por parte de proveedores de atención de la salud especializados (por ejemplo, psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y psicólogos que trabajan en APS/establecimientos de salud general/ establecimientos de salud mental)	10.1 Tratamiento no farmacológico de los trastornos mentales por parte de proveedores de atención de la salud especializados (cuando sea posible, especifique el tipo de apoyo utilizando las categorías 7 y 8) 10.2 Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales por parte de proveedores de atención de la salud especializados 10.3 Atención de la salud mental en pacientes hospitalizados 10.4 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)
General	11. Actividades generales para dar soporte a SMAPS	11.1 Análisis/evaluación de la situación 11.2 Monitoreo/evaluación 11.3 Capacitación/orientación (especialmente para el tema de la columna C de la hoja de registro de datos) 11.4 Supervisión técnica o clínica 11.5 Apoyo psicosocial para los trabajadores humanitarios (describir el tipo en la columna C de la hoja de registro de datos) 11.6 Investigación 11.7 Otros (describir en la columna C de la hoja de registro de datos)

HERRAMIENTA 2 PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS GRAVES EN CONTEXTOS HUMANITARIOS DE OMS-ACNUR (WASSS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (VERSIÓN DE ENSAYO SOBRE EL TERRENO)⁹

Por qué utilizar esta herramienta: Con fines de sensibilización, mostrando la prevalencia de los problemas de salud mental en la comunidad

Método: Parte de una encuesta de hogares de la comunidad (muestra representativa)

Tiempo necesario: Entre dos y tres minutos para cada entrevista que cubra la parte A de esta herramienta, y cinco minutos para cada entrevista que cubra la parte B

Recursos humanos necesarios: entrevistadores, un analista/redactor de informes

Más información

Las encuestas de salud y vigilancia en contextos de crisis humanitaria ofrecen la oportunidad de evaluar qué tan comunes son los problemas de salud mental en la población afectada. Esta breve herramienta contiene aspectos sobre salud mental que debería considerar añadir a las encuestas de salud general y vigilancia en crisis humanitarias. La herramienta ha sido diseñada para ser aplicada por agentes de salud humanitarios y puede ser administrada por entrevistadores sin experiencia específica en salud mental.

El objetivo de esta herramienta es identificar a las personas con necesidades prioritarias de atención en salud mental. Por lo tanto, las preguntas seleccionadas tienen el propósito de identificar a personas con síntomas graves de angustia y deterioro funcional.

Identificar a estas personas es útil para:

- describir a quienes toman decisiones de salud pública en qué medida determinados trastornos de salud mental son un problema (sensibilización); e
- informar a los servicios de salud mental comunitarios si un entrevistado potencialmente sufre un trastorno mental (tamizaje).

La herramienta *no* evalúa las tasas de trastornos mentales. Es muy probable que los trastornos mentales y las reacciones de estrés transitorias (temporales) se produzcan en contextos humanitarios más que en contextos no afectados por una crisis. En contextos humanitarios, es difícil utilizar datos provistos por entrevistadores legos para distinguir entre trastornos y angustia grave, que no es un trastorno, (por ejemplo, es probable que una entrevista realizada por un voluntario no permita distinguir entre una angustia grave o normal y un trastorno depresivo en alguien que sufre un duelo reciente). Así pues, las herramientas utilizadas por voluntarios (por ejemplo, el Cuestionario de Autoinformación de la OMS, 1994) pueden confundir y disimular síntomas de angustia normal y trastornos mentales en contextos humanitarios (Bolton & Betancourt, 2004; IASC, 2007; Horwitz, 2007; Rodin & van Ommeren, 2009). Esta herramienta tiene como objetivo evitar este desafío midiendo e informando sobre síntomas y alteraciones del funcionamiento sin dar un diagnóstico específico. Aunque muchos tomadores de decisiones y programas de salud mental comunitaria preferirían poseer información sobre tasas de trastornos mentales (probables), los datos sobre las tasas de síntomas diversos de angustia grave y funcionamiento tienen menos probabilidades de ser discutidas y ofrecen información descriptiva útil.

⁹ Referencia sugerida: Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Programa de Evaluación de Síntomas Graves en Contextos Humanitarios de OMS-ACNUR (WASSS) (versión de ensayo sobre el terreno). En: *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: Guía de herramientas para contextos humanitarios*. Ginebra: OMS, 2012.

Descripción general

Esta herramienta fue diseñada para utilizarse con entrevistados de 18 años o más que viven en contextos humanitarios. También fue diseñada para utilizarse al menos dos semanas después del inicio de la crisis.

La herramienta consiste de dos partes independientes. La parte A cubre síntomas severos de angustia común y alteraciones en el funcionamiento del entrevistado. La parte B incluye una amplia gama de síntomas (por ejemplo, síntomas de psicosis y epilepsia) en los miembros del hogar del entrevistado. Tenga en cuenta que las preguntas de la parte B tienden a medir un deterioro funcional más grave que las preguntas de la parte A.

Análisis e informe

Tal y como se ha mencionado previamente, las preguntas en esta herramienta evalúan la existencia de síntomas de trastornos mentales y deterioro funcional. En consecuencia, debe informar sobre síntomas y no sobre niveles de trastornos. El modo más sencillo de hacerlo es informando los porcentajes de las personas que respondieron por encima de un umbral predeterminado a cada una de las preguntas. Todas las personas que respondan "algunas veces", "casi siempre" y "siempre" se agruparán en una categoría "positiva (1)" y las demás respuestas en una categoría "negativa (0)":

El informe final mostraría que:

- X1% de los entrevistados se sintió **tan asustado que nada lo podía calmar** la mayor parte del tiempo o todo el tiempo en las últimas dos semanas.
- X2% de los entrevistados estuvo **tan enfadado que se sintió fuera de control** la mayor parte del tiempo o todo el tiempo en las últimas dos semanas.
- X3% de los entrevistados se sintió **tan desinteresado por las cosas que solían gustarle** que no quería hacer absolutamente nada la mayor parte del tiempo o todo el tiempo en las últimas dos semanas.
- X4% de los entrevistados se sintió **tan desesperanzado que no quería seguir viviendo** la mayor parte del tiempo o todo el tiempo en las últimas dos semanas.
- X5% de los entrevistados se sintió **tan molesto por la emergencia/desastre/guerra u otro suceso de su vida, que intentó evitar lugares, personas, conversaciones o actividades que le pudieran recordar dicho evento** la mayor parte del tiempo o todo el tiempo en las últimas dos semanas.
- X6% se sintió **incapaz de realizar actividades esenciales para la vida diaria porque tenía miedo, rabia, fatiga, desinterés, estuvo desesperanzado o molesto** la mayor parte del tiempo o todo el tiempo en las últimas dos semanas.

Fuente de las preguntas

El estilo de las preguntas (por ejemplo, *'se siente tan [emoción] que [consecuencia]'*) se inspiró en el estilo de algunas de las preguntas del subconjunto de preguntas K6 de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (Kessler et al, 2002)¹⁰. Este estilo ayuda a garantizar que la evaluación se centre en síntomas de angustia relativamente graves.

El contenido de la mayoría de las preguntas de la parte B estuvo inspirado en trabajos sobre indicadores de riesgo social en personas con trastornos mentales graves en Timor Leste (Silove et al, 2004).

¹⁰ Este estilo fue utilizado anteriormente en artículos seleccionados de los siguientes documentos: Carroll Rating Scale for Depression (Carroll et al, 1981); General Well-Being Scale-RAND (RAND 36-Item Health Survey) (Ware et al, 1979); Beck Depression Inventory (Beck et al, 1961); and the Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor et al, 1953).

Administración¹¹

El tiempo medio dedicado a la parte A (seis preguntas) de una entrevista se estima entre dos y tres minutos. El tiempo medio dedicado a la parte B (suponiendo un promedio de cinco miembros por hogar) se estima en cinco minutos.

Antes de utilizar la herramienta el entrevistador debe recibir capacitación en técnicas generales de entrevista relevantes para encuestas en contextos humanitarios, por ejemplo, cómo comportarse éticamente y cómo indagar y evitar el sesgo.

Deberá utilizar su voz para destacar todas las palabras marcadas en negrita en las preguntas.

"SI NEC" significa "si es necesario". Debe motivar al entrevistado ofreciéndole categorías de respuestas, utilizando el texto truncado cuando esté indicado, hasta que la persona las haya aprendido lo suficientemente bien como para no necesitar su ayuda.

"VOL" significa "voluntariamente". No debe leer estas respuestas en voz alta. Si el entrevistado responde voluntariamente a una de estas preguntas, debe registrarla sin indagar más.

Angustia durante la entrevista

Pensar en acontecimientos violentos u otros sucesos terribles puede hacer que las personas se angustien. No debe preguntar detalles sobre estos sucesos. Esta herramienta está muy bien estructurada y especialmente diseñada para no preguntar detalles. Si el entrevistado quiere hablar de estos sucesos, debe permitirle hacerlo hasta cierto punto, pero no pregunte más detalles. Debe ser paciente y mostrar que está escuchando.

El entrevistado puede detener la entrevista en cualquier momento. Si le piden detener la entrevista, usted debe hacerlo. La persona no tiene que dar ninguna razón para querer detener la entrevista. Es correcto seguir con la entrevista si la persona se siente un poco molesta pero acepta amablemente continuar. Sin embargo, si la persona se está sintiendo muy molesta por algún tema, debe cerrar el cuadernillo de la entrevista y permanecer en silencio hasta que ella se tranquilice. Luego usted podría decir: "Parece haberse molestado. ¿Le parece bien continuar con la entrevista o prefiere parar aquí?" Al terminar la entrevista, debe referir al entrevistado al mejor trabajador de apoyo psicosocial disponible y usted deberá informar al líder de su equipo de evaluación. Antes de la primera entrevista, usted deberá recibir una lista de las organizaciones de apoyo que podrá facilitar a los entrevistados.

11 Los lectores deben consultar el manual HESPER (WHO & KCL, 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548236_eng.pdf) para asesorarse sobre aspectos prácticos y éticos en relación con la administración de las encuestas (por ejemplo, decidir el tamaño de la muestra, el muestreo, reclutar a los entrevistadores, el entorno/privacidad, el consentimiento informado, el mapeo de las expectativas, asegurar la participación voluntaria, apoyo para los que se puedan sentir molestos con la entrevista, reportar las frecuencias con intervalos de confianza, etc.).

Referencias

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
- Bolton P, Betancourt TS. Mental health in postwar Afghanistan. *JAMA* 2004;292:626-8.
- Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE, Rawson SG, Greden JF. The Carroll rating scale for depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry* 1981;138:194-200.
- Horwitz AV. Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior* 2007;48: 211-22.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC, 2007.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002 Aug;32(6):959-76.
- Rodin D, van Ommeren M. Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology* 2009;38:1045-8.
- Silove D, Manicavasagar V, Baker K, Mausiri M, Soares M, de Carvalho F, Soares A, Fonseca Amiral Z. Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(11-12):929-32.
- Taylor JA. A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1953;48(2): 285-290.
- Ware JE, Johnston SA, Davies-Avery A. *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study: Mental Health*. Rand Corporation: Santa Monica, CA, 1979.
- World Health Organization. *A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire*. Geneva: WHO, 2004.
- World Health Organization & King's College London. *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with Scale*. Geneva: World Health Organization, 2011.

PARTE A**PREGUNTAS PARA Y SOBRE EL ENTREVISTADO. SE ASUME QUE LA INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA PERSONA (POR EJEMPLO, SEXO, EDAD, ETC.) SE DEFINE ANTERIORMENTE EN LA ENTREVISTA.**

A1. Las siguientes preguntas son acerca de cómo **usted** se ha sentido durante las **últimas dos semanas**. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se sintió **tan asustado que nada lo podía calmar**? ¿Usted diría que **siempre**, **casi siempre**, **algunas veces**, **pocas veces**, o **nunca**?

1. <input type="checkbox"/>	Siempre
2. <input type="checkbox"/>	Casi siempre
3. <input type="checkbox"/>	Algunas veces
4. <input type="checkbox"/>	Pocas veces
5. <input type="checkbox"/>	Nunca
8. <input type="checkbox"/>	(VOL) No sabe
9. <input type="checkbox"/>	(VOL) Se niega a responder

A2. ¿Más o menos con qué frecuencia durante las últimas dos semanas estuvo **tan enfadado que se sintió fuera de control**? ¿Usted diría que **siempre**, **casi siempre**, **algunas veces**, **pocas veces**, o **nunca**?

1. <input type="checkbox"/>	Siempre
2. <input type="checkbox"/>	Casi siempre
3. <input type="checkbox"/>	Algunas veces
4. <input type="checkbox"/>	Pocas veces
5. <input type="checkbox"/>	Nunca
8. <input type="checkbox"/>	(VOL) No sabe
9. <input type="checkbox"/>	(VOL) Se niega a responder

A3. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió **tan desinteresado por las cosas que acostumbraban a gustarle que ya no le apetecía hacer absolutamente nada**? (SI NEC: **siempre**, **casi siempre**, **algunas veces**, **pocas veces** o **nunca**)

1. <input type="checkbox"/>	Siempre
2. <input type="checkbox"/>	Casi siempre
3. <input type="checkbox"/>	Algunas veces
4. <input type="checkbox"/>	Pocas veces
5. <input type="checkbox"/>	Nunca
8. <input type="checkbox"/>	(VOL) No sabe
9. <input type="checkbox"/>	(VOL) Se niega a responder

A4. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió **tan desesperanzado que no quería seguir viviendo?** (SI NEC: **siempre**, **casi** siempre, **algunas** veces, **pocas** veces o **nunca**)

1. <input type="checkbox"/>	Siempre
2. <input type="checkbox"/>	Casi siempre
3. <input type="checkbox"/>	Algunas veces
4. <input type="checkbox"/>	Pocas veces
5. <input type="checkbox"/>	Nunca
8. <input type="checkbox"/>	(VOL) No sabe
9. <input type="checkbox"/>	(VOL) Se niega a responder

A5. Puede que usted haya experimentado uno o más hechos que lo han estado molestando con intensidad, como la reciente emergencia/desastre/guerra.¹² Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió **tan molesto por la emergencia/desastre/guerra u otro suceso de su vida, que intentó evitar lugares, personas, conversaciones o actividades que le pudieran recordar dicho evento?** (SI NEC: **siempre**, **casi** siempre, **algunas** veces, **pocas** veces o **nunca**)

1. <input type="checkbox"/>	Siempre
2. <input type="checkbox"/>	Casi siempre
3. <input type="checkbox"/>	Algunas veces
4. <input type="checkbox"/>	Pocas veces
5. <input type="checkbox"/>	Nunca
8. <input type="checkbox"/>	(VOL) No sabe
9. <input type="checkbox"/>	(VOL) Se niega a responder

A6. La siguiente pregunta es sobre cómo estos sentimientos de miedo, rabia, fatiga, desinterés, desesperanza o molestia lo han estado afectando durante las últimas dos semanas. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió **incapaz de realizar actividades esenciales** de la vida diaria **por culpa** de estos sentimientos? (SI NEC: **siempre**, **casi** siempre, **algunas** veces, **pocas** veces o **nunca**)

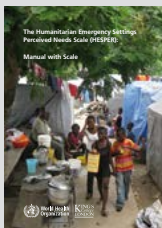
1. <input type="checkbox"/>	Siempre
2. <input type="checkbox"/>	Casi siempre
3. <input type="checkbox"/>	Algunas veces
4. <input type="checkbox"/>	Pocas veces
5. <input type="checkbox"/>	Nunca
8. <input type="checkbox"/>	(VOL) No sabe
9. <input type="checkbox"/>	(VOL) Se niega a responder

¹² Eliminar o adaptar, según el contexto.

PARTE B (PREGUNTAS DE LA LISTA DEL HOGAR): UN FORMULARIO PARA CADA HOGAR

	B0A	B0B	B1	B2	B3	B4	B5	B6A	B6B	B7A	B7B
			HAGA ESTAS PREGUNTAS ACERCA DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR MAYORES DE 2 AÑOS								
			HAGA ESTAS PREGUNTAS ACERCA DE TODOS LOS NIÑOS DE ENTRE 2 Y 12 AÑOS MIEMBROS DEL HOGAR								
¿Quién más vive en su hogar en este momento? (solo haga las preguntas B1-B7 sobre los miembros del hogar que tengan más de 2 años)	Edad	Sexo	Durante las últimas dos semanas, ¿esta persona se sintió tan angustiada/trastornada/molesta que completamente inactiva o casi completamente inactiva debido a alguno de estos sentimientos?	Durante las últimas dos semanas, ¿durante cuántos días se sintió esta persona tan angustiada/trastornada/molesta que completamente inactiva o casi completamente inactiva debido a alguno de estos sentimientos?		¿Podría describir en pocas palabras los ataques/convulsiones/o el comportamiento que le parece extraño?	¿Cuándo comenzó el comportamiento extraño? (Comentario: Si se desconoce la fecha, pregunte si este comportamiento empezó o se incrementó después de la reciente emergencia.)	Durante las últimas dos semanas, ¿esta persona se orinó al menos dos veces en la cama mientras dormía ?	¿Tenía este mismo problema hace un año?	Haga esta pregunta solo si la respuesta a la pregunta B6A fue sí	Haga esta pregunta solo si la respuesta a la pregunta B7A fue sí
1 = progenitor 2 = hermanos 3 = niños 4 = otros familiares 5 = no familiares	98= no sabe 99= se niega	1 = hombre 2 = mujer	1 = no 2 = sí 8= no sabe 9= se niega	Durante las últimas dos semanas, ¿durante cuántos días se sintió esta persona tan angustiada/trastornada/molesta que completamente inactiva o casi completamente inactiva debido a alguno de estos sentimientos? 98= no sabe 99= se niega			1 = no 2 = sí 7 = no aplica 8= no sabe 9= se niega	1 = no 2 = sí 7 = no aplica 8= no sabe 9= se niega	1 = no 2 = sí 7 = no aplica 8= no sabe 9= se niega	1 = no 2 = sí 7 = no aplica 8= no sabe 9= se niega	Durante las últimas dos semanas, ¿esta persona dejó de cuidar adecuadamente a los niños de los que es responsable porque se sentía angustiada/trastornada/molesta?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etc.											

HERRAMIENTA 3 LA ESCALA SOBRE NECESIDADES PERCIBIDAS EN CONTEXTOS HUMANITARIOS DE EMERGENCIA (HESPER, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)¹³



Por qué utilizar este instrumento: Para informar acerca de la respuesta, mediante la recopilación de datos sobre la frecuencia de las necesidades físicas, sociales y psicológicas percibidas en la comunidad

Método: Encuesta de hogares de la comunidad (muestra representativa) (al inicio de las emergencias, también se puede adaptar este método en muestras de conveniencia con informantes clave)

Tiempo necesario: Entre 15 y 30 minutos para cada entrevista

Recursos humanos: Una encuesta HESPER de hogares de la comunidad requiere un líder de equipo, entre cuatro y ocho entrevistadores y un supervisor.

La escala de HESPER proporciona una manera científicamente sólida y rápida de evaluar las **necesidades graves percibidas** entre las personas afectadas por emergencias humanitarias a gran escala (Semrau et al, 2012). Las necesidades percibidas son aquellas que sienten o son expresadas por las mismas personas y constituyen áreas problemáticas en las que les gustaría recibir ayuda.

La escala evalúa una amplia gama de áreas de problemas sociales, psicológicos y físicos. Permite identificar rápidamente aquellas áreas problemáticas amplias en las cuales es probable que la población necesite ayuda. Debe estar seguida de evaluaciones exhaustivas para entender las necesidades expresadas y para decidir las intervenciones y apoyos que serían útiles. Es posible desagregar los resultados y proporcionar perfiles de población en base al género, los grupos etarios, el origen étnico u otros subgrupos relevantes. La escala se centra en las necesidades según las percibe la población adulta.

Las necesidades percibidas se evalúan en la escala de HESPER a través de 26 necesidades, cada una acompañada de un encabezado corto y una pregunta. Ejemplos de necesidades incluyen "lugar donde vivir" (¿Tiene un problema serio porque no posee un lugar adecuado donde vivir?), "educación para los hijos" (¿Tiene un problema serio porque sus hijos no van a la escuela o no están recibiendo una buena educación?), y "enfermedades mentales en la comunidad" (¿Existe en su comunidad un problema serio debido a que algunas personas sufren una enfermedad mental?). Luego se clasifica a cada necesidad en función de si:

- no se está cubriendo (es decir, tal como lo ha percibido el entrevistado, es un problema serio);
- no se considera una necesidad (es decir, tal como lo ha percibido el entrevistado, no es un problema serio); o
- el entrevistado no ha respondido (es decir, no ha querido contestar, no sabía la respuesta o no era aplicable).

Se pide a los entrevistados que nombren cualquier necesidad adicional que no esté en la lista y que tampoco se esté cubriendo. Entre las necesidades calificadas como no satisfechas, se pide a los entrevistados que clasifiquen los tres problemas que consideren más serios.

A pesar de que la escala de HESPER fue creada para ser utilizada en muestras representativas, también se la puede usar en muestras de conveniencia. Esto puede ser adecuado durante los primeros días o semanas de una crisis mayor de inicio súbito, cuando quizás no sea posible disponer de muestras representativas. Puede utilizar la escala en contextos humanitarios agudos o crónicos, en entornos urbanos o rurales y en campamentos o comunidades.

La herramienta, con un manual de operaciones y capacitación adjunto, está disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548236_eng.pdf

13 Fuente: WHO & Kings College London. *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with Scale*. Geneva, 2011.

HERRAMIENTA 4 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA VISITAS A INSTITUCIONES EN CONTEXTOS HUMANITARIOS¹⁴

Por qué utilizar esta herramienta: Para la protección y el cuidado de las personas con discapacidades mentales o neurológicas que están en instituciones

Método: Visita al centro y entrevistas al personal y los pacientes

Tiempo necesario: Dos horas (para una impresión inicial) y entre dos y tres días (para una lista de verificación completa)

Recursos humanos necesarios: Dos personas

Más información

Las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas (incluso aquellas relacionadas con el consumo de alcohol u otras sustancias) se encuentran en alto riesgo de desatención en contextos humanitarios, especialmente cuando residen en hospitales psiquiátricos, hogares u otras instituciones. Esta lista de verificación es útil para recoger información y planificar la respuesta humanitaria para proteger y ofrecer cuidados básicos a las personas que se hallan en las instituciones.

Sus respuestas a las preguntas de esta herramienta deben basarse en una caminata por la institución y en conversaciones con el personal y, cuando sea posible, con los mismos residentes. Para minimizar el sesgo, se recomienda que la evaluación la realicen dos personas de distintos sectores profesionales.

Cuando se disponga de pocas horas para evaluar las instituciones (por ejemplo, esta situación puede surgir durante las primeras dos semanas de una emergencia mayor de inicio súbito) las evaluaciones deberán centrarse en:

- (a) temas de protección;
- (b) necesidades de supervivencia básicas; y
- (c) (donde sea pertinente) la posibilidad de realizar una evacuación.

La lista de verificación le pide que sugiera acciones recomendadas. Es esencial que usted indique un plazo de tiempo para estas acciones con el fin de asegurar que las más urgentes se implementen en primer lugar.

Notas

- El término "residente" de la lista de verificación se refiere a las personas que viven en las instituciones.
- El Instrumento de Calidad y Derechos QualityRights de la OMS (OMS, 2012) es la herramienta adecuada para ser utilizada en los servicios de salud mental y en hogares de asistencia social en contextos de desarrollo que no estén en situación de emergencia. Debe considerar el uso de esta herramienta en emergencias humanitarias crónicas cuando el tiempo y los recursos estén disponibles para una evaluación exhaustiva.

Lectura complementaria:

Lista de Acciones 6.3 de la Guía del IASC (2007) sobre el cuidado y la protección de personas internadas en instituciones.

¹⁴ Referencia sugerida: Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Lista de verificación para visitas a instituciones en contextos humanitarios. En: *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: Guía de herramientas para contextos humanitarios*. Ginebra: OMS, 2012.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la institución:		Actividades durante la visita:	
Ubicación geográfica:			
Entrevistador:			
Fecha y hora de la visita:			
Duración de la visita:			
Breve descripción de la institución (número de camas, condiciones físicas generales):			

1. PERSONAL Y RESIDENTES

1.1 Personal que sobrevivió al desastre/ conflicto (crisis)	Psiquiatras:	
	Médicos:	
	Enfermeras:	
	Psicólogos:	
	Trabajadores sociales:	
	Demás personal:	
1.2 Personal que murió a causa de la crisis		
1.3 Personal que (todavía) está físicamente lesionado debido a la crisis		
1.4 Personal que no asistió al trabajo durante la última semana a causa de la crisis (por ejemplo, debido a necesidades personales/ familiares)		
1.5 Residentes que sobrevivieron a la crisis	Total	
	Hombres:	
	Mujeres:	
	Adultos (entre 18 y 65 años):	
	Personas mayores (más de 65 años):	
	Niños (entre 0 y 12 años):	
1.6 Residentes que murieron debido a la crisis		
1.7 Residentes que (todavía) están físicamente lesionados debido a la crisis		
1.8 Residentes que han abandonado la institución debido a la crisis (por ejemplo, si han huido o les han dado el alta repentinamente)		
1.9 Residentes con discapacidades físicas		
1.10 Residentes con discapacidades intelectuales		

2. NECESIDADES FÍSICAS BÁSICAS

2.1 ¿El agua y las instalaciones de saneamiento son adecuadas? (Por ejemplo, si hay acceso a agua potable, fuentes de agua y jabón)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
2.2 ¿La higiene y el cuidado personal son adecuados (incluyendo instalaciones para higienizarse y acceso a artículos para el cuidado personal)?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
2.3 ¿Los alimentos y la nutrición son adecuados? (Por ejemplo, si los residentes reciben entre dos y tres comidas al día que contienen el valor nutricional adecuado)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
2.4 ¿Las salas de estar y los dormitorios de los residentes son adecuados? (Por ejemplo, si hay suficientes colchones y sábanas, si el alojamiento es adecuado para protegerse del tiempo (calor/frío, lluvia, viento) y si las salas están suficientemente limpias)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
2.5 ¿Se abordan las enfermedades físicas? (Si se hace un seguimiento de la salud física y si hay acceso a cuidados médicos y vacunas)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
2.6 ¿Se abordan los problemas de discapacidad física? (Por ejemplo, si las instalaciones son accesibles, si se dispone de servicios sociales adecuados para las personas con discapacidades, y si el personal ayuda y da soporte cuando se lo necesita, como cuando se debe utilizar el baño)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:

3. ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

3.1 ¿Se hace un seguimiento regular del estado de la salud mental de los residentes?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
3.2 ¿Hay medicamentos psicotrópicos básicos disponibles? ¹⁵	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:

15 Si desea obtener una lista de los medicamentos psicotrópicos esenciales, consulte el Apéndice A del documento del Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial. (2010). Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud Ginebra.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf

3.3 ¿Se utilizan métodos de atención no farmacológicos (rehabilitación psicosocial, terapia ocupacional, etc.)?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
3.4 ¿Cuál es la proporción actual entre personal y residentes de la sala?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
3.5 ¿Los residentes tienen fichas de tratamiento individuales? (Por ejemplo, fichas confidenciales que contienen notas sobre el caso)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:

4. TEMAS DE PROTECCIÓN

4.1 ¿Los niños reciben atención y protección? (Por ejemplo, lugares seguros donde dormir y jugar, nutrición, estimulación y educación)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
4.2 ¿Los hombres y las mujeres residentes se alojan por separado? (Por ejemplo, si tienen habitaciones separadas para dormir y baños e instalaciones para lavarse separadas)	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
4.3 ¿Hay informes o ha sido testigo de abusos físicos, tales como palizas, como forma de control?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
4.4 ¿Hay informes sobre abusos sexuales?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
4.5 ¿Hay informes o ha sido testigo de abusos verbales?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
4.6 ¿Hay residentes con restricciones físicas?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
4.7 ¿Hay residentes encerrados?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
4.8 ¿Hay residentes desatendidos?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:

5. EVACUACIÓN

5.1 ¿Existen planes de evacuación?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:
5.2 ¿Está el personal capacitado para llevar a cabo planes de evacuación?	Acción necesaria: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable/Se desconoce <input type="checkbox"/>
	Opinión de los residentes/otros comentarios:

6. IMPACTO DE LA CRISIS

Observaciones sobre el impacto de la crisis:

7. MEDIDAS RECOMENDADAS	CUÁNDO (FECHA):	QUIÉN:
7.1		
7.2		
7.3		
7.4		
7.5		
7.6		
7.7		
7.8		
7.9		
7.10		

HERRAMIENTA 5 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) EN CONTEXTOS HUMANITARIOS¹⁶

Por qué utilizar esta herramienta: Para planificar una respuesta de salud mental en APS

Método: Visita al centro, entrevistas con los directores y el personal del programa de APS

Tiempo necesario: Una hora para cada establecimiento

Recursos humanos necesarios: Un entrevistador

Más información

Mediante una entrevista con los directores y el personal del establecimiento (informantes clave), usted evalúa en qué medida se abordan o pueden abordarse aspectos psicológicos y sociales importantes en los centros de atención primaria de salud.

Cuando sea posible, debe añadir las evaluaciones de estos indicadores en las evaluaciones de APS generales.

Esta herramienta se centra en APS pero es también aplicable a otros contextos de atención de salud general. La herramienta se centra en los trastornos mentales, pero también cubre la epilepsia, una condición neurológica.

Para obtener listas de verificación de APS más extensas, por favor vea los siguientes documentos:

- la lista de control sobre integración de la salud mental en APS de la Corporación de Médicos Internacionales (International Medical Corps PHC Mental Health Integration Checklist) (en preparación); y
- la lista de verificación para el análisis situacional del mhGAP de la OMS (en preparación).

En la herramienta, "SD" significa "Se desconoce" y "NA" significa "No aplica".

Nombre/descripción de la instalación:	
Tamaño del zona de captación:	
Fecha:	
Entrevistador:	
Duración de la visita:	
Informante clave 1: nombre, posición y número de teléfono/dirección de correo electrónico:	
Informante clave 2: nombre, posición y número de teléfono/dirección de correo electrónico:	
Informante clave 3: nombre, posición y número de teléfono/dirección de correo electrónico:	

¹⁶ Referencia sugerida: Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Lista de verificación para integrar la salud mental en la atención primaria de salud (APS) en contextos humanitarios. En: *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: Guía de herramientas para contextos humanitarios*. Ginebra: OMS, 2012.

1. INDICADORES DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

1.1	Los trastornos mentales se documentan en el informe semanal de morbilidad ¹⁷	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Comentario:
1.2	De acuerdo al sistema de información sanitaria, en las últimas dos semanas en este centro, ¿cuántas personas se atendieron con las siguientes condiciones?	
1.2.1	depresión	— SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
1.2.2	epilepsia	— SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
1.2.3	psicosis	— SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
1.2.4	otro problema de salud mental	— SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:

2. INDICADORES SOBRE LA COMPETENCIA DEL TRABAJADOR

2.1 Conocimiento de los recursos disponibles		
2.1.1	El personal de salud conoce las opciones de referencia del sistema de salud mental. (Por ejemplo, el personal conoce la ubicación, costes aproximados y procedimiento de referencia para los servicios de salud mental cercanos.)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.1.2	El personal de salud conoce los apoyos disponibles (por ejemplo, instituciones/redes de protección, servicios comunitarios/sociales, sistemas de apoyo comunitario, servicios legales) que ofrecen protección y/o apoyo social para los problemas sociales como violencia de género y violaciones.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.2 En los últimos dos años, el personal de salud ha recibido capacitación en:		
2.2.1	habilidades de comunicación (por ejemplo, escucha activa, actitud respetuosa)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.2.2	un abordaje básico de asesoramiento y resolución de problemas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.2.3	ofrecer apoyo básico a personas que están de duelo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.2.4	ofrecer primera ayuda psicológica (es decir, apoyo psicológico y social básico a las personas que han estado recientemente expuestas a acontecimientos potencialmente traumáticos)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:

17 Si los trastornos mentales se documentan en el informe de morbilidad semanal, usted debe solicitar copias del informe correspondiente al último mes.

2.3 Como mínimo un proveedor de atención de salud de cada centro tiene competencias para identificar y manejar clínicamente casos de:	
2.3.1 depresión	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.2 psicosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.3 epilepsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.4 trastornos del desarrollo y de la conducta en niños y adolescentes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.5 problemas por consumo de alcohol	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.6 problemas por consumo de drogas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.7 trastorno de estrés postraumático	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.8 ansiedad inducida por trauma agudo que es tan severa que limita el funcionamiento básico	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.9 autolesión/suicidio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.3.10 síntomas somáticos sin explicación médica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
2.4 Especificar la formación en salud mental y las supervisiones clínicas recibidas por parte del personal de salud en los últimos dos años	
Médicos generales:	
Enfermeras:	
Demás personal:	
2.5 ¿Qué tipo de acuerdos de supervisión clínica podrían organizarse de manera práctica?	

3. MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Medicamentos	Disponibilidad en el centro de APS o en la farmacia más cercana en las últimas dos semanas	Especificar los tipos disponibles (ejemplos)
3.1 Antidepresivos genéricos	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	(amitriptilina, fluoxetina)
3.2 Ansiolíticos genéricos	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	(diazepam)
3.3 Antipsicóticos genéricos	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	(haloperidol, clorpromazina, flufenazina)
3.4 Antiepilépticos genéricos	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	(carbamazepina, fenobarbital, inyección de diazepam, inyección de lorazepam, fenitoína, ácido valproico)
3.5 Antiparkinsonianos genéricos para el control de los efectos secundarios de los antipsicóticos	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca	(biperideno)

4. INDICADORES SOBRE REFERENCIAS

4.1 En las últimas dos semanas, el centro de APS recibió referencias relacionadas con la salud mental de:

4.1.1 Atención especializada en salud mental (atención secundaria, terciaria o privada)	Frecuentemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>
4.1.2 Trabajadores de salud de la comunidad, otros trabajadores de la comunidad, escuelas, servicios sociales y otros apoyos sociales comunitarios, curanderos tradicionales/religiosos	Frecuentemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>

4.2 En las últimas dos semanas, el centro de APS refirió personas con problemas relacionados con la salud mental a:

4.2.1 Atención especializada en salud mental (atención secundaria, terciaria o privada)	Frecuentemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>
4.2.2 Trabajadores de salud de la comunidad, otros trabajadores de la comunidad, escuelas, servicios sociales y otros apoyos sociales comunitarios, curanderos tradicionales/religiosos	Frecuentemente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>

5. PERSONAL Y CARGA LABORAL

5.1 Número aproximado de médicos generales que trabajan en el centro en un momento determinado	_____ SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
5.2 Número aproximado de enfermeras generales que trabajan en el centro en un momento determinado	_____ SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
5.3 Número aproximado de otro personal clínico (por ejemplo, funcionarios de salud) que se encuentran en el centro en un momento determinado	_____ SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
5.4 Número aproximado de pacientes (con cualquier tipo de problema de salud) que visitaron cada centro la última semana	_____ SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
5.5 Número aproximado de pacientes (con cualquier tipo de problema de salud) que los médicos generales atendieron por hora	_____ SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:

5.6 Número aproximado de pacientes (con cualquier tipo de problema de salud) que las enfermeras generales atendieron por hora	_____ SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
5.7 Número aproximado de trabajadores de salud de la comunidad que se encuentran en la zona de captación	_____ SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:

6. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA EMERGENCIA/SITUACIÓN HUMANITARIA EN LO SIGUIENTE?

6.1 Cantidad de personal que trabaja en el establecimiento en un momento dado	
6.2 Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos	
6.3 Cantidad de personas que buscan ayuda por cualquier problema de salud	
6.4 Cantidad de personas que buscan ayuda por cualquier problema de salud mental	

7. INDICADORES SOCIALES

7.1 El establecimiento de atención de salud se encuentra a una distancia a pie corta y segura de la comunidad afectada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
7.2 Mayor distancia recorrida por los pacientes para acceder al centro de atención (en km)	
7.3 El centro tiene al menos un trabajador de atención de la salud de sexo femenino	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
7.4 Cada una de las lenguas locales es hablada por al menos un miembro del personal del establecimiento	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
7.5 Existen procedimientos para garantizar que los pacientes den su consentimiento antes de efectuarles intervenciones médicas importantes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
7.6 La atención de la salud está organizada de una manera que se respeta la privacidad (por ejemplo, una cortina alrededor del área de consulta)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
7.7 La información sobre el estado de salud de las personas y los acontecimientos vitales potencialmente relacionados (por ejemplo, violación, tortura) son tratados de manera confidencial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:
7.8 La atención APS es asequible para todos los pacientes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SD/NA <input type="checkbox"/> Comentario:

8.1 SEGÚN LOS INFORMANTES CLAVE, ¿CUÁLES SON LAS TRES PRINCIPALES BARRERAS (CON PROPUESTA DE SOLUCIONES) PARA LA IDENTIFICACIÓN Y EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN APS?

Barrera	Solución
1	
2	
3	

8.2 SEGÚN EL EVALUADOR, ¿CUÁLES SON LAS TRES PRINCIPALES BARRERAS (CON PROPUESTA DE SOLUCIONES) PARA LA IDENTIFICACIÓN Y EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN APS?

Barrera	Solución
1	
2	
3	

9. MEDIDAS RECOMENDADAS SEGÚN EL EVALUADOR	CUÁNDO (FECHA):	QUIÉN:
9.1		
9.2		
9.3		
9.4		
9.5		
9.6		
9.7		
9.8		
9.9		
9.10		

HERRAMIENTA 6 COMPONENTE NEUROPSIQUIÁTRICO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA (SIS)¹⁸



Por qué utilizar esta herramienta: Con fines de sensibilización y para la planificación y el seguimiento de una respuesta de salud mental en la atención primaria de salud (APS)

Método: Epidemiología clínica mediante el Sistema de Información Sanitaria (SIS)

Tiempo necesario: Dos semanas

Recursos humanos necesarios: Una persona

Más información

- El Sistema de Información Sanitaria (SIS) de la atención primaria de salud (APS) debe cubrir la salud mental. De hecho, un modo rápido de evaluar la frecuencia de los problemas de salud mental y la epilepsia es analizando el SIS.
- El SIS del ACNUR incluye un componente neuropsiquiátrico de siete categorías (ver Parte A). En crisis humanitarias es recomendable incorporar estas siete categorías en el SIS lo antes posible.
- Se deberá capacitar al personal (dos horas) en el uso adecuado de estas herramientas e inicialmente se lo supervisará (durante medio día).
- En el SIS del ACNUR los datos sobre género y edad se recogen por separado y para los siguientes grupos de edad (de 0 a 4, de 5 a 17, de 18 a 60, más de 60).
- Cabe destacar que en los primeros días de algunas emergencias graves, los tomadores de decisiones de salud pública tal vez no se pongan de acuerdo sobre la adición de 7 elementos al SIS. En este caso, por lo menos se añadirá un elemento etiquetado como "problema mental, neurológico o por consumo de sustancias" al sistema de información sanitaria. Con el tiempo, se debería reemplazar este elemento con el componente de 7 categorías del SIS propuesto en esta herramienta.

Categoría (SIS)	Número asistido en las últimas dos semanas	Proporción de personas que buscan ayuda en relación con este problema	Prevalencia de tratamiento de dos semanas
		Dividir los datos de la primera columna por el número total de pacientes asistidos en las últimas dos semanas	Dividir los datos de la primera columna por el número estimado de personas de la zona de captación
1. Epilepsia/convulsiones			
2. Abuso de alcohol u otras sustancias			
3. Retraso mental/discapacidad intelectual			
4. Trastorno psicótico			
5. Trastorno emocional grave			
6. Otro problema psicológico			
7. Síntoma somático sin explicación médica			
Total (suma del 1 al 7)			

¹⁸ Fuente para el S.I.S de siete categorías descrito aquí: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Sistema de Información Sanitaria (S.I.S). Ginebra: ACNUR, 2009. Reproducido con autorización del ACNUR.

DEFINICIONES DE CASO: TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

1. Epilepsia/convulsiones

Una persona con epilepsia ha tenido como mínimo dos episodios de convulsiones que no han sido provocados por ninguna causa aparente como fiebre, infección, lesión o abstinencia de alcohol. Estos episodios se caracterizan por la pérdida de conciencia con temblor de las extremidades y a veces se asocian con lesiones físicas, incontinencia intestinal o de vejiga y mordedura de la lengua.

2. Trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias

Una persona con este trastorno necesita consumir alcohol (u otras sustancias adictivas) diariamente y tiene dificultades para controlar la cantidad que consume. A menudo se deterioran las relaciones personales, el rendimiento en el trabajo y la salud física. A pesar de estos problemas, la persona sigue consumiendo alcohol (u otras sustancias adictivas).

3. Retraso mental/discapacidad intelectual

Esta persona tiene un nivel de inteligencia bajo, lo que le causa problemas en su vida diaria. Como niño, esta persona es lenta para aprender a hablar. Como adulto, esta persona puede trabajar si las tareas son simples. Esta persona raramente podrá vivir de forma independiente o cuidar de sí misma y/o de niños sin la ayuda de otros. Si se trata de un caso grave, esta persona puede tener dificultades para hablar y entender a los demás y requerir asistencia constante.

4. Trastorno psicótico

La persona puede oír o ver cosas que no existen o creer firmemente en cosas que no son verdad. Es probable que hable consigo misma y que su habla sea confusa o incoherente y su apariencia un poco inusual. Puede que se descuiden a sí mismas. Alternativamente, pueden pasar por periodos en los que están muy contentas, irritables, enérgicas, habladoras e imprudentes. Su comportamiento es considerado "una locura" o muy extraño por otras personas de la misma cultura.

5. Trastorno emocional grave

El funcionamiento diario normal de esta persona se ve notablemente deteriorado durante más de dos semanas debido a un estado de tristeza/apatía abrumadora o una ansiedad/miedo exagerado e incontrolable, o ambos. A menudo se ven afectadas las relaciones personales, el apetito, el sueño y la capacidad de concentración. La persona tal vez sea incapaz de iniciar o mantener una conversación. Puede que se queje de una fatiga muy fuerte, no se relacione socialmente y se quede en la cama gran parte del día. Los pensamientos suicidas son algo común.

Criterios de inclusión: Solo aplique esta categoría si hay un deterioro muy marcado en las actividades cotidianas.

DEFINICIONES DE CASO: OTRAS CONDICIONES DE SALUD MENTAL DE INTERÉS CLÍNICO

6. Otros problemas psicológicos

Esta categoría cubre problemas relacionados con las emociones (por ejemplo, estado de ánimo depresivo, ansiedad), los pensamientos (por ejemplo, rumiar, poca capacidad de concentración) o el comportamiento (por ejemplo, inactividad, agresión). La persona tiende a poder funcionar en todas o casi todas las actividades normales cotidianas. El problema puede ser un síntoma de un trastorno emocional menos grave o puede representar una angustia normal (es decir, ningún trastorno).

Criterios de inclusión: Solo utilice esta categoría si aplican los dos siguientes criterios:

- solicita ayuda en relación con el problema; **y**
- no obtiene resultados positivos en ninguna de las cinco categorías anteriores

7. Síntomas somáticos sin explicación médica

La categoría cubre cualquier síntoma somático/físico que no tiene una causa orgánica aparente.

Criterios de inclusión: Solo utilice esta categoría si aplican los siguientes tres criterios:

- si se realizaron los exámenes físicos necesarios;
- si la persona no obtiene resultados positivos en ninguna de las seis categorías anteriores; **y**
- si la persona está solicitando ayuda en relación con el problema.

HERRAMIENTA 7 PLANTILLA PARA EVALUAR LOS RECURSOS FORMALES DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CONTEXTOS HUMANITARIOS ¹⁹

Por qué utilizar esta herramienta: Para la planificación de una recuperación/reconstrucción (temprana), mediante el conocimiento de los recursos formales del sistema de salud mental regional/nacional

Método: Revisión de documentos, entrevistas con directores de servicios

Tiempo necesario: Entre tres y cinco días

Recursos humanos necesarios: Una persona

Más información

Las emergencias pueden ser una oportunidad para (re)formar los sistemas de salud mental disponibles y de acceso público a nivel nacional (OMS, en prensa). Un análisis del sistema de salud formal proporciona información básica para la (re)construcción del sistema de salud mental después de las emergencias.

Mediante la consulta de información secundaria y completando datos con expertos en salud mental, esta herramienta tiene como objetivo identificar deficiencias en los servicios de salud mental formales.

- Muchas de estas variables (indicadores) se han adaptado del IESM-OMS (WHO-AIMS, por sus siglas en inglés). Para obtener definiciones precisas de estos indicadores, vea el IESM-OMS: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf
- Siempre que sea posible, los datos deben ser recogidos por región y por centro.
- Siempre que sea posible y pertinente, los datos sobre los pacientes deben desagregarse por género y edad (niños hasta los 18 años, adultos de 19 a 64 años, personas mayores de más de 65 años).
- Los datos se deben reportar en formato agregado (dentro de la zona afectada) cuando los resultados no estén **fácilmente** disponibles en formato desagregado y cuando el tiempo para las evaluaciones sea limitado.

Esta información también es útil para cualquier evaluación de necesidades luego de un conflicto o un desastre pues proporciona datos para las campañas de recaudación de fondos a gran escala destinados a la recuperación después de emergencias mayores.

Fuentes de información

1. Datos provenientes de:

- gobierno
- herramienta 4Ws para SMAPS (ver [Herramienta 1](#))
- informes IESM-OMS sobre el país
- Atlas de Salud Mental de la OMS
- informes de líderes del sector/grupo de salud

2. Datos de entrevistas con:

- directores de programas de servicios de salud mental gubernamentales y de ONG (o directores de servicios de salud, si no existen directores de servicios de salud mental específicos)
- coordinadores del grupo/sector de salud
- facilitadores de cualquier grupo de apoyo psicosocial y de salud mental (intergrupalo/intersectorial)

¹⁹ Referencia sugerida: Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Plantilla para evaluar los recursos oficiales del sistema de salud mental en contextos humanitarios. En: *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: Guía de herramientas para contextos humanitarios*. Ginebra: OMS, 2012.

Impacto de la emergencia

En la tercera columna, indique hasta qué punto la emergencia ha tenido un impacto negativo en el funcionamiento del servicio.

1. SERVICIOS DE SALUD MENTAL FORMALS EN EL ÁREA (DEFINIDA)		
1.1 Establecimientos psiquiátricos con internación (tanto hospitales psiquiátricos con pacientes agudos y crónicos como salas de internación para pacientes agudos en hospitales generales)		
Número de establecimientos		1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/> 2. Funcionamiento parcial (descripción) <input type="checkbox"/> 3. No funcionan <input type="checkbox"/>
Número de camas		
Promedio de pacientes diarios en el último mes		
Número de psiquiatras		
Número de enfermeras		
Número de otro personal profesional (por ejemplo, médicos, psicólogos, asistentes sociales, trabajadores sociales)		
Porcentaje estimado de unidades de hospitalización que tienen siempre disponibles medicamentos psicotrópicos en cada categoría terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos, antiepilépticos y antiparkinsonianos)		
1.2 Establecimientos ambulatorios psiquiátricos (divididos entre centros públicos y privados)		
Número de establecimientos		1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/> 2. Funcionamiento parcial (descripción) <input type="checkbox"/> 3. No funcionan <input type="checkbox"/>
Número aproximado de personas que recibieron tratamiento el último mes		
Número de psiquiatras		
Número de enfermeras		
Número de otro personal profesional (por ejemplo, médicos, psicólogos, asistentes sociales, trabajadores sociales)		
Número de otro personal		
Porcentaje estimado de centros ambulatorios psiquiátricos que tienen siempre disponibles medicamentos psicotrópicos en cada categoría terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos, antiepilépticos y antiparkinsonianos)		

1.3 Otros centros de tratamiento psicológico (por ejemplo, servicios de ONG)		
Número de centros		1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/> 2. Funcionamiento parcial (<i>descripción</i>) <input type="checkbox"/> 3. No funcionan <input type="checkbox"/>
Número aproximado de personas que recibieron tratamiento el último mes		
Número de psiquiatras		
Número de enfermeras		
Número de psicólogos		
Número de trabajadores sociales		
Número de otro personal profesional		
Número de otro personal		
1.4 Servicios de atención residencial e instituciones que alojan personas con trastornos neuropsiquiátricos graves		
Número de centros		1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/> 2. Funcionamiento parcial (<i>descripción</i>) <input type="checkbox"/> 3. No funcionan <input type="checkbox"/>
Número de residentes con discapacidades mentales graves		
Número de personal de salud		
1.5 Otros establecimientos de salud mental (por ejemplo, centros de tratamiento de drogas y alcohol, centros para niños con discapacidades intelectuales)		
Número de centros		1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/> 2. Funcionamiento parcial (<i>descripción</i>) <input type="checkbox"/> 3. No funcionan <input type="checkbox"/>
Número aproximado de personas que recibieron tratamiento el último mes		
Número de personal de salud mental y consumo de sustancias		

2. SALUD MENTAL EN CENTROS DE ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA Y GENERAL

2.1 Hospital general, centros ambulatorios de medicina general (sin enfoque específico en psiquiatría)

Número de centros		<p>1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Funcionamiento parcial (<i>descripción</i>) <input type="checkbox"/></p> <p>3. No funcionan <input type="checkbox"/></p>
Número aproximado de pacientes (con cualquier tipo de problema de salud) atendidos la última semana		
Número aproximado de pacientes (con cualquier tipo de problema de salud) atendidos por los médicos generales cada hora		
Porcentaje de centros que tienen medicamentos psicotrópicos siempre disponibles en cada categoría terapéutica		
Porcentaje aproximado de centros con personal que proporciona atención de salud mental básica		

2.2 Centros de atención primaria de salud

Número de centros		<p>1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Funcionamiento parcial (<i>descripción</i>) <input type="checkbox"/></p> <p>3. No funcionan <input type="checkbox"/></p>
Número aproximado de pacientes (con cualquier tipo de problema de salud) atendidos en cada centro la última semana		
Número aproximado de pacientes (con cualquier tipo de problema de salud) atendidos por los médicos generales/enfermeras cada hora		
Porcentaje de centros que disponen de fármacos psicotrópicos en cada categoría terapéutica siempre disponibles		
Porcentaje de centros que tienen siempre disponibles medicamentos psicotrópicos en cada categoría terapéutica		

3. ATENCIÓN COMUNITARIA (ATENCIÓN PROVISTA POR TRABAJADORES DE SALUD DE LA COMUNIDAD Y TRABAJADORES DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD FUERA DE LOS CENTROS/CLÍNICAS)

3.1 Trabajadores de salud de la comunidad

Número		<p>1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Funcionamiento parcial (<i>descripción</i>) <input type="checkbox"/></p> <p>3. No funcionan <input type="checkbox"/></p>
Promedio de población cubierta por cada trabajador		
Porcentaje aproximado de personal involucrado en la atención básica de la salud mental		

3.2 Trabajadores de salud mental de la comunidad (incluyendo los trabajadores comunitarios de rehabilitación que trabajan en salud mental)

Número		<p>1. La emergencia no ha tenido ningún impacto (los servicios funcionan perfectamente) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Funcionamiento parcial (<i>descripción</i>) <input type="checkbox"/></p> <p>3. No funcionan <input type="checkbox"/></p>
Promedio de población cubierta por cada trabajador		

HERRAMIENTA 8 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL (NO ESPECÍFICA DE SMAPS) DE LOS LÍDERES DEL SECTOR²⁰

Por qué utilizar esta herramienta: Para resumir la información general (no específica de SMAPS) ya conocida sobre la emergencia humanitaria actual (para evitar recolectar más datos sobre cuestiones que ya se conocen)

Método: Revisión de los documentos disponibles

Tiempo necesario: Un día

Recursos humanos necesarios: Una persona

Más información

Las necesidades físicas básicas, la educación y la protección son aspectos claves del contexto en el cual tiene lugar una respuesta de salud mental y psicosocial. El informe de evaluación debe contener al menos un párrafo en el que se detallen estos aspectos. Esta información debe estar disponible a través de agencias y organismos de los sectores/grupos pertinentes o en sitios web. El modo más rápido de obtener información clave es contactarse con instituciones líderes de relevancia.

Tipo de información	Fuente de información sugerida	A quién contactar	¿Se recibió la información?
1. Cantidad de población	Gobierno Organismo coordinador de las Naciones Unidas		<input type="checkbox"/>
2. Grupos de riesgo	Organismo coordinador de las Naciones Unidas		<input type="checkbox"/>
3. Tamaño de los grupos de riesgo	Organismo coordinador de las Naciones Unidas		<input type="checkbox"/>
4. Mortalidad	Organismo coordinador de las Naciones Unidas Líder del grupo/sector de salud		<input type="checkbox"/>
5. Riesgos de mortalidad	Organismo coordinador de las Naciones Unidas Líder del grupo/sector de salud		<input type="checkbox"/>
6. Acceso a necesidades básicas: alimentos	Líderes del sector/grupo de seguridad alimentaria y nutrición		<input type="checkbox"/>
7. Acceso a necesidades básicas: cobijo, albergue	Líder del sector/grupo de albergues de emergencia		<input type="checkbox"/>
8. Acceso a necesidades básicas: agua y saneamiento	Líder del sector/grupo de agua, higiene y saneamiento (WASH, por sus siglas en inglés)		<input type="checkbox"/>
9. Acceso a necesidades básicas: atención de la salud y servicios de salud mental existentes	Líder del grupo/sector de salud		<input type="checkbox"/>
10. Acceso a la educación	Líder del grupo/sector de educación		<input type="checkbox"/>
11. Violación de los derechos humanos y marcos de protección	Líder del grupo/sector de protección		<input type="checkbox"/>
12. Estructuras y dinámicas sociales, políticas, religiosas y económicas	Líder del grupo/sector de protección		<input type="checkbox"/>
13. Cambios en las actividades de sustento y en la vida comunitaria diaria	Líder del grupo/sector de nutrición Líder del grupo/sector de gestión/coordinación del campo Líder del grupo/sector de protección Líder del grupo/sector de albergues de emergencia		<input type="checkbox"/>
14. Educación y servicios sociales, el impacto de la crisis sobre ambos	Líder del grupo/sector de educación Líder del grupo/sector de protección		<input type="checkbox"/>

²⁰ Referencia sugerida: Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Lista de verificación para la obtención de información general (no específica de SMAPS) de los líderes del sector/grupo. En: *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: Guía de herramientas para contextos humanitarios*. Ginebra: OMS, 2012.

HERRAMIENTA 9 PLANTILLA PARA LA REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PRE-EXISTENTE RELEVANTE PARA LA SALUD MENTAL Y EL APOYO PSICOSOCIAL EN LA REGIÓN/PAÍS²¹

Por qué utilizar esta herramienta: Para resumir la información sobre salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) de esta región/país conocida antes de la emergencia humanitaria actual (para evitar recolectar más datos sobre cuestiones que ya se conocen)

Método: Revisión bibliográfica

Tiempo necesario: Entre siete y diez días

Recursos humanos necesarios: Dos personas

Más información

La parte principal de esta herramienta (parte A) consta de un modelo de índice de contenidos para llevar a cabo una revisión de datos secundarios.

El índice de la parte A de esta herramienta destaca los temas principales para los cuales se debe resumir la información existente, pero es necesario adaptarlos a cada contexto. El grado en el cual se podrá cubrir cada tema, depende de la información disponible. Esta información será diferente e importante en cada crisis humanitaria. **En la revisión de datos secundarios, en general, se puede cubrir cada línea del índice de contenidos en un párrafo.**

A menudo será útil añadir contenido a la información recogida entrevistando a expertos nacionales e internacionales. En la parte B, que se refiere a los datos primarios que usted podría recoger para complementar los identificados en la revisión de datos secundarios, se incluyen preguntas de ejemplo para hacer a este grupo. Si el tiempo lo permite, al menos dos expertos locales deben leer la revisión antes de finalizarla.

Debe utilizar la herramienta con flexibilidad para evitar repeticiones innecesarias en el informe final. **Es esencial que las personas sin formación académica avanzada puedan leer el informe con facilidad, para lo cual se debe evitar la jerga y los términos técnicos.** Siempre que sea posible, el informe deberá ser editado en un lenguaje claro y sencillo.

El informe se debe compartir electrónicamente con todos los trabajadores de salud mental y apoyo psicosocial. Cuando sea pertinente, se lo deberá traducir a los idiomas locales más importantes.

Si desea obtener una guía sobre cómo conducir las revisiones bibliográficas, vea Galvan, J.L. (2006). *Writing Literature Reviews: a Guide for Students of the Social and Behavioral and Sciences* – 4th Edition. Pyczak. Para obtener un ejemplo, vea: http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf

21 Fuente: Grupo de Referencia del IASC sobre la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. Plantilla para la revisión de información ya existente relevante para la salud mental y el apoyo psicosocial en la región/país. En: *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*. http://www.who.int/mental_health/publications/IASC_reference_group_psychosocial_support_assessment_guide.pdf. Esta plantilla se reproduce aquí en forma de resumen con autorización del Grupo de Referencia del IASC.

A. MODELO DE ÍNDICE DE CONTENIDOS DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1 Introducción

- 1.1 Justificación de la revisión de datos secundarios (descripción de la actual/reciente emergencia)
- 1.2 Descripción de la metodología utilizada para recoger información existente (incluyendo cualquier término de búsqueda de biblioteca que haya utilizado)

2 Contexto general

- 2.1 Aspectos geográficos (por ejemplo, clima, países vecinos)
- 2.2 Aspectos demográficos (por ejemplo, tamaño de la población, grupos etarios, idiomas, educación/alfabetización, grupos religiosos, grupos étnicos, patrones de migración, grupos en situación especial de riesgo de sufrimiento durante las crisis humanitarias)
- 2.3 Aspectos históricos (por ejemplo, primeras etapas de la historia, colonización, historia política reciente)
- 2.4 Aspectos políticos (por ejemplo, organización del estado/gobierno, distribución del poder, subgrupos o partidos impugnados)
- 2.5 Aspectos religiosos (por ejemplo, grupos religiosos, creencias y prácticas religiosas importantes, relaciones entre distintos grupos)
- 2.6 Aspectos económicos (por ejemplo, Índice de Desarrollo Humano, actividades de sustento principales y fuentes de ingresos, tasa de desempleo, pobreza, recursos)
- 2.7 Aspectos de género y familia (por ejemplo, organización de la vida familiar, roles de género tradicionales)
- 2.8 Aspectos culturales (tradiciones, tabús, rituales)
- 2.9 Aspectos de salud general
 - 2.9.1 Mortalidad, riesgos de mortalidad y enfermedades comunes
 - 2.9.2 Panorama de la estructura del sistema de salud general y formal

3 Contexto psicosocial y de salud mental

- 3.1. Problemas y recursos psicosociales y de salud mental
 - 3.1.1 Estudios epidemiológicos de los trastornos mentales y factores de riesgo/protección conducidos en el país, tasas de suicidio
 - 3.1.2 Expresiones locales (modismos) para la angustia y diagnósticos populares, conceptos locales de trauma y pérdida
 - 3.1.3 Modelos explicativos para problemas mentales y psicosociales
 - 3.1.4 Conceptos de sí mismo/de la persona (por ejemplo, relaciones entre cuerpo, mente y espíritu)
 - 3.1.5 Fuentes importantes de angustia (por ejemplo, pobreza, abuso infantil, infertilidad)
 - 3.1.6 Función del sector educativo formal e informal en el apoyo psicosocial
 - 3.1.7 Función del sector social formal (por ejemplo, servicios sociales) en el apoyo psicosocial
 - 3.1.8 Función del sector social informal (por ejemplo, sistemas de protección comunitaria, sistemas vecinales, otros recursos de la comunidad) en el apoyo psicosocial
 - 3.1.9 Función del sistema de salud no alopática (incluyendo el sistema de salud tradicional) en la salud mental y el apoyo psicosocial
 - 3.1.10 Patrones de la búsqueda de ayuda (dónde se dirige la gente en busca de ayuda y por qué problemas)
- 3.2 El sistema de salud mental
 - 3.2.1 Política de salud mental, marco legislativo y liderazgo
 - 3.2.2 Descripción de los servicios de salud mental formales (atención primaria, secundaria y terciaria). Tenga en cuenta el Atlas de Salud Mental y los informes IESM-OMS, además de otras fuentes, para averiguar la disponibilidad de servicios de salud mental y de recursos humanos de salud mental, cómo se utilizan los servicios, la accesibilidad a los mismos (por ejemplo, distancia, pago por el servicio), y la calidad de los servicios de salud mental
 - 3.2.3 Funciones respectivas del gobierno, el sector privado, las ONG y los curanderos tradicionales en la atención de la salud mental

4 Contexto humanitario

- 4.1 Historial de las emergencias humanitarias en el país
- 4.2 Experiencias pasadas en ayuda humanitaria en general
- 4.3 Experiencias pasadas en ayuda humanitaria relacionadas con la salud mental y el apoyo psicosocial

5 Conclusión

- 5.1 Retos y brechas esperadas en salud mental y apoyo psicosocial
- 5.2 Oportunidades esperadas en salud mental y apoyo psicosocial

6 Referencias

B. DATOS PARA SER RECOGIDOS A TRAVÉS DE ENTREVISTAS CON EXPERTOS MÉDICOS Y DE LA CULTURA, ANTROPÓLOGOS SOCIALES, SOCIÓLOGOS, OTROS EXPERTOS SOCIOCULTURALES O INFORMANTES CLAVE

Comentario: Esto se refiere a datos primarios que se pueden recoger para complementar los datos identificados mediante la revisión de datos secundarios.

¿Cuáles son las preocupaciones básicas, las creencias y los aspectos culturales que los proveedores de ayuda deben tener en cuenta cuando trabajan en salud mental y apoyo psicosocial [PROPORCIONE UN GRUPO OBJETIVO EJEMPLO, COMO LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO PÉRDIDAS O LAS SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL]? ¿Qué acciones se deben evitar?

[SI ES NECESARIO, INDAGUE] sobre los siguientes aspectos.

- Formas locales de describir las dificultades emocionales
- Recursos existentes para hacer frente a las dificultades emocionales
- Estructuras de poder locales (por ejemplo, jerarquías locales basadas en parentesco, edad, género, conocimiento de lo sobrenatural)
- La situación política (por ejemplo, casos de favoritismo, corrupción, inestabilidad)
- Interacciones entre distintos grupos sociales (por ejemplo, étnicos y religiosos)
- Grupos socialmente vulnerables o marginados
- Dificultades anteriores o malas experiencias con organismos de ayuda
- Relaciones entre los sexos
- Aceptación de servicios organizados por personas de fuera de la comunidad
- Cualquier otra cosa que los proveedores de ayuda deben conocer



Democratic Republic of Congo/Lubunga/WHO/M. Kobic/ 2005

HERRAMIENTA 10 EVALUACIÓN PARTICIPATIVA: PERCEPCIONES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL²²

Por qué utilizar este instrumento: Para aprender sobre las perspectivas locales con respecto a los problemas y cómo afrontarlos de manera participativa, con el objetivo de proporcionar información para una respuesta de SMAPS

Método: Entrevistas a miembros de la comunidad en general (listado libre y preguntas adicionales)

Tiempo necesario: Entre uno y dos días

Recursos humanos necesarios: Cuatro personas

Más información

Esta herramienta es útil como modo de conseguir información rápida de los miembros de la comunidad en general que viven en un contexto humanitario.

La primera pregunta de esta herramienta es un listado libre, a menudo útil al principio de una evaluación para obtener un panorama general de los tipos de problemas y recursos de una comunidad. El listado libre implica pedir a una persona (normalmente un miembro de la comunidad en general) que proporcione el máximo número de respuestas a una única pregunta. Se puede centrar en una gran variedad de temas. Por ejemplo, se puede pedir a las personas que enumeren los tipos de problemas que tienen, qué hacen cuando se enfrentan a ellos, dónde piden ayuda, etc.

En la herramienta descrita a continuación, el evaluador utiliza la técnica de listado libre para preguntar a los entrevistados sobre los problemas que tienen. Luego el evaluador selecciona el tipo de problema de interés (es decir, los problemas psicosociales y de salud mental) para realizar una evaluación más profunda sobre cómo se cree que el problema impacta en las actividades cotidianas y cómo las personas pueden afrontarlo.

Se puede implementar la técnica de listado libre en contextos individuales o grupales. No obstante, se recomienda realizarlo de manera individual siempre que sea posible, ya que en los grupos las personas pueden influir en las respuestas de los demás. Se recomienda entrevistar por lo menos a unas 10 ó 15 personas. Puede ser necesario entrevistar a más de 15 personas siempre que las entrevistas adicionales proporcionen información nueva y relevante.

En general, será útil hacer estas preguntas por separado a hombres y mujeres (y a niños, adolescentes y adultos, si aplica) y comprobar si hay diferencias.

Antes de utilizar esta herramienta debe recibir capacitación en técnicas de entrevista generales que sean relevantes para las entrevistas semi-estructuradas en contextos humanitarios, por ejemplo, cómo indagar y evitar un sesgo.

²² Fuente: Grupo de Referencia del IASC sobre la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. Evaluación Participativa I: Percepciones de los miembros de la comunidad en general. En: *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*. http://www.who.int/mental_health/publications/IASC_reference_group_psychosocial_support_assessment_guide.pdf. Esta herramienta se reproduce aquí con autorización del Grupo de Referencia del IASC.

Consentimiento informado

Es importante obtener el consentimiento informado antes de realizar entrevistas. A continuación se proporciona un ejemplo sobre cómo hacerlo.

Hola, mi nombre es _____ y trabajo para _____. Hemos estado trabajando en ____ (área) para _____ (tipo de trabajo) durante ____ (periodo). Actualmente, estamos hablando con personas que viven esta zona. Nuestro objetivo es saber qué tipo de problemas tienen las personas de esta zona y así decidir cómo podemos ofrecer apoyo. No nos podemos comprometer a darle apoyo a cambio de esta entrevista. Estamos aquí solo para hacer preguntas y aprender de sus experiencias. Es libre de participar o no.

Si permite que lo entrevistemos, le puedo garantizar que su información permanecerá anónima, de modo que nadie podrá saber lo que nos ha dicho. No podemos darle nada a cambio de su participación, pero apreciamos mucho su tiempo y sus respuestas. ¿Tiene alguna duda?

- ¿Quiere que lo entrevistemos?
1. Sí
 2. No

Entrevista:

Paso 1: Listado libre

1.1 La entrevista comienza con un listado libre sobre la siguiente pregunta para averiguar todos los tipos de problemas.

“¿Qué tipo de problemas tienen los _____ [INSERTAR GRUPO DE INTERÉS] debido a la situación humanitaria? Por favor, liste el máximo número de problemas que se le ocurran”.

Notas:

- a) Los grupos de interés pueden incluir a mujeres de la comunidad, a hombres de la comunidad, a mujeres adolescentes de la comunidad, a niños de la comunidad, etc.
- b) Utilizando la técnica de listado libre, anime al entrevistado a dar el mayor número de respuestas posibles. Por ejemplo, después de que el entrevistado haya listado algunos problemas y se quede en silencio, podría preguntar:

“¿Qué otro tipo de problemas tienen los _____ [INSERTAR GRUPO DE INTERÉS] debido a la situación humanitaria? Por favor, liste el máximo número de problemas que se le ocurran”. De este modo, el entrevistado listará algunos problemas más. Entonces, seguirá con la pregunta hasta que el entrevistado ya no proporcione más respuestas.
- c) Cuando la lista ya esté completa, deberá pedir una pequeña descripción de cada problema listado para poder completar el siguiente cuadro.

CUADRO 1. LISTA DE PROBLEMAS (DE CUALQUIER TIPO)

Problema	Descripción
1.1.1	
1.1.2	
1.1.3	
1.1.4	
1.1.5	
1.1.6	
1.1.7	
1.1.8	
1.1.9	
1.1.10	
1.1.11	
1.1.12	
1.1.13	
1.1.14	
1.1.15	
1.1.16	
1.1.17	
1.1.18	
1.1.19	
1.1.20	

1.2 A continuación, deberá consultar las respuestas a la pregunta 1.1 y seguir las siguientes instrucciones para seleccionar específicamente los problemas psicosociales y de salud mental.

Seleccione aquellos problemas que sean especialmente relevantes desde una perspectiva de salud mental/psicosocial, como:

(a) problemas vinculados con las relaciones sociales (violencia doméstica y comunitaria, abuso infantil, separación familiar); y

(b) problemas relacionados con:

- sentimientos/emociones (por ejemplo, estar triste o asustado);
- pensamientos (por ejemplo, estar preocupado); o
- conductas (por ejemplo, consumo de alcohol).

Cópielos en el Cuadro 1.2 y también en la primera columna de los cuadros 3.1 y 3.2 que se encuentran a continuación.

CUADRO 1.2 LISTA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y PSICOSOCIALES
1.2.1
1.2.2
1.2.3
1.2.4
1.2.5
1.2.6
1.2.7
1.2.8
1.2.9
1.2.10

Paso 2: Clasificación

2.1 Averigüe con el entrevistado cuáles son los problemas de salud mental o psicosociales que se perciben como más importantes y por qué.

"Ha mencionado varios problemas, incluyendo [LEA EN VOZ ALTA LOS PROBLEMAS DE 1.2 ANTERIORES]. De estos problemas, ¿cuál es el problema más importante?" "¿Por qué?"

De estos problemas, ¿cuál es el segundo problema más importante?" "¿Por qué?"

De estos problemas, ¿cuál es el tercer problema más importante?" "¿Por qué?"

CUADRO 2.1 LOS TRES PROBLEMAS PRIORITARIOS MÁS IMPORTANTES	
2.1.1	Problema:
	Explicación:
2.1.2	Problema:
	Explicación:
2.1.3	Problema:
	Explicación:

Paso 3: Funcionamiento diario y afrontamiento

3.1 Intente identificar el impacto de los problemas de salud mental/psicosociales en las actividades cotidianas preguntando las tareas que podrían verse afectadas.

“A veces, [MENCIONE UN PROBLEMA DE 1.2 ANTERIOR] podría hacerle difícil a una persona llevar a cabo sus tareas habituales. Por ejemplo, las cosas que hace para ella misma, su familia o en la comunidad. Si [INSERTAR GRUPO DE INTERÉS] padece de [MENCIONE OTRA VEZ EL PROBLEMA LISTADO EN 1.2 ANTERIOR], ¿qué tareas le serán difíciles?”

Registre la respuesta en el Cuadro 3.1. Repita la pregunta para cada uno de los problemas mencionados en 1.2.

CUADRO 3.1 DETERIORO DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS	
Repetir para cada problema mencionado en 1.2	
Problemas de salud mental/psicosociales (como se listan en 1.2)	Tarea afectada
1.2.1	3.1.1
1.2.2	3.1.2
1.2.3	3.1.3
1.2.4	3.1.4
1.2.5	3.1.5
1.2.6	3.1.6
1.2.7	3.1.7
1.2.8	3.1.8
1.2.9	3.1.9
1.2.10	3.1.10

3.2 A continuación, intente identificar cómo las personas afrontan cada uno de estos problemas de salud mental/psicosociales y si esto las puede ayudar.

"¿Qué tipo de cosas hacen las personas _____ [INSERTAR GRUPO DE INTERÉS] para enfrentar esos problemas? Por ejemplo, cosas que hacen solas, cosas que pueden hacer con sus familias o cosas que hacen con sus comunidades." "¿El hacer estas cosas lo ayuda a enfrentar el problema?"

Registre la respuesta en el Cuadro 3.2. Repita la pregunta para cada uno de los problemas mencionados en 1.2.

CUADRO 3.2 AFRONTAMIENTO		
Repetir para cada problema mencionado en 1.2.		
Problemas de salud mental/psicosociales (como se listan en 1.2)	Afrontamiento	¿El método de afrontamiento es útil?
1.2.1	3.2.1	Sí/No
1.2.2	3.2.2	Sí/No
1.2.3	3.2.3	Sí/No
1.2.4	3.2.4	Sí/No
1.2.5	3.2.5	Sí/No
1.2.6	3.2.6	Sí/No
1.2.7	3.2.7	Sí/No
1.2.8	3.2.8	Sí/No
1.2.9	3.2.9	Sí/No
1.2.10	3.2.10	Sí/No

HERRAMIENTA 11 EVALUACIÓN PARTICIPATIVA: PERCEPCIONES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD CON CONOCIMIENTO PROFUNDO DE LA MISMA²³

Por qué utilizar esta herramienta: Para aprender sobre las perspectivas locales acerca de los problemas y la forma de afrontarlos de manera participativa, con el objetivo de proporcionar información para una respuesta de SMAPS

Método: Entrevistas a informantes clave (individuales o grupales)

Recursos humanos necesarios: Una persona

Tiempo necesario: Tres días de recolección de datos (suponiendo que el entrevistador realiza cuatro entrevistas al día) y tres días para analizarlos y reportarlos

Más información

Esta herramienta es especialmente útil como modo de conseguir información más exhaustiva después de haber obtenido información preliminar (véase la [Herramienta 10](#))

Esta herramienta ofrece preguntas para utilizar en entrevistas **a informantes clave o en entrevistas grupales con miembros de la comunidad de quienes se espera que tengan un conocimiento profundo de la comunidad afectada**. Estas personas podrían ser miembros del comité de campamentos para desplazados, personal local, líderes religiosos, curanderos tradicionales, líderes de asociaciones de mujeres, parteras, líderes de clubes de jóvenes, directores y profesores de escuelas, consejeros, etc. También puede incluir a personas jóvenes.

No utilice todas las preguntas de esta herramienta. Elija aquellas preguntas que sean relevantes para usted.

Recuerde que un error común en las evaluaciones es hacer demasiadas preguntas que no son posteriormente analizadas, reportadas o utilizadas. Por lo tanto, no haga más preguntas de las necesarias. Las entrevistas deben durar menos de una hora. Si una entrevista dura más de una hora, es preferible acordar un segundo encuentro en otro momento para terminarla.

Cuando adapte el cuestionario al contexto local, **no** modifique la secuencia de las preguntas de la entrevista (por ejemplo, primero preguntar sobre problemas de un subgrupo de la población, luego preguntar qué está haciendo la gente de este subgrupo para abordar el problema, y finalmente hacer una pregunta sobre la ayuda adicional que se pueda necesitar).

Estas entrevistas pueden ser individuales o grupales. No obstante, siempre que sea posible, se recomienda realizar entrevistas individuales pues las personas cuando están en grupo pueden influirse unas a otras en sus respuestas. Se recomienda entrevistar al menos a 10-15 personas. Puede ser necesario entrevistar a más de 15 personas siempre que las entrevistas adicionales proporcionen información nueva y relevante.

Antes de utilizar esta herramienta debe recibir capacitación en técnicas de entrevista generales que sean relevantes para las entrevistas semi-estructuradas en contextos humanitarios, por ejemplo, cómo indagar y evitar un sesgo. No debe hacer preguntas demasiado delicadas que puedan poner en peligro a las personas (entrevistado, entrevistador u otra persona). Según el contexto, estas preguntas solo se deben hacer durante entrevistas individuales a informantes clave (por ejemplo, preguntar sobre las personas que están en riesgo de violación de los derechos humanos).

23 Grupo de Referencia del IASC sobre la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. Evaluación Participativa II: Percepciones de los miembros de la comunidad con conocimiento profundo de la misma. En: *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*. http://www.who.int/mental_health/publications/IASC_reference_group_psychosocial_support_assessment_guide.pdf. Esta herramienta se reproduce aquí con autorización del Grupo de Referencia del IASC.

Recuerde que puede ser muy relevante entrevistar a curanderos tradicionales/religiosos/indígenas sobre las percepciones locales de la salud mental y los recursos disponibles. A pedido, está disponible una herramienta específica con preguntas para entrevistarlos. Esa herramienta en particular es importante para implementar la acción 6.4 de la Guía del IASC sobre una colaboración potencial con los curanderos.

Consentimiento informado

Es importante obtener el consentimiento informado antes de realizar entrevistas. A continuación, se ofrece un ejemplo sobre cómo hacerlo.

Hola, mi nombre es ____ y trabajo para _____. Hemos estado trabajando en ____ (área) para _____ (tipo de trabajo) durante ____ (periodo). Actualmente, estamos hablando con personas que creen saber mucho sobre las personas afectadas por [MENCIONE EL NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO]. Durante esta entrevista me gustaría hablarle de varios problemas que sufren las personas de esta comunidad. También me gustaría preguntarle sobre estos problemas, y si se necesita ayuda adicional.

Nuestro objetivo es aprender de sus conocimientos y experiencia de modo de estar en mejores condiciones para prestar apoyo. No nos podemos comprometer a darle apoyo a cambio de esta entrevista. Estamos aquí *solo* para hacer preguntas y aprender de sus experiencias. Es libre de participar o no.

Si permite que lo entrevistemos, le puedo garantizar que su información permanecerá confidencial. Es libre de participar no. No podemos darle nada a cambio de su participación, pero apreciamos mucho su tiempo y sus respuestas. Además, puede detener la entrevista en cualquier momento. ¿Tiene alguna duda? ¿Quiere que lo entrevistemos?

1. Sí
2. No

A. CAUSAS DE ANGUSTIA/AFLICCIÓN

En primer lugar, me gustaría preguntarle sobre los problemas de la comunidad.

- ¿Qué es lo que la gente de la comunidad cree que ha provocado la actual [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO]?
- Según los miembros de la comunidad, ¿cuáles son las consecuencias de la [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO]?
- Según los miembros de la comunidad, ¿cuáles son otras consecuencias de la [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO]?
- ¿Cómo ha afectado la actual [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO] la vida comunitaria cotidiana?
- ¿Cómo ha afectado la actual [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO] las actividades de sustento/trabajo de las personas afectadas?
- ¿Cómo está la gente tratando de reconstruir y recuperarse de esta crisis?

B. GRUPOS DE RIESGO

- ¿Cuáles son las personas de su comunidad que están sufriendo más debido a la crisis actual? ...¿Quién más?...¿Y quién más?

C. NATURALEZA DE LA ANGUSTIA O AFLICCIÓN Y APOYO

C1. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre niños que se sienten molestos/angustiados.

(COMENTARIO: Puede repetir esta pregunta con niños y niñas por separado y de distintos grupos de edad, por ejemplo, niños menores de 6 años, niños entre 6 y 12 años, y adolescentes entre 13 y 18 años.)

- ¿Cómo podría un analista externo reconocer a un niño que está emocionalmente molesto/angustiado por [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO]?
 - a. ¿Qué aspecto tiene el niño?
 - b. ¿Cómo se comporta?
 - c. ¿Hay distintas maneras de sentirse molesto? ¿Cuáles son?
 - d. ¿Cómo puedo explicar la diferencia entre [MENCIONE UNA RESPUESTA DE C1]?
- En circunstancias normales (antes de la reciente emergencia), ¿qué hacían regularmente los miembros de la comunidad para reducir la molestia/angustia de los niños?
- ¿Qué están haciendo ahora mismo los miembros de la comunidad para reducir la molestia/angustia de los niños?
- ¿Qué más se está haciendo ahora mismo para ayudar a los niños que están molestos/angustiados?
- ¿Dónde buscan ayuda los niños que están molestos/angustiados?
- ¿Qué más se podría hacer para ayudar a los niños que están molestos/angustiados?

C2. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las mujeres que están molestas/angustiadas.

- ¿Cómo podría un analista externo reconocer a una mujer que está emocionalmente molesta/angustiada debido a [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO]?
 - a. ¿Qué aspecto tiene?
 - b. ¿Cómo se comporta?
 - c. ¿Hay distintas maneras de sentirse molesta? ¿Cuáles son?
 - d. ¿Cómo puedo explicar la diferencia entre [MENCIONE UNA RESPUESTA DE C1]?
- En circunstancias normales (antes de la reciente emergencia), ¿qué hacían regularmente los miembros de la comunidad para reducir la molestia/angustia de las mujeres?
- ¿Qué están haciendo los miembros de la comunidad ahora mismo para reducir la molestia/angustia de las mujeres?
- ¿Qué más se está haciendo ahora mismo para ayudar a las mujeres que están molestas/angustiadas?
- ¿Dónde buscan ayuda las mujeres que están molestas/angustiadas?
- ¿Qué más se podría hacer para ayudar a las mujeres que están molestas/angustiadas?

C3. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre los hombres que se sienten molestos/angustiados.

- ¿Cómo podría un analista externo reconocer a un hombre que está emocionalmente molesto/angustiado debido a [NOMBRE DE LA CRISIS HUMANITARIA, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, EXPLOSIÓN, CONFLICTO ARMADO]?
 - a. ¿Qué aspecto tiene?
 - b. ¿Cómo se comporta?
 - c. ¿Hay distintas maneras de sentirse molesto? ¿Cuáles son?
 - d. ¿Cómo puedo explicar la diferencia entre [MENCIONE UNA RESPUESTA DE C1]?
- En circunstancias normales (antes de la reciente emergencia), ¿qué hacían regularmente los miembros de la comunidad para reducir la molestia/angustia de los hombres?
- ¿Qué están haciendo ahora mismo los miembros de la comunidad para reducir la molestia/angustia de los hombres?
- ¿Qué más se está haciendo ahora mismo para ayudar a los hombres que están molestos/angustiados?
- ¿Dónde buscan ayuda los hombres que están molestos/angustiados?
- ¿Qué más se podría hacer para ayudar a los hombres que están molestos/angustiados?

C4. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que sucede cuando hay personas que mueren en su comunidad.

- Cuando alguien muere en esta comunidad, ¿cómo expresan su sufrimiento la familia y los amigos?
 - a. ¿Cuáles son las primeras cosas que se deben hacer? ¿Por qué?
 - b. ¿Cómo expresan su apoyo otros miembros de la familia/amigos/comunidad?
 - c. ¿Qué le ocurre al cuerpo?
 - d. ¿Qué otras cosas se deben hacer?
 - e. ¿Hasta cuándo dura el luto?
 - f. ¿Qué ocurre si no se encuentra/identifica el cuerpo?
- ¿Qué ocurre si no se puede realizar el proceso que usted describió (por ejemplo, entierro)?
- ¿Qué están haciendo ahora mismo los miembros de la comunidad para ayudar a las familias y amigos que están de duelo?
- ¿Qué más se está haciendo ahora mismo para ayudar a las personas que están de duelo?
- ¿Dónde buscan ayuda las personas que están de duelo?
- ¿Qué más se podría hacer para ayudar a las personas que están de duelo?

C5. En todas las comunidades hay personas con trastornos mentales. ¿Puedo preguntar sobre ellos? (COMENTARIO: tal vez el término "trastornos mentales" no se comprenda bien. Cuando sea necesario, utilice un sinónimo apropiado que se entienda.)

- ¿Hay personas con trastornos mentales en su comunidad?
- ¿Qué tipo de problemas tienen?
- En general, ¿qué piensan los miembros de la comunidad sobre las personas con trastornos mentales? ¿Cómo las tratan?
- En circunstancias normales (antes de la reciente emergencia), ¿qué hacían regularmente los miembros de la comunidad para ayudar a las personas con trastornos mentales?
- ¿Qué están haciendo ahora mismo los miembros de la comunidad para ayudar a las personas con trastornos mentales?
- ¿Qué más se está haciendo ahora mismo para ayudar a las personas con trastornos mentales?
- ¿Dónde buscan ayuda las personas con trastornos mentales?
- ¿Qué más se podría hacer para ayudar a las personas con trastornos mentales?

C6. En la mayoría de las comunidades hay personas (hombres, mujeres y niños) que han sido violadas o abusadas sexualmente. ¿Debo preguntar sobre ellas? (COMENTARIO: se pueden hacer preguntas adicionales reemplazando la palabra "violadas o abusadas sexualmente" por "torturadas" o por cualquier otro suceso potencialmente traumático que sea pertinente.)

- Si alguna persona ha sido violada, ¿qué tipo de problemas puede tener esta persona?
- En general, ¿qué piensan los miembros de la comunidad sobre las personas que fueron violadas? ¿Cómo las tratan?
- En circunstancias normales (antes de la reciente emergencia), ¿qué hacían regularmente los miembros de la comunidad para ayudar a las personas que habían sido violadas?
- ¿Qué están haciendo ahora mismo los miembros de la comunidad para ayudar a las personas que fueron violadas?
- ¿Qué más se está haciendo ahora mismo para ayudar a las personas que fueron violadas?
- ¿Dónde buscan ayuda las personas que fueron violadas?
- ¿Qué más se podría hacer para ayudar a las personas que fueron violadas?

C7. En la mayoría de comunidades hay personas que tienen problemas por consumo de alcohol. ¿Debo preguntar sobre ellas? (COMENTARIO: según el contexto, puede que se tengan que hacer las siguientes preguntas también -o solamente- para el consumo de drogas.)²⁴

- Si alguien bebe mucho alcohol de manera frecuente, ¿qué tipos de problemas pueden acontecer en la familia o la comunidad?
- Si alguien bebe mucho alcohol de manera frecuente, ¿qué tipos de problemas pueden acontecerle a él o a ella?
- En general, ¿qué piensan los miembros de la comunidad de las personas que beben mucho alcohol de manera frecuente? ¿Cómo las tratan?
- En circunstancias normales (antes de la reciente emergencia), ¿qué hacían regularmente los miembros de la comunidad para reducir los problemas causados por el alcohol?
- ¿Qué están haciendo ahora mismo los miembros de la comunidad para reducir estos problemas?
- ¿Qué más se está haciendo ahora mismo para tratar estos problemas?
- ¿Dónde buscan ayuda las personas en relación con estos problemas?
- ¿Qué más se podría hacer para reducir estos problemas?

24 Para obtener una herramienta más exhaustiva sobre el consumo de alcohol y drogas, consulte: UNHCR, WHO. Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva: UNHCR, WHO, 2008.

HERRAMIENTA 12 EVALUACIÓN PARTICIPATIVA: PERCEPCIONES DE PERSONAS GRAVEMENTE AFECTADAS²⁵

Por qué utilizar esta herramienta: Para aprender sobre las perspectivas locales acerca de los problemas y cómo afrontarlos de manera participativa, con el objetivo de proporcionar información para una respuesta de SMAPS

Método: Entrevistas a personas gravemente afectadas (listado libre y preguntas adicionales)

Tiempo necesario: Entre tres y cinco días

Recursos humanos necesarios: Dos personas

Esta herramienta proporciona preguntas para utilizar en entrevistas con personas gravemente afectadas por la crisis humanitaria, por ejemplo, debido a la exposición directa a un trauma mayor o pérdida.

Esta herramienta es útil como modo de conseguir información más exhaustiva después de haber obtenido información preliminar a través de la revisión de datos secundarios (véase la [Herramienta 9](#)), de entrevistas con miembros de la comunidad en general (véase la [Herramienta 10](#)), o de entrevistas con miembros de la comunidad que tienen un conocimiento profundo de la comunidad afectada (véase la [Herramienta 11](#)). Puede utilizar esta herramienta para triangular datos (es decir, comparar información de distintas fuentes).

La primera pregunta implica el uso del listado libre. El listado libre significa pedir a una persona que proporcione el máximo número de respuestas a una única pregunta. Se puede centrar en una gran variedad de temas. Por ejemplo, puede pedir a las personas que listen los tipos de problemas que tienen, qué hacen cuando se enfrentan con los problemas, dónde piden ayuda, etc.

En la herramienta de ejemplo que se describe a continuación, usted utiliza la técnica de listado libre para preguntar a los entrevistados sobre los problemas que tienen. Entonces seleccionará el tipo de problema de interés (es decir, problemas de salud mental y psicosociales) para hacer una evaluación más exhaustiva del apoyo y el afrontamiento.

Puede realizar entrevistas individuales o grupales. No obstante, siempre que sea posible, se recomienda realizar entrevistas individuales pues las personas cuando están en grupo pueden influirse unas a otras en sus respuestas. Se recomienda entrevistar por lo menos a unas 10 ó 15 personas. Puede ser necesario entrevistar a más de 15 personas siempre que las entrevistas adicionales proporcionen información nueva y relevante.

Antes de utilizar la herramienta debe recibir capacitación en técnicas de entrevista generales que sean relevantes para las entrevistas semi-estructuradas en contextos humanitarios, por ejemplo, cómo indagar y evitar un sesgo.

No debe hacer preguntas demasiado delicadas que puedan poner en peligro a las personas (entrevistado, entrevistador u otra persona). Según el contexto, estas preguntas solo deben hacerse durante entrevistas individuales a informantes clave (por ejemplo, preguntar sobre las personas que están en riesgo de violación de los derechos humanos).

Algunas preguntas permiten indagar aún más; solo se las debe utilizar en caso necesario (es decir, cuando el entrevistado no sepa qué responder luego de que haya pasado un rato). **No** es necesario utilizar cada una de dichas preguntas; se trata de ejemplos para estimular una respuesta completa.

25 Referencia sugerida: Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Evaluación Participativa III: Percepciones de personas gravemente afectadas. En: *Guía de herramientas para la evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental en contextos humanitarios*. Ginebra: OMS, 2012.

Angustia

Pensar en hechos violentos u otros sucesos horribles puede hacer que la gente se angustie. No debería preguntar demasiados detalles sobre estos sucesos. Esta herramienta ha sido específicamente diseñada para no necesitar un gran nivel de detalle. Si el entrevistado quiere hablar de estos sucesos, debería permitirle hacerlo hasta cierto punto, pero no pregunte más detalles, pues no es el objetivo de esta evaluación. En cualquier caso, debe ser paciente y mostrar que está escuchando.

El entrevistado puede detener la entrevista en cualquier momento. Si quiere detener la entrevista, debe hacerlo. La persona no tiene que dar ninguna razón por querer detener la entrevista. Es correcto seguir con la entrevista si la persona se siente un poco molesta pero acepta continuar. Sin embargo, si la persona se está sintiendo muy molesta por algún tema, usted debe cerrar el cuadernillo de la entrevista y permanecer en silencio hasta que se tranquilice. Luego podría decir: "Parece haberse molestado. ¿Le parece bien continuar con la entrevista o prefiere parar?" Al terminar la entrevista, debe referir al entrevistado al mejor trabajador de apoyo psicosocial disponible y usted deberá informar al líder de su equipo de evaluación. Antes de la primera entrevista, usted deberá recibir una lista de las organizaciones de apoyo que podrá facilitar a los entrevistados

Consentimiento informado

Hola, mi nombre es _____ y trabajo para _____. Hemos estado trabajando en ____ (área) para _____ (tipo de trabajo) durante ____ (periodo). Actualmente, estamos hablando con personas que viven en esta zona. Nos gustaría hablar con usted sobre qué tipo de problemas ha experimentado debido a la situación humanitaria y de qué modo ha intentado enfrentarlos.

Nuestro objetivo es aprender de sus conocimientos y experiencia de modo de estar en mejores condiciones para prestar apoyo. No nos podemos comprometer a darle apoyo a cambio de esta entrevista. Estamos aquí *solo* para hacer preguntas y aprender de sus experiencias. Es libre de participar o no. Utilizaremos esta información para decidir cuál es el mejor modo de dar apoyo a las personas en situaciones similares. Si permite que lo entrevistemos, le puedo garantizar que su información permanecerá anónima, de modo que nadie podrá saber lo que ha dicho. No podemos darle nada a cambio de su participación, pero apreciamos mucho su tiempo y sus respuestas. ¿Tiene alguna duda? ¿Quiere que lo entrevistemos?

1. Sí
2. No

1. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

¿Podría listar los problemas que está experimentando actualmente debido a la situación humanitaria?

[CUANDO LA PERSONA PARE DE LISTAR PROBLEMAS, PUEDE SEGUIR INDAGANDO] ¿Qué otros problemas está experimentando actualmente debido a la situación humanitaria?

[CUANDO LA PERSONA VUELVA A PARAR DE LISTAR PROBLEMAS, PUEDE SEGUIR INDAGANDO] ¿Qué más? ¿Qué otros problemas está experimentando actualmente debido a la situación humanitaria?

1.1	
1.2	
1.3	
1.4	
1.5	
1.6	
1.7	
1.8	
1.9	
1.10	
1.11	
1.12	
1.13	
1.14	
1.15	

Siga indagando sobre problemas psicológicos y relacionales cuando el entrevistado no liste ninguna cuestión social o de salud mental.

- ¿Ha experimentado problemas en sus relaciones con otras personas? Si "sí", ¿qué tipo de problemas? [SI ES NECESARIO, SIGA INDAGANDO. Por ejemplo, ¿las demás personas lo estigmatizan o no le dan apoyo? ¿No está tan implicado en las actividades de la comunidad como le gustaría?]
- ¿Ha estado experimentando problemas con sus emociones/sentimientos? Si "sí", ¿qué tipo de problemas? [SI ES NECESARIO, SIGA INDAGANDO. Por ejemplo, ¿se siente triste, enfadado o asustado?]
- ¿Ha estado experimentando problemas con su modo de pensar? Si "sí", ¿qué tipo de problemas? [SI ES NECESARIO, SIGA INDAGANDO. Por ejemplo, ¿tiene problemas para concentrarse, piensa demasiado, se olvida de las cosas?]
- ¿Ha estado experimentando problemas con su comportamiento? Si "sí", ¿qué tipo de problemas? [SI ES NECESARIO, SIGA INDAGANDO. Por ejemplo, ¿hace cosas porque está enfadado, ha hecho cosas que otra gente piensa que son extrañas?]

2. APOYO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO

Estoy muy interesado en [INSERTAR CUALQUIER PROBLEMA PSICOSOCIAL Y DE SALUD MENTAL MENCIONADO ANTERIORMENTE].

[PARA CADA PROBLEMA DE INTERÉS, HAGA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS]

2.1 ¿Podría decirme cómo afecta [INSERTAR PROBLEMA] su vida diaria?

2.2 ¿Ha intentado encontrar apoyo en relación con este problema?

2.3 ¿Podría explicar cómo ha intentado afrontar este problema? ¿Qué hizo en primer lugar? ¿Y luego?

2.4 ¿Ha recibido ayuda de los demás para afrontar este problema?

2.5 ¿Quién lo apoyó?

2.6 ¿Qué tipo de apoyo recibió?

2.7 ¿Hasta qué punto lo ayudó a afrontar el problema?

2.8 ¿Cree que necesita apoyo adicional en relación con este problema?

Bibliografía

Publicaciones citadas

- Breslau N, Alvarado GF. The clinical significance criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 2007;37:1437-44.
- Bolton P, Betancourt TS. Mental health in postwar Afghanistan. *JAMA* 2004;292: 626-8.
- Horwitz AV. Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior* 2007;48: 211-22.
- Rodin D, van Ommeren M. Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology* 2009;38: 1045-8.
- Semrau M, van Ommeren M, Blagescu M, Griekspoor A, Howard LM, Jordans M, Lempp H, Marini A, Pedersen J, Pilotte I, Slade M, Thornicroft G. The Development and Psychometric Properties of the Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs (HESPER) Scale. *Am J Public Health* 2012; 102(10):e55-e63.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant R, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:537-49.
- WHO (2005). *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*. WHO: Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. Información general. OMS: Ginebra, 2013.

Documentos de políticas

- Comité Permanente entre Organismos (IASC). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra: IASC, 2007.
http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf?ua=1
- Clúster Global de Salud del IASC. *Guía del Clúster de Salud: Una guía práctica para la implementación del Grupo Sectorial de Salud a nivel de país*. Ginebra: OMS, 2009.
http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf?ua=1
- Grupo de Referencia del IASC para Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias. *Salud Mental y Apoyo Psicosocial en las Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud?* Ginebra, 2010. http://www.who.int/mental_health/emergencias/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf
- Proyecto Esfera. *Proyecto Esfera: Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra: Proyecto Esfera, 2011. <http://www.who.int/hac/techguidance/esfera.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. *La salud mental en las emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*. Ginebra, 2003. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91767/1/WHO_MSD_MER_03.01_spa.pdf?ua=1

Directrices éticas

World Health Organization. *WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies*. Geneva: WHO, 2007. http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf

Recopilación de datos de los sistemas de salud mental existentes

IASC Global Health Cluster: *Health Resources Availability Mapping (HeRAMS)*. Geneva: WHO, 2010.

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

United Nations High Commission for Refugees *Health Information System (H.I.S)* Geneva, 2009.

<http://www.unhcr.org/pages/4a30c06f6.html>

World Health Organization. *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: WHO, 2011.

<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>

Organización Mundial de la Salud. *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)* (disponible en inglés, francés, ruso y español). Ginebra: OMS, 2005.

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1

World Health Organization. *WHO-AIMS Country Reports*. Geneva: WHO, 2006-2012. http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html

Guías de campo que explican la metodología de evaluación

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action. *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: a Handbook for Practitioners*. Assessments (Chapter 3)

London: Overseas Development Institute, 2003. http://www.alnap.org/pool/files/gs_handbook.pdf

Ager A, Stark L, Potts A. *Participative Ranking Methodology: A Brief Guide (Version 1.1, February 2010)*.

Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, 2010.

<http://resources.cpclearingnetwork.org/>

Applied Mental Health Research Group. *Design, implementation, monitoring, and evaluation of cross-cultural mental health and psychosocial assistance programs: a user's manual for researchers and program implementers (adult version)*. Baltimore: Centre for Refugee and Disaster Response, Johns Hopkins University School of Public Health, in press.

Galvan JL. *Writing Literature Reviews: a Guide for Students of the Social and Behavioral and Sciences – Fourth Edition*. Pycszak Publishing, 2009.

Health, Nutrition and WASH cluster. *Initial Rapid Assessment (IRA)* (including guidance notes) (draft). Geneva, 2009.

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

IASC. *Evaluación Multisectorial Inicial Rápida (MIRA) (versión provisional)*. Ginebra: IASC, 2012. [file:///C:/Users/fl/Downloads/2012_02_29_mira_final_version_spanish%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/fl/Downloads/2012_02_29_mira_final_version_spanish%20(2).pdf)

IASC Needs Assessment Task Force. *Operational Guidance for Coordinated Assessments in Humanitarian Crises (provisional version February 2011)*, 2011.

http://www.who.int/hac/network/interagency/news/ocha_operational_guidance_coordinated_assessments_v7.pdf

UNHCR, WHO. *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. Geneva: UNHCR, WHO, 2008.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/unhcr_alc_rapid_assessment.pdf

OMS. *QualityRights: Instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.

Ejemplos de evaluaciones

- Bass J, Poudyal B, Bolton P. *An Assessment of the Impact of a Problem-Solving Counseling For Torture-Affected Adults in Aceh, Indonesia*, 2008. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADU526.pdf
- Bolton P. *Qualitative Assessment of Persons affected by torture and related violence in Suleimaniyah Governate, Kurdistan, Iraq*, 2008. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP471.pdf
- Bolton P, Murray L, Kippen S, Bass J. *Assessment of Urban Street Children and Children living in Government Institutions in Georgia: Development and Testing of a Locally-Adapted Psychosocial Assessment Instrument*, 2007. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK676.pdf
- HealthNet TPO. *Psychosocial and Mental Health Needs Assessment in Uruzgan, Afghanistan*. Amsterdam: HealthNet TPO, 2009. Disponible por correo electrónico: wietse.tol@yale.edu
- International Medical Corps. *IMC Libya Mental Health and Psychosocial Support Assessment Report*, 2011. Disponible por correo electrónico: weissbecker@InternationalMedicalCorps.org
- International Medical Corps. *Displaced Syrians in Za'atari Camp: Rapid Mental Health and Psychosocial Support Assessment: Analysis and Interpretations of Findings*, 2012. Disponible por correo electrónico: iweissbecker@InternationalMedicalCorps.org
- Morgan J, Behrendt A. *Silent Suffering: the Psychosocial Impact of War, HIV and other high-risk situations on girls and boys in West and Central Africa*. Working, UK: Plan, 2009. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/ViolenceAgstChildren/Silent_Suffering_200409.pdf
- Silove D, Manicavasagar V, Baker K, Mausiri M, Soares M, de Carvalho F, Soares A, Fonseca Amiral Z. Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:929-932. http://www.who.int/mental_health/emergencies/silove_indice_of_social_risk.pdf
- UNICEF. *The Psychosocial Needs Assessment of Children, Adolescents and Families Affected by the Armed Conflict in Saada Governate*. Yemen: UNICEF, 2007. Disponible por correo electrónico: Almagrami@yahoo.com
- WHO. *Five-year mental health plan for northeast Sri Lanka*, 2003. Disponible por correo electrónico: vanommerenm@who.int
- WHO/PAHO. *Culture and Mental Health in Haiti: A Literature Review*. Geneva: WHO, 2010. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf



Syria/UNHCR/B.Diab /2010



Democratic Republic of the Congo (DRC) / Mugunga 3 IDP camp outside Goma. / UNHCR / S. Schulman / November 2010

Una guía rápida para identificar herramientas en este documento

N.º de herramienta	Título	Método	Por qué utilizar esta herramienta	Página
Con fines de coordinación y sensibilización				
1	Quién está haciendo Qué, en Dónde y hasta Cuándo (Who is Where, When, doing What - 4Ws) en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS): resumen del manual con código de actividades	Entrevistas con los directores de programas de las organizaciones	Con fines de coordinación, mediante el mapeo de los apoyos psicosociales y de salud mental disponibles	30
2	Programa de Evaluación de Síntomas Graves en Contextos Humanitarios de OMS-ACNUR (WASSS, por sus siglas en inglés)	Parte de una encuesta de hogares de la comunidad (muestra representativa)	Con fines de sensibilización, mostrando la prevalencia de los problemas de salud mental en la comunidad	34
3	Escala sobre Necesidades Percibidas en Contextos Humanitarios de Emergencia (HESPER, por sus siglas en inglés)	Parte de una encuesta de hogares de la comunidad (muestra representativa) O, excepcionalmente (en casos de emergencias graves e importantes), como muestra de conveniencia	Para informar de la respuesta, a través de la recopilación de datos sobre la frecuencia de las necesidades físicas, sociales y psicológicas percibidas en la comunidad	41
Para SMAPS a través de los servicios de salud				
4	Lista de verificación para visitas a instituciones en contextos humanitarios	Visitas a centros y entrevistas al personal y los pacientes	Para la protección y el cuidado de personas con discapacidades mentales o neurológicas que están en instituciones	42
5	Lista de verificación para integrar la salud mental en la atención primaria de salud (APS) en contextos humanitarios	Visitas a centros y entrevistas a los directores de programas de atención primaria de salud	Para planificar una respuesta de salud mental en APS	47
6	Componente neuropsiquiátrico del Sistema de Información Sanitaria (SIS)	Epidemiología clínica mediante el uso del SIS	Con fines de sensibilización y para planificar y hacer el seguimiento de una respuesta de salud mental en APS	53
7	Plantilla para evaluar los recursos oficiales del sistema de salud mental en contextos humanitarios	Revisión de documentos y entrevistas a directores de servicios	Para planificar la recuperación y reconstrucción (temprana), mediante el conocimiento de los recursos formales existentes en el sistema de salud mental regional/nacional	55
Para SMAPS a través de distintos sectores, incluso a través del apoyo comunitario				
8	Lista de verificación para la obtención de información general (no específica de SMAPS) de los líderes del sector	Revisión de los documentos disponibles	Para resumir la información general (no específica de SMAPS) que ya se conoce sobre la emergencia humanitaria actual (para evitar recolectar datos sobre cuestiones ya conocidas)	59
9	Plantilla para la revisión de la información ya existente relevante para SMAPS en la región/país	Revisión bibliográfica	Para resumir la información sobre SMAPS de la región/país que ya se conoce antes de la emergencia humanitaria actual (para evitar recolectar datos sobre cuestiones ya conocidas)	60
10	Evaluación participativa: percepciones de los miembros de la comunidad en general	Entrevistas a miembros de la comunidad en general (listado libre y preguntas adicionales)	Para aprender sobre las perspectivas locales en relación con los problemas y la manera de afrontarlos, con el objetivo de desarrollar una respuesta de SMAPS apropiada	63
11	Evaluación participativa: percepciones de los miembros de la comunidad con conocimiento profundo de la misma	Entrevistas a informantes o grupos clave		70
12	Evaluación participativa: percepciones de personas gravemente afectadas	Entrevistas a personas gravemente afectadas (listado libre y preguntas adicionales)		74

Nota: SMAPS se refiere a salud mental y apoyo psicosocial.



9 789243 548531