

Comunidades Cuidadoras: Una  
intervención comunitaria  
integrada sobre la  
violencia sexual y de género  
en Uribia, Colombia

Informe de evaluación final

Marzo de 2025

**La Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes (UniAndes)** busca favorecer el análisis y el debate de temas fundamentales relacionados con políticas nacionales e internacionales, y convertirse en un punto de convergencia entre la sociedad civil, el gobierno y la opinión pública. Las actividades de investigación y consultoría en la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo tienen carácter multidisciplinario y transversal respecto de las áreas de políticas públicas, gestión pública y liderazgo público con el objeto de abordar temas públicos pertinentes al desarrollo social y económico del país y la región, así como a la calidad de vida de la población.

<https://uniandes.edu.co>

**La Comisión de Mujeres Refugiadas** (Women's Refugee Commission, WRC) trabaja para mejorar las vidas y proteger los derechos de mujeres, niños y niñas, jóvenes y otras personas que suelen ser relegadas, subestimadas y desatendidas en las respuestas humanitarias a desplazamientos y crisis. Trabajamos en alianza con las comunidades desplazadas para investigar sus necesidades, identificar soluciones y abogar por mejoras continuas y transformadoras en términos de género en las políticas y prácticas humanitarias, de desarrollo y sobre desplazamiento. Desde nuestra fundación en 1989, hemos desempeñado una función de liderazgo especializado en las necesidades de las mujeres, la infancia y la juventud refugiadas y en las políticas que podrían proteger y empoderar a estas personas.

[www.womensrefugeecommission.org](http://www.womensrefugeecommission.org).

## Agradecimientos

El equipo de investigación incluyó a las coinvestigadoras principales Dra. María Cecilia Dedios Sanguinetti y Dra. Ángela María Guarín Aristizábal; a Ariana Catalina Torres García, Isabella Yacelly Acosta y Santiago Nicolás Rojas Valencia (en la evaluación final) de la Universidad de los Andes, Colombia, como asistentes de investigación; y a las investigadoras principales Katherine Gambir y Dra. Julianne Deitch de la Comisión de Mujeres Refugiadas, Estados Unidos. El equipo de campo que intervino en la evaluación final estuvo integrado por dos encuestadores y nueve encuestadoras.

Este estudio de evaluación final es el resultado de la colaboración entre la Comisión de Mujeres Refugiadas (WRC) y la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes. Fue posible gracias a la contribución generosa del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Las opiniones, los hallazgos y las conclusiones que se incluyen en este documento pertenecen a los autores y las autoras, y no reflejan necesariamente los del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

El presente estudio forma parte de una investigación en múltiples países realizada en el marco del Proyecto Comunidades Cuidadoras de WRC, una iniciativa de innovación en el área de violencia sexual y de género (VSG) que abarca a múltiples países y tiene el propósito de ampliar el acceso a la atención médica y psicosocial oportuna y de calidad en casos de violencia sexual en entornos humanitarios.

María Cecilia Dedios Sanguinetti, Ángela María Guarín Aristizábal, Mariana Martínez Gómez, María Camila García Durán y Ariana Catalina Torres García de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes y Katherine Gambir de WRC redactaron el informe. La revisión del informe estuvo a cargo de Lily Jacobi y Julianne Deitch de WRC. Agradecemos a Diana Quick de WRC por la edición y el diseño del informe.

Deseamos agradecer a aquellas personas dentro de la comunidad, incluidas quienes integran la Junta Consultiva Comunitaria del proyecto, que brindaron su tiempo de manera voluntaria para participar en el estudio, así como a Profamilia, el socio implementador del proyecto en Colombia, las demás ONG socias y a funcionarios de unidades gubernamentales locales. Su participación y conocimientos hicieron posible esta investigación.



Este informe se financió mediante una subvención del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Las opiniones, los hallazgos y las conclusiones que se incluyen en este documento pertenecen a los autores y las autoras, y no reflejan necesariamente los del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

## Contacto

Para obtener más información, póngase en contacto con Lily Jacobi, asesora sénior del Programa de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Comisión de Mujeres Refugiadas, [LilyJ@wrcommission.org](mailto:LilyJ@wrcommission.org).

© 2025 Women's Refugee Commission, Inc. y Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes

Comisión de Mujeres Refugiadas  
15 West 37th Street, 9th Floor  
Nueva York, NY 10018  
(212) 551 3115  
[info@wrcommission.org](mailto:info@wrcommission.org)  
[womensrefugeecommission.org](http://womensrefugeecommission.org)



# Índice

- Introducción..... 1
- Metodología ..... 1
  - La intervención Comunidades Cuidadoras ..... 1
  - Diseño del estudio ..... 1
  - Entorno y población ..... 2
  - Procedimiento de muestreo..... 2
  - Instrumentos de estudio..... 3
  - Procedimiento ..... 3
  - Gestión y análisis de datos ..... 3
- Hallazgos principales ..... 5
  - Participantes de la encuesta en general..... 5
  - Entrevista y personas que participaron en las DGF ..... 5
  - Análisis comparativo de cambios en los resultados clave ..... 5
- Análisis ..... 14
  - Hallazgos estadísticamente significativos..... 14
  - Seguridad del modelo *Comunidades Cuidadoras*..... 14
  - Aceptabilidad y viabilidad del modelo *Comunidades Cuidadoras*..... 15
  - Limitaciones ..... 15
- Conclusiones y recomendaciones..... 15
- Referencias ..... 17
- Anexo de metodología ..... 18
- Siglas y abreviaturas..... 20

---

**NOTA: Las tablas se encuentran en el  
Anexo, en el enlace  
[INSERT LINK TO TABLES](#)**

# Introducción

Profamilia, en alianza con la Comisión de Mujeres Refugiadas (WRC), implementó el programa Comunidades Cuidadoras con el propósito de facilitar los comportamientos de búsqueda y recepción oportuna de atención por parte de personas sobrevivientes de violencia sexual y de género (VSG) en Uribia, La Guajira, Colombia. El proyecto incluyó un componente de monitoreo y evaluación (MyE) llevado a cabo por la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes (UniAndes), que consistió en un diseño cuasiexperimental de métodos mixtos para evaluar el efecto de la intervención Comunidades Cuidadoras. La evaluación buscó determinar la eficacia, la viabilidad y los aspectos de seguridad del modelo de Comunidades Cuidadoras en un contexto humanitario. Este informe documenta el proceso de investigación y los hallazgos de la evaluación final de la intervención Comunidades Cuidadoras en Uribia mediante la comparación de los hallazgos en la línea de base (Dedios et al., 2024) con los de línea final.

## Metodología

### *La intervención Comunidades Cuidadoras*

El *modelo del programa Comunidades Cuidadoras* es una intervención de dos componentes que capacita a trabajadoras y trabajadores comunitarios de la salud (TCS) con el fin de que realicen (a) derivaciones comunitarias para que las personas sobrevivientes de violencia sexual y de género (VSG) reciban atención en establecimientos de salud y (b) actividades de sensibilización comunitaria mediante enfoques transformadores en materia de género. En Colombia, los programas de sensibilización comunitaria de Profamilia incluían actividades grupales a mediana y gran escala, como así también visitas para transmitir información sobre la VSG, sus consecuencias, los beneficios de buscar ayuda e información sobre dónde encontrar atención y apoyo. El proyecto *Comunidades Cuidadoras* se implementó en un asentamiento informal ubicado en Uribia en un período de nueve meses (julio de 2023 a febrero de 2024), mediante actividades en hogares y a mediana y gran escala. Se puede consultar más información sobre el proyecto en el Informe de Lecciones Aprendidas.

**Junta Consultiva Comunitaria (JCC).** Se convocó a una JCC para este proyecto. La JCC se integró con líderes de la comunidad que tenían conocimiento directo sobre las normas de género y sobre los conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias sobre género y violencia de género (VG). Su papel en la evaluación fue brindar retroalimentación y sugerencias a los instrumentos de evaluación, y asegurar que todas las herramientas fueran apropiadas en términos culturales y contextuales. La JCC estuvo compuesta de 21 agentes de la comunidad de Uribia.

### *Diseño del estudio*

Utilizamos un diseño longitudinal cuasiexperimental de métodos mixtos para (a) evaluar el efecto de la intervención *Comunidades Cuidadoras* y (b) determinar la eficacia, la viabilidad y los aspectos de seguridad del modelo *Comunidades Cuidadoras* en este entorno humanitario. Se recopilaban datos en forma previa a la implementación del programa (línea base) e inmediatamente después (evaluación final). Esto incluyó encuestas y deliberaciones participativas en grupos focales (DGF) con personas que participaban en el programa en el sitio de intervención y con miembros de la comunidad en el sitio de comparación. También se recabaron datos cualitativos en el sitio de intervención mediante entrevistas a informantes clave (EIC) con personal del proyecto, TCS y líderes de la comunidad. Se reunieron datos de monitoreo a lo largo del período de implementación. La pregunta a la que respondió este diseño no fue únicamente si el sitio donde ocurrió la intervención experimentó alguna mejora o cambio, sino también si en el sitio de intervención hubo mejoras o cambios mayores que en el sitio de comparación. La recopilación de datos de línea base permitió identificar diferencias sistemáticas entre los sitios de intervención y de comparación. Esta información ayudó a configurar el análisis para estimar el efecto de la intervención, y tuvo en cuenta las diferencias sistemáticas de línea base entre los sitios.

## Entorno y población

Ambos sitios eran asentamientos informales ubicados en la periferia de la ciudad de Uribia del departamento colombiano de La Guajira. Los nombres reales de las comunidades tienen carácter confidencial, para proteger la privacidad y la seguridad de quienes participaron en el estudio. Uribia presenta la tasa de incidencia más alta de pobreza multidimensional a nivel municipal en La Guajira: el 92,2 por ciento de su población vive en condiciones de pobreza multidimensional (DANE, 2020). Estos sitios se seleccionaron de manera deliberada sobre la base de sus similitudes en cuanto a la composición sociodemográfica de la población (que incluye a comunidades indígenas wayuu y personas refugiadas y migrantes venezolanas), la escasa disponibilidad de establecimientos de salud y ausencia de atención médica y psicosocial a nivel comunitario para las personas sobrevivientes de violencia sexual (VS).

## Procedimiento de muestreo

**Muestra cuantitativa.** La selección de quienes participaron respondió a una estrategia diferente en cada sitio. En el sitio de intervención, se realizaron nueve asambleas comunitarias para recabar información demográfica básica y de contacto de las personas que tenían intención de participar en la intervención. La lista de participantes potenciales incluyó a 554 personas. La lista anonimizada de integrantes de la comunidad que expresaron interés en participar en las actividades de intervención e investigación incluyó la indicación del sexo, el estado civil y la edad de cada persona y se transmitió al equipo de recopilación de datos, administrado por el Centro Nacional de Consultoría (CNC). A partir de la lista, el CNC seleccionó en forma aleatoria a participantes de la investigación, respetando los cupos por subgrupos establecidos por el equipo de investigación. Esto dio como resultado la muestra de estudio en el sitio de intervención (n=337). La muestra del sitio de comparación se obtuvo usando el Marco Geoestadístico Nacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (n=352).

Para seleccionar a participantes en los dos sitios, se implementaron los cupos que se muestran a continuación:

- a. un mínimo de 50 por ciento de personas refugiadas y migrantes venezolanas
- b. al menos un 26 por ciento de participantes entre 13 y 19 años, 61 por ciento de participantes entre 20 y 49 años y 13 por ciento de participantes de al menos 50 años
- c. al menos 32 por ciento de hombres y 58 por ciento de mujeres.

Los criterios de inclusión para las personas participantes fueron que tuvieran 13 años o más, vivieran en los sitios y brindaran su consentimiento o asentimiento informado para participar. Los criterios de exclusión fueron tener menos de 13 años, no vivir en los sitios seleccionados y no proporcionar el consentimiento o asentimiento informado para participar.

En la evaluación final, se buscó encuestar a personas que habían participado tanto en la evaluación de línea base como, en el caso de quienes estaban en el sitio de intervención, en actividades del programa. Tomando en cuenta que existe un nivel significativo de migración entrante y saliente en la frontera con Venezuela, una vez que se agotaron las personas que participaron en la evaluación de línea base en el sitio de intervención, se contactó también a personas que habían sido parte de la intervención y tenían las mismas características demográficas requeridas para alcanzar los cupos. La muestra de la evaluación final se integró con 319 participantes en el sitio de intervención. En el sitio de comparación, una vez que se agotaron las personas que participaron en la evaluación de línea base, la CNC realizó visitas a hogares de la comunidad para encuestar a personas que tuvieran las mismas características demográficas para cubrir los cupos, y esto permitió alcanzar una muestra final de 311 participantes.

**Muestra cualitativa.** La muestra cualitativa se seleccionó mediante una estrategia de muestreo intencional. El muestreo intencional homogéneo se utilizó para identificar a informantes clave (IC) del personal del programa Profamilia, TCS participantes y miembros de la JCC, dado su papel decisivo en el desarrollo de la intervención o el papel que tenían en la comunidad. Se realizaron EIC en la línea base y final. Se llevaron a cabo DGF

de carácter participativo con integrantes de la comunidad. Las personas que participaron en las DGF se seleccionaron mediante el uso de una estrategia intencional de muestreo de variación máxima que incluyó edad, género y grupo étnico. Se puede consultar más información sobre la muestra cualitativa en las Tablas 1 a 3 que se encuentran anexas.

## ***Instrumentos de estudio***

La WRC y UniAndes desarrollaron los instrumentos de recopilación de datos de manera conjunta, con la validación de la JCC. Los datos cuantitativos se recabaron mediante una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). La encuesta se diseñó para comprender los CAP de las personas de la comunidad en lo relativo a la VSG, incluidos los comportamientos de búsqueda de atención de la salud, la disponibilidad de servicios y la utilización de tales servicios. La encuesta de CAP también incluyó una sección demográfica.

Se desarrollaron dos guías para entrevistas y una guía sobre DGF para la evaluación, según se describe a continuación:

1. Guía de EIC (personal del programa, lo que incluye a TCS) La guía para entrevistas semiestructuradas se diseñó en función del objetivo de comprender la experiencia del personal del proyecto y de TCS al llevar a cabo la intervención, así como la comprensión del personal con respecto a las actitudes sobre la VSG. Estas entrevistas se implementaron en la comunidad de intervención únicamente con TCS, personas que supervisaban a TCS del proyecto y personal del programa.
2. Guía de EIC (líderes de la comunidad): La guía para entrevistas semiestructuradas tuvo como objetivo explorar los conocimientos y las actitudes de líderes de la comunidad con respecto a la VSG, su grado de conocimiento sobre los servicios y programas de VSG y la capacidad de TCS para prevenir y responder a esa violencia. Estas entrevistas se implementaron en los sitios de intervención y de comparación.
3. Guía de DGF (integrantes de la comunidad). La guía de DGF semiestructuradas comprendió actividades participativas en grupo y se diseñó con el propósito de explorar la comprensión que tienen las comunidades en relación con la VSG; el conocimiento y las actitudes sobre los servicios de derivación relacionados con la VSG, y la percepción de las personas que participaban en *Comunidades Cuidadoras* con respecto a los cambios promovidos por el programa, también conocidos como *Historias de Cambio*.

## ***Procedimiento***

Tanto los datos cuantitativos como los cualitativos se recabaron en la línea base en el sitio de intervención y el sitio de comparación durante el período comprendido entre agosto y septiembre de 2022, y en la evaluación final entre marzo y abril de 2024. El CNC lideró y supervisó la recopilación de datos en ambos sitios. Tras la aprobación de la JRI, UniAndes y WRC capacitaron al equipo de CNC en los objetivos del estudio, los aspectos éticos de la investigación y los instrumentos de recopilación de datos. Los equipos sobre el terreno incluyeron intérpretes para asistir en la recopilación de datos en español y wayuunaiki, el idioma de las comunidades wayuu. Encuestadores hombres entrevistaron a niños y hombres, mientras que encuestadoras mujeres entrevistaron a niñas y mujeres.

Las personas que participaron recibieron incentivos para compensar el tiempo y los costos de participar en las actividades de investigación. Las personas encuestadas recibieron 15 000 pesos colombianos (COP) (USD 3,5), mientras que las personas que participaron en las DGF recibieron COP 30 000 (USD 7), debido a que esta actividad insumía más tiempo. El personal del programa Profamilia, integrantes de la JCC y TCS no recibieron ningún incentivo para participar en el estudio.

## ***Gestión y análisis de datos***

### **Datos cuantitativos**

Los datos cuantitativos se recopilaron en teléfonos inteligentes utilizando cuestionarios electrónicos programados con el software Open Data Kit (ODK). Se implementó el cifrado de extremo a extremo para

proteger los datos de las personas encuestadas. Los conjuntos de datos finalizados se almacenaron en un software seguro, basado en la nube y protegido por contraseña, disponible exclusivamente para el equipo de investigación. Se realizaron estadísticas descriptivas y pruebas de diferencias en la línea base para comprender si existían diferencias estadísticamente significativas entre el sitio de intervención y el de comparación.<sup>1</sup> En la línea final, se evaluaron las diferencias en los resultados clave del proyecto entre el sitio de intervención y el de comparación, tanto en la línea base como en la línea final, se calculó la diferencia entre ambos sitios y se analizó la intensidad de los cambios en los resultados clave en el tiempo. Todos los análisis se realizaron en Stata 17.

Además del análisis descriptivo, se realizó un análisis robusto de la asociación directa entre los resultados y las dos variables principales de interés: el tiempo (línea base frente a línea final) y la comunidad (intervención frente a comparación). Los análisis se realizaron aplicando la regresión lineal múltiple con variables de control, y analizamos los cambios entre las comunidades y en el tiempo. Las estadísticas descriptivas mostraron la diferencia en los resultados entre los sitios y dentro de estos, pero no explicaron la influencia potencial del programa. Por lo tanto, la regresión lineal múltiple evaluó la influencia potencial del programa sobre los resultados clave, pues permitió controlar las diferencias en la línea base y evaluar la condición de ambos sitios después de la intervención. Se incluyeron dos variables principales ("Sitio de intervención" y "línea final"), así como el término de interacción "Sitio de intervención x línea final". También se utilizaron variables de características demográficas y socioeconómicas. Además, se realizaron análisis de subgrupos por sexo, edad, estado civil y estado migratorio con el propósito de comprender mejor los resultados diferenciales dentro de estas categorías (ver la Tabla 3 a la Tabla 10). Se puede consultar más información sobre las variables y los subgrupos incluidos en este análisis en el anexo de metodología (MA1).

Los resultados clave se interpretaron a partir de los coeficientes de tres variables: i) "Sitio de intervención x línea final" fue la variable principal que se consideró, dado que capturaba el efecto combinado de estar en el sitio de intervención en la línea final y evaluaba los cambios en las diferencias preexistentes entre las comunidades. El término de interacción indica el cambio relativo en la comunidad de intervención a diferencia de la comunidad de comparación. ii) El "sitio de intervención" representa las diferencias en la línea base entre el sitio de intervención y el de comparación. iii) La "línea final" indica los cambios experimentados entre la línea base y la línea final en el sitio de comparación. El coeficiente del término de interacción indica un aumento o una reducción en el número de personas participantes que respondieron de manera positiva a los resultados (p. ej., sentirse seguras) a lo largo del tiempo, tomando en cuenta características clave. Se observa un cambio estadísticamente significativo cuando el valor  $p$  es  $\leq 0,1$ .

### **Datos cualitativos**

Los datos cualitativos de las EIC y las DGF se grabaron en audio; a continuación se realizó una transcripción literal y se tradujeron del wayuunaiki al español, cuando fue necesario. El equipo de investigación desarrolló, puso a prueba e implementó un libro de códigos usando un proceso iterativo. Toda discrepancia entre los códigos se resolvió mediante consenso a partir de deliberaciones y adaptaciones al libro de códigos. Cada transcripción se cargó a NVivo 14 Plus para el análisis temático. Se usó el análisis de redes temáticas para generar temas pertinentes asociados con la comprensión de la comunidad en relación con la VSG y la igualdad de género (Braun y Clarke, 2021). Se exploraron temas clave con mayor profundidad en los distintos sitios de estudio, así como la afiliación de informantes clave o subgrupos comunitarios para explorar vínculos y discordancias en los datos. Se evaluaron las diferencias en la línea base y la línea final mediante la comparación del surgimiento de nuevos temas, códigos y categorías de los conceptos del análisis central de "género", "VG" y "comportamiento de búsqueda de ayuda".

1 Estas diferencias significativas se indican en el texto entre paréntesis (Tabla 2) mostrando la significación estadística de las pruebas de diferencias, de la siguiente manera: \*\*\* $p < 0,01$ , \*\* $p < 0,05$ , \* $p < 0,10$ . Usamos 0,05 como el umbral utilizado más comúnmente para la significación estadística, pero también incluimos un umbral más estricto (0,01) y un umbral más laxo (0,10).

## ***Limitaciones del análisis***

Los resultados deben interpretarse con cautela debido a diversas limitaciones que se describen detalladamente en la Sección XX. Específicamente, otra organización implementó una intervención similar en el sitio de comparación, lo que limitó la validez de nuestros hallazgos.

## ***Ética***

Antes de realizar el estudio, se obtuvo la aprobación ética del Comité de Ética de la Universidad de los Andes (certificado núm. 1506). El equipo de investigación obtuvo el asentimiento y el consentimiento informados antes de realizar todas las actividades de recopilación de datos. Los nombres y demás información de identificación utilizados en el reclutamiento se registraron en un documento separado de los datos del estudio, y este documento se trituró inmediatamente después de la recopilación de datos. El equipo del estudio proporcionó una hoja informativa a cada persona encuestada con la información de contacto del equipo de investigación y con instrucciones sobre los canales de denuncia anónima, conforme a lo establecido en las políticas de salvaguarda. Las actividades se grabaron en audio con el consentimiento de las personas encuestadas. Los nombres mencionados durante las actividades de investigación se eliminaron en la etapa de transcripción. Se desarrolló e implementó un protocolo de primeros auxilios psicológicos durante la recopilación de datos. A su vez, se puso a disposición una vía de derivación para las personas participantes que informaron casos de VSG y para quienes precisaban derivación a servicios de salud mental de emergencia.

# **Hallazgos principales**

## ***Participantes de la encuesta en general***

La Tabla 1 presenta las características demográficas de las personas que participaron en la encuesta CAP en cada sitio en la línea base. En general, se encontraron diferencias significativas entre el sitio de intervención y el sitio de comparación en varias categorías demográficas y socioeconómicas. Estas incluyeron el idioma que se hablaba, estado civil, discapacidades informadas, actividades principales en la última semana, seguridad alimentaria, nivel más alto de educación y tasas de alfabetización. Además, se identificaron diferencias en el tiempo de presencia en Colombia, la nacionalidad y los tipos de documentos de identidad portados (tarjeta de identidad, permiso de protección temporal y tarjeta migratoria). Estas diferencias en la línea base subrayan las características distintivas de cada comunidad, para la mayoría de las cuales se establecieron controles en el modelo y son esenciales para interpretar los resultados de la intervención.

## ***Entrevista y personas que participaron en las DGF***

Se realizaron 30 DGF en la línea base (N=216) y 30 DGF en la línea final (N=207). El desglose completo por subgrupo y sitio se presenta en la Tabla A1 que se encuentra en el Apéndice.

Se realizaron 31 EIC en la línea base (N=22 en el sitio de intervención y N=9 en el sitio de comparación). En la línea final, se realizaron 22 EIC (N=15 en el sitio de intervención y N=7 en el sitio de comparación). Estas EIC incluyeron a líderes comunitarios y TCS. Las Tablas A2 y A3 del Apéndice presentan el número de entrevistas por tipo de persona entrevistada y sitio (en la línea base y la línea final), así como la clasificación de liderazgo de quienes participaron.

## ***Análisis comparativo de cambios en los resultados clave***

La Tabla 2 muestra el porcentaje de participantes que respondieron de manera afirmativa a la pregunta relacionada con los resultados (más adelante se explica la descripción de cada resultado y puntuación). Se muestra este porcentaje según el momento en que se realizó la encuesta (en la línea base o en la línea final), así como el sitio (sitio de intervención o sitio de comparación), y se obtiene una visualización descriptiva preliminar de las diferencias entre las comunidades y a lo largo del tiempo. Las últimas dos columnas presentan los coeficientes de las regresiones multivariadas y establecen si existe una relación robusta entre los

resultados y la variable "Sitio de intervención x línea final". Se muestran resultados de dos regresiones: una que excluye y otra que incluye las variables de control que explican las diferencias en ambos sitios en la línea base. La Tabla 11 muestra las variables de resultados que se emplearon para el análisis; las escalas que se utilizaron se presentan en el anexo de metodología (MA2).

Además, las Tablas 3 a 10 presentan el análisis por subgrupo, que respeta una estructura similar a la de la Tabla 2, pero incluye solamente los resultados de la regresión con variables de control y presenta el término de interacción "Sitio de intervención x línea final". El análisis por subgrupo estratifica los datos por sexo (hombres frente a mujeres), edad (jóvenes de 13 a 19 años frente a personas adultas de al menos 20 años), estado civil (convivencia o personas casadas frente a solteras) y estado migratorio (personas migrantes venezolanas frente a personas participantes no venezolanas) para comprender mejor los resultados diferenciales dentro de dichas categorías. El término de interacción refleja si la intervención tuvo una influencia estadísticamente significativa dentro de cada subgrupo, como por ejemplo, "Sitio de intervención x línea final" para hombres o mujeres. En el caso de los hombres, el análisis compara a hombres del sitio de intervención con hombres del sitio de comparación y evalúa el impacto específico que tuvo la intervención en los hombres, al comparar a quienes recibieron la intervención con quienes no la recibieron.

### **Sensación de seguridad y bienestar de integrantes de la comunidad (Encuesta CAP).**

Una proporción mayor de personas que participaron en la encuesta informaron sentirse más seguras que inseguras en los dos sitios en la línea base y la línea final. Sin embargo, más participantes informaron sentir mayor seguridad antes de la intervención que después de esta en los dos sitios, aunque tales diferencias no fueron estadísticamente significativas en el sitio de intervención (Tabla 2). A su vez, durante las DGF, varios participantes del sitio de intervención expresaron decepción debido a que la VSG sigue siendo prevalente en su comunidad, a pesar del programa *Comunidades Cuidadoras*.

"[Me hubiera gustado que después del programa] las calles fueran más seguras, pero todo sigue igual. Hubiera querido que las personas cambiaran en su respeto hacia otros en relación con su género, si son personas lesbianas o de cualquier otro tipo, y que las personas modificaran su forma de pensar. Pero una mujer no se siente segura estando sola porque los hombres la acosan". (DGF con mujer joven wayuu)

Los resultados de la regresión indican que las personas que participaron en el sitio de comparación informaron sentirse mucho menos seguras en el tiempo al tomar en cuenta controles para las características clave en la línea base (Tabla A6 del Apéndice). Por el contrario, la intervención llevó a un aumento relativo en la sensación de seguridad en comparación con el sitio de control. Mientras que la tendencia general mostró una reducción en la seguridad a lo largo del tiempo, la intervención mitigó esta reducción en el sitio de intervención. Esto generó una sensación relativamente mayor de seguridad en el sitio de intervención, en comparación con el sitio de control.

Finalmente, las mujeres del sitio de intervención experimentaron un aumento significativo en su sensación de seguridad (Tabla 3), mientras que esta sensación se redujo a un grado menor en el sitio de intervención frente al sitio de comparación (a un nivel de significancia del 10 por ciento) para quienes tenían 20 años o más y para aquellas que estaban casadas o vivían en pareja (Tablas 6-7).

### **Conocimientos y actitudes de integrantes de la comunidad hacia la VG.**

#### *Conciencia sobre la VG (Encuesta CAP)*

La concienciación con respecto a la VG aumentó significativamente de la línea base a la línea final en los dos sitios, y casi el doble de participantes informaron haber escuchado el término VG en cada ubicación (Tabla 2). Al tomar en cuenta diferencias clave en la línea base, el sitio de comparación experimentó un aumento significativo en la conciencia con respecto a la VG a lo largo del tiempo (indicador de línea final, Tabla A6 del Apéndice). Sin embargo, la intervención no se asoció con un cambio significativo en la conciencia sobre la VG frente al sitio de comparación. El análisis de los subgrupos solamente mostró diferencias estadísticamente significativas después de que se consideraron las diferencias clave en las personas refugiadas y migrantes venezolanas; el aumento en la proporción de personas que conocían el término VG fue menor en el grupo de intervención que en el grupo de comparación (Tabla 9).

## **Conocimiento y actitudes hacia la VS de integrantes de la comunidad**

### *Conocimiento de la VS (DGF y Encuesta CAP)*

En la línea base, personas que participaron en varios DGF tanto en el sitio de intervención como en el de comparación manifestaron no saber qué significaba la VS. En la línea final, todas las personas que participaron estaban familiarizadas con la definición de VS e indicaron que el concepto se volvió más conocido en los dos emplazamientos. Se observaron dos cambios clave en la manera en que se definió la VS entre los sitios en la línea final. En primer lugar, en la línea base, las mujeres adultas wayuu y los hombres jóvenes wayuu de los dos sitios creían que la VS era el resultado del deseo sexual. En la línea final, esta creencia persistió en los mismos subgrupos del sitio de comparación. En cambio, solo una persona en el sitio de intervención insinuó tener esta creencia en la línea final. En segundo lugar, las personas que participaron en dos DGF en el sitio de intervención describieron a la VS como un fenómeno arraigado en el control y el poder. Aunque esta comprensión también se identificó en la línea base, las personas participantes que definieron la VS de esta manera en la línea final lo atribuyeron a la influencia del patriarcado y la cultura patriarcal (“*machismo*”). Este fue un tema nuevo que se observó en el conjunto de datos de la línea final y sugiere que ha habido un cambio en la manera en que las personas participantes en el sitio de intervención comprenden y explican la VS.

P1: “Para mí, la [violencia sexual] es una de esas situaciones en las que, por ejemplo, cuando no queremos tener sexo y el hombre dice, sí, quítate la ropa interior porque ya voy. Quitate la ropa interior porque ya voy. Entonces, te quedas... Incluso si dices no, no, te sientes... Es como tener que ir a clases cuando estás cansada, para dar un ejemplo. Pero a veces son tan *machistas* que no lo entienden”. (DGF con mujeres adultas wayuu)

En relación con el conocimiento de las consecuencias de la VS, más del 90 por ciento de participantes en los dos sitios informaron al menos una consecuencia de la VS antes y después de la intervención y se observaron aumentos estadísticamente significativos en los dos sitios con posterioridad a la intervención. Después de considerar las diferencias clave en la línea base (Tabla 2), el término de interacción indica que no hay una diferencia significativa en el cambio experimentado al informar sobre el conocimiento de las consecuencias de la VS entre el sitio de intervención y el sitio de comparación a lo largo del tiempo. Si bien el término de interacción es positivo, no puede afirmarse de manera concluyente que el conocimiento sobre las consecuencias de la VS en el sitio de intervención haya aumentado más o menos que en el sitio de comparación.

En el análisis de regresión por subgrupos, el aumento en la proporción de personas que conocían sobre las consecuencias de la VS fue significativamente mayor en el sitio de intervención que en el de comparación para el grupo de participantes en las edades de 13 a 19 años (Tabla 5).

### *Beneficios de buscar ayuda*

Más de la mitad de participantes en cada sitio informaron conocer al menos un beneficio de buscar ayuda para las personas sobrevivientes de VS; en la línea base, más participantes informaron tener este conocimiento en el sitio de intervención respecto de quienes participaron en el sitio de comparación, y más participantes tuvieron este conocimiento en la línea base en el sitio de intervención. Después de la intervención, hubo aumentos significativos en este conocimiento, por lo que el número de participantes que conocían los beneficios alcanzó casi el 100 por ciento en cada sitio (Tabla 2). El término de interacción en los resultados de la regresión indica que, después de considerar las características clave de la línea base, se produjo un aumento significativamente menor en la proporción de participantes del sitio de intervención que conocían al menos un beneficio de buscar ayuda frente al sitio de comparación (Tabla 2).

Todos los subgrupos de participantes que mantuvieron cambios estadísticamente significativos siguieron el mismo patrón descrito anteriormente. Los grupos con cambios estadísticamente significativos incluyeron mujeres mayores de 19 años, tanto casadas como solteras, y personas participantes no venezolanas (Tabla 3, Tablas 6 a 8 y Tabla 10).

## **Conocimiento por parte de integrantes de la comunidad sobre los servicios de VSG y acceso a estos con posterioridad a Comunidades Cuidadoras.**

### *Conocimiento por parte de integrantes de la comunidad sobre los servicios disponibles de VG (encuesta CAP y DGF)*

Antes de la intervención, alrededor del 40 por ciento de participantes en el sitio de intervención y aproximadamente el 30 por ciento en el sitio de comparación informaron conocer los servicios disponibles que pueden brindar apoyo a quienes han experimentado VG. En los dos sitios, hubo un aumento estadísticamente significativo en la proporción de participantes que informaron tener este conocimiento en la línea final (Tabla 2). Los resultados de la regresión también indican que hubo aumentos significativos en este resultado a lo largo del tiempo en el sitio de intervención al tomar en cuenta las diferencias principales entre los sitios en la línea base (Tabla A6 del Apéndice). Sin embargo, no hubo una diferencia significativa en los cambios en este resultado entre el sitio de intervención y el de comparación a lo largo del tiempo (Tabla 2). Esto implica que la intervención no tuvo como resultado un cambio significativamente diferente frente al sitio de comparación.

Durante las DGF realizadas en la línea base, las personas participantes en el sitio de intervención mencionaron intentar obtener ayuda o información relacionados con la VG principalmente con familiares o recurriendo a líderes comunitarios. En la línea final, las personas participantes siguieron mencionando a los líderes comunitarios, pero buscar ayuda en casa no se mencionó con tanta frecuencia. En la línea base y final, algunas personas que participaron en las DGF en el sitio de intervención afirmaron que no había lugares en la comunidad que estuvieran diseñados específicamente para brindar información o ayuda relacionada con la VG. Sin embargo, en la línea final, algunas personas que participaron identificaron a las y los TCS como personas que podrían brindar información o ayuda después de experimentar VG en el sitio de intervención. En el sitio de comparación, quienes participaron también mencionaron la falta de servicios relacionados con la VG en la comunidad, tanto en la línea base como en la final. En esa instancia, en la línea base, quienes participaron identificaron con más frecuencia a las ONG como fuentes de información o servicios relacionados con la VG, mientras que en la línea final, más participantes identificaron a los líderes comunitarios.

### *Acceso a servicios relacionados con la VG*

Antes de la intervención, menos del 20 por ciento de participantes informaron haber tenido acceso alguna vez a los servicios relacionados con la VG en cada sitio y más participantes en el sitio de intervención tuvieron acceso a los servicios frente al sitio de comparación (Tabla 2). Después de la intervención, se hallaron aumentos significativos en el porcentaje de participantes que tuvieron acceso alguna vez a los servicios relacionados con la VG en los dos sitios (Tabla 2). El análisis de regresión con controles para las diferencias clave en la línea base indica que no hay una diferencia significativa en el cambio en el acceso a los servicios relacionados con la VG entre el sitio de intervención y el de comparación (Tabla A6 del Apéndice). Debido al pequeño número de personas encuestadas que habían tenido acceso a los servicios relacionados con la VG, no se encontraron diferencias significativas después de la intervención entre el sitio de intervención y el de comparación entre ninguno de los subgrupos (Tablas 3-10).

### *Conocimiento de los integrantes de la comunidad sobre los servicios disponibles relacionados con la VS (encuesta CAP y DGF)*

Con respecto al conocimiento de los servicios disponibles relacionados con la VS, el 42 por ciento de participantes en el sitio de intervención y el 27 por ciento de participantes en el sitio de comparación conocían los servicios disponibles en la línea base. En la línea final, se hallaron aumentos significativos en la proporción de participantes que informaron tener este conocimiento tanto en el sitio de intervención como en el de comparación (55 y 41 por ciento, respectivamente) (Tabla 2). El término de interacción en el análisis de regresión muestra un coeficiente positivo, aunque no reviste significancia estadística, lo que sugiere que no hay diferencia significativa en el cambio al informar sobre este resultado entre el sitio de intervención y el de comparación a lo largo del tiempo, tomando en cuenta las diferencias clave en la línea base (Tabla 2 y Tabla A6 del Apéndice). Estos hallazgos se mantienen en todos los análisis de regresión por subgrupos (Tablas 3 a 10).

El análisis de las DGF en el sitio de intervención sugiere un aumento en el conocimiento por parte de miembros de la comunidad sobre los servicios disponibles relacionados con la VS. En la línea base, la mayoría de participantes en el sitio de intervención afirmaron que no tenían ningún conocimiento de los servicios disponibles en su comunidad y que buscaban ayuda principalmente en el contexto del hogar, con sus familias. En la línea final, la mayoría de participantes mencionaron que, si necesitaran estos servicios, buscarían a TCS o se comunicarían con líderes comunitarios para recibir ayuda. Las personas que participaron en varias DGF en el sitio de intervención también identificaron lugares en los que se puede obtener apoyo para personas sobrevivientes de la VS que no se mencionaron en la línea base. Estos hallazgos sugieren que las personas participantes no solo identifican dónde buscar ayuda, sino que también estaban dispuestas a hablar más abiertamente sobre la VS y fuera del grupo familiar. Sin embargo, la mayoría de participantes destacaron que los servicios eran inaccesibles, puesto que se encuentran en Uribia, donde está el hospital más cercano, a una distancia de media hora a pie del sitio de intervención. Se describió que el viaje a la ciudad era difícil, costoso y llevaba tiempo. El viaje se vuelve imposible cuando el camino se bloquea debido a la lluvia torrencial que es habitual en el área.

Las DGF en la línea base en el sitio de comparación mostraron que las personas que participaron mencionaban haber recibido servicios relacionados con la VS a través de ONG, y haber buscado ayuda por parte de líderes. Las deliberaciones también se centraron en que las personas participantes no sabían dónde acceder a servicios relacionados con la VS. En la línea final, más participantes en el sitio de comparación parecían buscar ayuda a través de líderes y era menos probable que hablaran sobre la ausencia de servicios relacionados con la VS en la comunidad.

Al describir el impacto percibido de la intervención, las personas que participaron en todas las DGF destacaron que el cambio más significativo motivado por la intervención fue que recibieron información acerca de la VS, en particular sobre dónde buscar ayuda como sobrevivientes. Algunas personas participantes subrayaron que, antes de la intervención, ellas mismas u otras personas de su comunidad no sabían dónde buscar ayuda después de un abuso. También mencionaron que compartieron este aprendizaje con familiares que no habían podido asistir a las actividades. En el caso de las mujeres que no pertenecían a la comunidad wayuu, su participación en *Comunidades Cuidadoras* les ayudó a superar preconceptos errados que tenían sobre la disponibilidad de servicios relacionados con la VS para sobrevivientes, al enterarse de que el hospital puede brindar estos servicios a personas extranjeras, incluidas las de nacionalidad venezolana.

Un cambio clave que describieron las personas participantes fue la percepción de que las personas sobrevivientes de VS tenían más probabilidades de valorar el apoyo institucional y de pares, debido a que se habían enterado sobre los programas y servicios que había para sobrevivientes. Las mujeres jóvenes que no son parte de la comunidad wayuu consideran que conocer sobre los servicios de derivación y sus beneficios resulta de gran utilidad para las personas sobrevivientes, puesto que, de esa forma, no están obligadas divulgar que experimentaron abuso a personas en quienes no confían y, en cambio, pueden acudir directamente a los servicios que necesitan. Esto representa un cambio claro en la línea base, donde se observó que existía mucha desconfianza en las instituciones del sitio de intervención y un fuerte estigma social cuando una persona era "víctima" de VS.

### *Actitudes hacia la VG y el acceso a servicios*

La única subescala con un alfa de Cronbach aceptable fue la de actitudes hacia el acceso a servicios y, por lo tanto, las otras subescalas se han excluido de este informe. En la línea base, los dos sitios obtuvieron una puntuación similar (1,86 para el sitio de intervención y 1,88 para el sitio de comparación) en un intervalo de uno a dos, en el que una puntuación más alta significa actitudes más positivas hacia el acceso a servicios por parte de sobrevivientes de VG. Tras la intervención, se registró un leve aumento en la puntuación para los dos sitios, pero se observaron diferencias estadísticamente significativas solamente para el sitio de intervención (Tabla 2). Los resultados de la regresión sugieren que el aumento en el apoyo para las personas sobrevivientes que acceden a los servicios fue significativamente mayor en el sitio de intervención frente al sitio de comparación a lo largo del tiempo (Tabla 2 y Tabla A6 del Apéndice). El aumento positivo se concentró entre los grupos de mujeres participantes, las personas de al menos 20 años de edad, las personas que vivían en pareja o casadas y entre participantes de nacionalidad no venezolana (Tabla 3, Tabla 6, Tabla 7 y Tabla 10).

## **Seguridad del modelo Comunidades Cuidadoras**

### *Riesgos adicionales para TCS o personas sobrevivientes*

Entre TCS, muchas de esas personas informaron sobre riesgos vinculados con las visitas a hogares y las actividades de mediana escala. En primer lugar, un entorno hostil marcado por el *machismo* impide que las personas hablen abiertamente sobre la VSG. Las y los TCS experimentaron burlas y cuestionamientos por parte de hombres en relación con las actividades de la intervención. Hubo TCS que sentían temor constante a los agresores y algunos hombres de la comunidad les acusaban de “destructores de familias”. En una ocasión, una TCS recibió amenazas directas de un agresor después de una visita domiciliaria a él y su esposa:

“Tuve que hablar menos de, es decir, no entrar en detalles sobre la violencia con él, que es un agresor, porque siempre lo veo abusar gravemente de alguna mujer, su esposa y su hija; a veces les pega, hasta el punto hacerlas sangrar. ... Un día, fuimos a hacer una visita domiciliaria a la casa de la mujer, pero él no estaba allí y en un momento apareció... Había aconsejado a la mujer y, en ese momento, me sentí amenazada, porque le dijo [a su mujer] ‘No quiero que vuelva a venir, porque está contaminando tu mente, así que si la veo de nuevo, yo la jodo’. Así que me sentí amenazada esa vez”. – Trabajadora comunitaria de la salud

En segundo lugar, tanto TCS como líderes comunitarios informaron que las actividades a mediana y gran escala habían generado tensión entre TCS y participantes, ya que miembros de la comunidad denunciaron que era posible que hubiera “favoritismo”, ya que no se podía invitar a todas las personas de la comunidad a las actividades:

“Bueno, hace un tiempo, un hombre que no conozco se comportó de manera grosera conmigo, el día del evento de los hilos, porque ya había participado en la actividad de compras y le expliqué que necesitábamos darle la oportunidad a otra persona, a lo que replicó que veía a otras personas allí, y por qué no podía él estar allí... Espero que no pasé a mayores, porque los hombres como él son un poco problemáticos”. – Trabajadora comunitaria de la salud

### *Capacidad de TCS para implementar programas de prevención y respuesta (p. ej., actividades de concienciación comunitaria, visitas a hogares, identificación) (EIC y DGF)*

Al final de la intervención, hubo TCS que informaron sentirse más seguridad al implementar acciones de prevención y respuesta relacionadas con la VS en su comunidad. Entre el conjunto de TCS que sintieron el mayor grado de confianza, se mencionó que *Comunidades Cuidadoras* les brindó información valiosa sobre las vías de atención relacionadas con la VSG. Informaron que este conocimiento les permitió hablar con las personas sobrevivientes y brindarles más apoyo. En el grupo de TCS que sintieron menos confianza, se indicó que necesitaban aprender más herramientas que les permitieran responder a la violencia en la comunidad. Por ejemplo, manifestaron que deseaban aprender más sobre cómo brindar apoyo emocional, ya que hablar de la VS puede causar angustia a algunas personas.

Muchas TCS eran ellas mismas sobrevivientes de abuso doméstico. Describieron cómo el proceso de capacitación de *Comunidades Cuidadoras* les ayudó a adquirir destrezas positivas y responder a la violencia en sus comunidades:

“Bueno, sí, me ayudó a mejorar, y le explicaré cómo. Mencioné antes que fui víctima de violencia y eso me afectó al principio de las capacitaciones que nos dieron, entonces a partir de allí me enviaron al psicólogo. ... Antes pensaba de manera... como con ira, y la capacitación con el psicólogo me ayudó a comprender que no podemos actuar con ira. Yo a menudo decía: ‘Si alguna vez veo a un hombre maltratando a alguien, le caigo, le pego’. ... Ahora tengo una forma diferente de actuar, es por eso que digo que me ayudó mucho”. – Trabajadora comunitaria de la salud

Varios TCS identificaron la renuencia de las personas sobrevivientes a buscar servicios como una de las limitaciones principales para sus actividades de prevención y respuesta, y afirmaron que no pueden cruzar la línea sutil que separa brindar información sobre la VG de intentar convencer a alguien que parece estar experimentando violencia para que diga lo que le ocurre:

“Nos recibían bien, pero en algunos casos y en algunos hogares sentía que había violencia y, a medida que dábamos la información, a una de las personas, a una de las vecinas, se le llenaron los ojos de lágrimas, como si quisiera llorar. Y pensé, aquí hay violencia, pero no podíamos decir nada porque en la capacitación nos explicaron que no podíamos profundizar más con la gente, sino tan solo darles la información. Pero que si alguna vez pedían ayuda, entonces sí nos podíamos involucrar... Al mirar sus ojos, pude intuir que necesitaba ayuda. Ella no quería hablar. Y no podemos forzar a la gente”. - Trabajadora comunitaria de la salud

## **Viabilidad del modelo Comunidades Cuidadoras**

### *Aceptación del modelo a nivel comunitario como respuesta a la VS por parte de TCS e integrantes de la comunidad*

En las DGF y las EIC en el sitio de intervención, la mayoría de participantes en la comunidad, líderes y TCS expresaron su satisfacción con la intervención y manifestaron su deseo de seguir participando. También recomendaron que se implemente la intervención en comunidades cercanas. Las personas de la comunidad valoraban considerablemente la información que recibieron sobre la VS, sobre todo saber más acerca de dónde obtener ayuda. Entre los y las TCS, se expresó satisfacción con respecto a *Comunidades Cuidadoras*, debido a que les brindó una oportunidad de empleo en un contexto de recursos escasos y les permitió contribuir a su comunidad.

“Principalmente porque quiero superar esto, ya que es una forma en la que puedo tener un trabajo, salir, digamos, hablando así, de toda esta pobreza, porque enfrentamos muchos problemas. Entonces, esta es una manera de salir adelante, de apoyar a mis hijos y tener nuevas capacidades y conocimientos”. - Trabajadora comunitaria de la salud

Las personas participantes identificaron cinco aspectos de la intervención como factores de motivación que aseguraban un mayor involucramiento de esas personas. En primer lugar, integrantes de la comunidad y TCS percibieron que la intervención funcionaba porque las actividades tenían un enfoque práctico que incluía juegos, y las personas participantes las veían como oportunidades para salir de su rutina diaria y divertirse. Algunas personas que participaron compararon las actividades de *Comunidades Cuidadoras* con intervenciones de otras ONG en las que no había juegos, y señalaron que las actividades eran aburridas y se sentían como “ir a la escuela”.

En segundo lugar, integrantes de la comunidad wayuu comentaron el valor y la importancia de que haya intérpretes de wayuunaiki en todas las actividades. Esto facilitó que se involucraran en las actividades del programa, y algunas de esas personas dijeron que era la primera vez que una intervención había incluido miembros de la comunidad que solo hablaban wayuunaiki.

En tercer lugar, la pertinencia cultural de las actividades en las reuniones a mediana y gran escala hacía que fueran agradables para quienes vivían en la comunidad. Las personas que participaron mencionaron, en particular, las actividades que incluyeron prácticas wayuu tradicionales (tejer o practicar danza yonna), lo que generó mayor interés e hizo que las personas participantes wayuu se sintieran incluidas. Al parecer, la intervención también abordó con éxito algunas barreras culturales al acceso a servicios que se identificaron en la evaluación de línea base, como la falta de confianza en la ayuda institucional y el estigma social por el hecho de ser “víctima” de VS.

“Hubo una danza como parte de la actividad, en la que también se bailaba la ‘yonna’. ... La ‘yonna’ es una danza tradicional wayuu, a la que antes llamaban la ‘chichamaya’, la ‘yonna’. Es en la que baila la mujer ... Así que hubo algo entre quienes estábamos allí, las personas que asistieron, que bailaron y explicaron durante el proceso que podíamos reflexionar y demostrar cuándo podría haber violencia sexual dentro de la danza y también dentro de nuestra comunidad”. (Líder comunitario/a)

“[Me gustó que] hacen actividades relacionadas con nosotros, como la danza *chichamaya*, tienen algo para dar... Algo como, por ejemplo, las actividades que realizan las mujeres, como manualidades, para que puedan hacer eso”. (DGF con hombres wayuu)

En cuarto lugar, las ayudas visuales como folletos y otros materiales que se dieron a las personas participantes les ayudaron a recordar los puntos más destacados y compartirlos con otras personas de su comunidad que no asistieron a las actividades del programa. Sin embargo, algunos TCS observaron que las personas participantes de la comunidad wayuu experimentaron dificultades debido a que los folletos estaban escritos en español.

Por último, los sorteos de obsequios que se realizaron en las actividades de mediana escala fueron un gran incentivo para motivar a las personas a que asistieran a la actividad. Diversas personas que participaron en las DGF y TCS recordaban las actividades debido a los incentivos brindados, en vez del contenido que se presentó durante estas. Sin embargo, los sorteos de obsequios al parecer provocaban conflictos entre miembros de la comunidad, así como entre estos y TCS, quienes manifestaron sentir resentimiento hacia las personas que ganaban los sorteos o enojarse cuando los TCS no les invitaban a las actividades. Algunas de las personas que participaron en las DGF, líderes comunitarios y TCS creían que las personas no estaban interesadas en los temas y solo asistían a las actividades debido a los incentivos, y reconocieron que esto fue una barrera significativa para el impacto de la intervención en la comunidad.

P1: "Hay una TCS que vive al final de la calle y está a cargo de dar la charla o de invitar a esas personas porque están cerca de ella. Pero, lo primero que pregunta la gente es: '¿Qué van a dar? ¿Qué van a dar?'"

P2: "Y si no les dices que habrá un beneficio, entonces no van. Y si dicen 'sí, sí, vamos a ir', te quedas esperando y luego te dicen 'estuve ocupado con esto'. Así que, terminas haciendo algo al respecto, pero si no le dices a la gente que van a recibir algo, no van. Pareciera que las personas no hacen el esfuerzo; pero así como podrían beneficiarse con un obsequio o de otra forma, también es importante recibir la información". (DGF con mujeres jóvenes no wayuu)

Las personas participantes identificaron tres aspectos principales de la intervención que obstaculizaban su éxito. El problema más prevalente se relacionó con que, según lo señalaron algunas personas participantes, no recibían información sobre las actividades programadas o no se les permitía asistir a los eventos porque el lugar estaba abarrotado. El segundo problema identificado fue la programación: las actividades y las visitas en los hogares interferían con las agendas de trabajo y la escuela de algunos hombres y mujeres jóvenes, lo que impedía su participación. El tercer aspecto que supuso un obstáculo a que se aceptara la intervención se relacionaba con sus percepciones de la disponibilidad de TCS. Algunas personas que participaron en las DGF (en particular, mujeres adultas wayuu) expresaron incomodidad y desconfianza al acercarse a TCS para pedir ayuda, pues percibían que solo tenían predisposición a ayudar durante las actividades, pero no en sus vidas diarias. Estas personas participantes expresaron que, como resultado, preferían buscar ayuda por su cuenta.

P6: "La verdad es que para ser TCS se les debería exigir que sean más sociables, amigables con la comunidad y conocerla, no solo el día que tienen que dar la charla... y después ya no ven más a la persona".

P4: "No ves más a la persona".

P6: "Eso es lo que está pasando en el vecindario, sucede en el vecindario, ves a la persona cuando la necesitas, de lo contrario, no la ves. Y, ¿cómo te acercas a esa persona si no sabes dónde está? Por otro lado, si te visitan, con amabilidad: 'Ah no, voy a ir con María porque ella es confiable y me ha dado muchas charlas. Mejor voy con ella'. ¿Ves? Esa es la idea". (DGF con mujeres adultas que no pertenecen a la comunidad wayuu)

*Las recomendaciones que formularon las personas participantes para mejorar la intervención se centraron, principalmente, en estos problemas identificados. La sugerencia más frecuente fue que se estableciera un lugar de provisión de servicios puntual y constante, donde las personas pudieran tener acceso a los servicios de atención relacionados con la VS en la comunidad. Diversos TCS y personas que participaron en las DGF expresaron su preocupación por la ineficiencia de las ambulancias y las patrullas de policía para brindar atención oportuna a personas sobrevivientes de VS, pues viajar a Uribia, la localidad más cercana, para buscar ayuda implica limitaciones económicas y de tiempo y es casi imposible cuando las condiciones climáticas son extremas (algo habitual), como las sequías y las lluvias torrenciales.*

### *Capacidad de las personas sobrevivientes para acceder a los servicios de apoyo dentro del período crítico de atención*

En la comunidad, varias personas informaron tener más conocimiento acerca de dónde recibir atención inmediata después de un incidente de VS y expresaron mayor disposición a obtener servicios en la línea final. En ese fin de línea, las personas que participaron en 11 de las 18 DGF afirmaron que se acercarían a TCS si necesitaban información sobre la VS o sobre los servicios disponibles.

“Me siento bien cuando [TCS] dan una charla o nos brindan conocimientos, y nos dicen dónde podemos buscar ayuda o en qué sistemas podemos confiar o dónde podemos ir. Para mí ... me siento bien cuando me dan información para que pueda tener acceso a ciertos lugares”.  
(DGF con mujeres jóvenes wayuu)

Algunas personas participantes dijeron que no buscarían ayuda de TCS porque no les conocían o no les generaban confianza, o dijeron que vivían muy lejos.

Encuestador/a: “¿Ha intentado obtener ayuda de trabajadores/as comunitarios en relación con la violencia de género?”

P1: “No conozco a esas personas y no sé dónde viven”.

P4: “No lo hice porque no confío en esas personas”.

(DGF con mujeres adultas que no eran de la comunidad wayuu)

En la comunidad, las dificultades para ver a TCS se percibían como el impedimento principal para tener acceso oportuno a servicios relacionados con la VS. Sin embargo, los TCS consideraron la falta de servicios de salud disponibles dentro de la comunidad como el obstáculo principal a que las personas sobrevivientes pudieran acceder a atención médica durante la ventana crítica.

Por su parte, los TCS afirmaban tener el conocimiento y el deseo de apoyar a sobrevivientes que se les acercaban para tener acceso a atención, pero que la falta de recursos suficientes hacía que fuera difícil brindar apoyo durante todo el proceso. A los TCS les habría gustado acompañar a las personas sobrevivientes a un centro de atención, pero esto habría requerido tiempo y recursos económicos con los que no siempre se contaba. Acompañar a personas sobrevivientes para que reciban atención médica en Uribia requiere tiempo y recursos, que no siempre pueden ser brindados por TCS. Además, algunos TCS observaron que no había transporte de urgencia y destacaron que era probable que el transporte disponible en la comunidad no fuera seguro ni adecuado para las personas sobrevivientes de VS:

“Si algo sucede aquí (en el sitio de intervención), la persona sobreviviente tiene que buscar un bicitaxi (*ciclo*), aunque esté herida, porque aquí no hay ambulancia, no hay nada. Tienen que buscar un ciclo para ir al hospital, así son las cosas, pero realmente, cómo voy a enviar a una persona abusada y desgarrada... Lo primero que tenemos que hacer es llamar a una ambulancia, activar la ruta ... para que puedan buscar un bicitaxi que puedan tomar, o una motocicleta u otra cosa, porque no hay ambulancias por aquí”. - Trabajador comunitario de la salud

### *Posibilidad de TCS de facilitar derivaciones confidenciales*

Varios TCS informaron que la intervención fortaleció su conocimiento sobre la importancia de preservar la confidencialidad, así como la búsqueda de espacios seguros y privados para hablar con integrantes de la comunidad que se les acercaban para divulgar la VS. Para mantenerse a sí mismos y a las personas sobrevivientes a salvo, los TCS aprendieron cómo proteger la confidencialidad y mantener la privacidad al trabajar con sobrevivientes. Algunas personas que participaron en las DGF, en especial, las mujeres jóvenes wayuu, destacaron que se sentían motivadas a comunicarse con TCS para comentarles sus experiencias anteriores relacionadas con la VS, pues sabían que lo que contarán sería completamente confidencial.

“[Me comunicaría con una TCS] porque nos explica las cosas y, lo que sea que le digamos, es totalmente confidencial. Además, tiene una personalidad genial, y es amigable y bondadosa. No solo con todos en Profamilia, sino también porque todos nos explican que si no nos sentimos seguras en esta situación o si algo nos pasa, tenemos a dónde ir”. (DGF con mujeres jóvenes wayuu)

A pesar de que las y los TCS sienten seguridad al realizar derivaciones, los datos de monitoreo revelaron que ninguna persona se presentó ante uno de esos profesionales para que se la derivara a servicios médicos durante el período del proyecto.

## Análisis

### *Hallazgos estadísticamente significativos*

En general, el sitio de intervención demostró resultados mixtos, pero notables, en los resultados clave frente al sitio de comparación. Mientras que se observaron mejoras generales en los resultados clave de la línea base a la línea final en los dos sitios, la intervención logró mitigar el declive en la sensación de seguridad en el sitio de intervención. Como resultado de esto, se generó una sensación relativamente mayor de seguridad frente al sitio de comparación. En los dos sitios aumentaron de manera significativa la conciencia sobre la VG y el conocimiento de los beneficios de buscar ayuda por parte de las personas sobrevivientes de VS; sin embargo, la intervención no produjo un resultado estadísticamente significativo en estos resultados frente al sitio de comparación. Como se observó antes, el análisis se encuentra limitado por la implementación de una intervención similar en el sitio de comparación durante el período del proyecto.

Además, el conocimiento de los servicios disponibles relacionados con la VSG aumentó significativamente en los dos sitios, pero no hubo una diferencia importante en estos cambios entre el sitio de intervención y el sitio de comparación a lo largo del tiempo. Un área clave donde la intervención propició cambios en los CAP de integrantes de la comunidad fue en las actitudes hacia el acceso a servicios: el sitio de intervención experimentó una mejora significativamente mayor frente al sitio de comparación. Es importante mencionar que los resultados cualitativos indican que el acceso a los servicios que ahora se conocen es sumamente difícil. Esto sugiere que hay necesidad de involucrar a los servicios de salud locales y a otras instituciones para responder a esta mayor demanda de atención, así como trabajar de manera colaborativa con TCS.

El análisis por subgrupos mostró que, en general, los mismos resultados estadísticamente significativos por sitio se aplicaban también a mujeres, personas adultas y personas casadas. Para los otros subgrupos, los resultados no fueron estadísticamente significativos debido a la ausencia de resultados diferenciales o por el tamaño pequeño de las muestras.

### *Seguridad del modelo Comunidades Cuidadoras*

En general, las actividades de sensibilización comunitaria de *Comunidades Cuidadoras* se percibieron como seguras para TCS e integrantes de la comunidad. Sin embargo, la evaluación identificó algunas consideraciones importantes sobre seguridad. En primer lugar, existe un sentido generalizado de inseguridad y ausencia de instituciones que pueden brindar seguridad en la comunidad. Por esta razón, la VSG es un tema delicado que pueden generar un entorno hostil hacia TCS, lo que incluye amenazas e intimidación provenientes, sobre todo, de agresores hombres. El riesgo fue particularmente prominente durante las visitas a hogares. Aunque las actividades y la información entregada durante las visitas de casa en casa no eran específicas para un hogar determinado, igualmente existía el riesgo de que así lo percibiera un agresor o que las personas de la comunidad que se oponían al programa o estaban en desacuerdo con la información representarían un riesgo para la seguridad de los familiares o de TCS. Según señalaron TCS, hubo diversas circunstancias en las que sintieron inseguridad. Esto pone de manifiesto la importancia de que haya una planificación en materia de seguridad y que se mitiguen los riesgos en programas comunitarios de manera de abordar normas de género y la VG.

## Aceptabilidad y viabilidad del modelo Comunidades Cuidadoras

El modelo del programa *Comunidades Cuidadoras* gozó de gran aceptación entre integrantes de la comunidad. Las personas participantes valoraban enormemente tanto el contenido de la intervención como la forma en que se implementó. La experiencia en Colombia muestra el éxito que se obtiene al adaptar la intervención al contexto sociocultural donde se implementará. Las actividades participativas y relevantes desde el punto de vista cultural fueron claves para mantener la motivación entre las personas participantes, así como para que se transmitiera adecuadamente el contenido de la intervención.

La viabilidad de *Comunidades Cuidadoras* presentó variaciones en sus componentes. En su mayor parte, las actividades de sensibilización comunitaria fueron viables. Además, los TCS desarrollaron estrategias para proteger la confidencialidad, y esto hizo posible que se trataran temas sumamente sensibles con las personas participantes durante las actividades de sensibilización comunitaria. Sin embargo, no se presentó ninguna persona sobreviviente ante TCS para que la derivaran a servicios de salud durante el período del proyecto. Esto puede deberse a la distancia hasta los servicios de salud y al costo del transporte. De hecho, los TCS no consideraron que fuera viable acompañar a las personas sobrevivientes para que se las tratara dentro del período crítico de atención. Esto se debe, en gran parte, a la falta de servicios de médicos y de otra índole en la comunidad, además de los desafíos que se interponen al acceso a los servicios, a pesar que hay mayores conocimientos y conciencia sobre la importancia de recibir atención oportuna.

### Limitaciones

Los resultados de la evaluación del componente cuantitativo deberían interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, el cambio en la composición de la muestra a lo largo del tiempo, debido a que no pudo encuestarse a los mismos participantes en los dos puntos en el tiempo y al alto grado de movilidad de las personas, es un factor que limita el análisis. Existe un sesgo de deserción debido a que se pierden participantes entre las encuestas de la línea base y la línea final. El número de personas encuestadas en ambos puntos fue muy bajo.

La evaluación reveló que en el sitio de comparación se implementó una intervención similar entre la recopilación de datos de la línea base y la línea final. Si bien no hay forma de evaluar el porcentaje de participantes del estudio que recibieron información o servicios pertinentes en el sitio de comparación, las actividades cualitativas sí indicaron que hubo contaminación significativa. Hubo líderes comunitarios del sitio de comparación que mencionaron haber participado en actividades de aprendizaje sobre la VSG realizadas por instituciones nacionales e internacionales durante el período en que se implementó la intervención. Las personas que participaron en estas sesiones aprendieron la definición de términos relacionados con la VSG, así como la manera de identificar a personas sobrevivientes en su comunidad. Varios líderes de la comunidad de comparación indicaron que algunas personas allí asistieron a las actividades de *Comunidades Cuidadoras* durante el proceso de implementación en el sitio de intervención. Lo anterior se vio facilitado por la proximidad entre ambas comunidades, al permitir que personas con roles de liderazgo participaran en las actividades de aprendizaje, y luego regresaran a su comunidad y aplicaran ese conocimiento para planificar actividades de respuesta y prevención de la VSG. Esta potencial contaminación y el hecho de que la programación se encontraba en curso en el sitio de comparación limita nuestro análisis y podría explicar por qué hubo un cambio más significativo en los resultados clave en el sitio de comparación.

## Conclusiones y recomendaciones

La evaluación del modelo *Comunidades Cuidadoras* destaca sus impactos mixtos, pero significativos, en resultados clave vinculados con la concienciación respecto de la VSG, el conocimiento de los servicios que están disponibles y las actitudes hacia el acceso a servicios. Si bien tanto en el sitio de intervención como en el de comparación se observaron mejoras generales de la línea base a la línea final, la intervención mitigó de manera considerable la disminución de la sensación de seguridad. Esto dio como resultado una

sensación relativamente mayor de seguridad entre participantes en el sitio de intervención frente al sitio de comparación. Aunque hubo un aumento significativo de la concienciación y el conocimiento sobre los servicios relacionados con la VSG, no se observó un impacto diferencial significativo entre ambos sitios. El sitio de intervención sí registró una mejora significativa en las actitudes con respecto al acceso a servicios, que es un área fundamental en la cual la intervención marcó la diferencia.

Los datos cualitativos sugirieron mayores conocimientos y concienciación sobre los servicios de atención relacionados con la VS entre integrantes de la comunidad, aunque las restricciones geográficas y logísticas limitaban el acceso. La evaluación también puso de manifiesto los riesgos para la seguridad de TCS, en particular por parte de agresores hombres, al llevar a cabo programas de sensibilización comunitaria en hogares. Esto destaca la necesidad de contar con estrategias de protección adicionales. Se advirtió que el modelo de programa tuvo gran aceptación, pero la viabilidad varió entre sus distintos componentes. En particular, se percibía a TCS como fuentes confiables de información, pero no se utilizaban como parte de la vía de derivación. Esta limitación, conjuntamente con la contaminación de los datos grupales de comparación debido a intervenciones similares, implicó dificultades significativas para la evaluación.

Nuestros hallazgos también subrayan la importancia de adaptar los programas a los distintos contextos lingüísticos y culturales. La accesibilidad, la eficacia y la sostenibilidad del modelo *Comunidades Cuidadoras* exigen la presencia de apoyo local a través de TCS, al tiempo que también se protege su bienestar con medidas de protección robustas. Fomentar la participación comunitaria y las actividades que contribuyen a generar confianza pueden mejorar aun más las actitudes respecto del acceso a servicios. Fortalecer las alianzas con líderes y organizaciones indígenas también incrementará la sostenibilidad y el impacto de las intervenciones.

Las investigaciones futuras deberían evaluar la sostenibilidad en el tiempo de los cambios observados y evaluar si los cambios en cuanto a normas sociales y de género relacionadas con la VSG se extienden más allá de quienes participan en la intervención y alcanzan a la comunidad en general. Además, las investigaciones deben centrarse en abordar la deserción, asegurar que los términos de la encuesta sean culturalmente sensibles y evaluar el impacto de las intervenciones en presencia de otros programas similares. Cualquier investigación futura también debe considerar qué implica el éxito para la comunidad y las personas sobrevivientes.

En conclusión, aunque el modelo *Comunidades Cuidadoras* resulta prometedor, especialmente para mejorar las actitudes hacia el acceso a servicios, los desafíos que plantea la realidad condicionan nuestra posibilidad de implementar de manera íntegra el paquete de atención y medir genuinamente el impacto de la intervención. Las evaluaciones continuas y los ajustes iterativos al programa serán cruciales para lograr resultados positivos y sostenibles a largo plazo en entornos diversos y complejos.

## Referencias

Braun, Virginia y Victoria Clarke. 2021. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Londres: SAGE Publications Ltd.

Dedios Sanguinetti, M. C., et al. (2024). *Comunidades Cuidadoras: Una intervención comunitaria integrada sobre la violencia sexual y basada en género en Uribia, Colombia: Informe de evaluación de línea base*.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2020. "La información del DANE en la toma de decisiones de los departamentos: La Guajira". <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-desarrollo-territorial/050220-Info-Gobernacion-La-Guajira.pdf>.

Revicki, Dennis. 2014. "Internal Consistency Reliability". En: *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, editada por by Alex C. Michalos, 3305-06. Dordrech: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_1494](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1494).

# Anexo de metodología

## MA1

Análisis por subgrupos: Además del análisis por sitio, realizamos análisis de subgrupos por grupo etario (personas jóvenes de 13 a 19 años contra personas adultas de 20 años y mayores), por sexo (mujeres contra hombres), por estado civil/vincular (personas que viven con su pareja o están casadas contra personas solteras, incluidas personas separadas o viudas), por estado migratorio (personas migrantes venezolanas contra personas migrantes no venezolanas, incluidas personas colombianas, aquellas con doble nacionalidad y personas colombianas que han regresado).

VARIABLES INCLUIDAS EN LOS MODELOS DE REGRESIÓN: El análisis de regresión lineal múltiple con variable de control incluyó tres variables clave. En primer lugar, se incluyeron dos variables ("Sitio de intervención" y "Línea final") que toman valores de 0 o 1 dependiendo del sitio en el que estaba la persona y el momento en que se recabó su información (p. ej., si la persona respondió a la encuesta de línea base, línea final o ambas). A continuación, se creó un término de interacción (Sitio de intervención x Línea final) entre las dos variables mencionadas previamente. Además, se incluyeron variables que nos permitieron controlar las diferencias en la línea base entre los dos sitios según características demográficas y socioeconómicas.

## MA2

La "Escala de actitudes hacia la VG y el acceso a servicios" abordó 11 preguntas:

- A. *Contraer matrimonio con una mujer menor de 18 años es aceptable.*
- B. *El esposo y la esposa deberían tomar juntos las decisiones acerca de cómo se gastará el dinero del hogar*
- C. *La violencia contra la mujer es aceptable en algunas circunstancias*
- D. *La violencia contra las niñas es aceptable en algunas circunstancias*
- E. *La violencia contra los hombres es aceptable en algunas circunstancias*
- F. *La violencia contra niños es aceptable en algunas circunstancias*
- G. *La violencia contra las personas LGBTIQ+ (personas gais/lesbianas, que no se identifican con el sexo que se les asignó al nacer o quienes se sienten atraídas hacia el sexo opuesto) es aceptable en algunas circunstancias.*
- H. *Si una mujer está expuesta a violencia, buscará ayuda de una persona en la que confíe*
- I. *Si una niña está expuesta a violencia, buscará ayuda de una persona en la que confíe*
- J. *Si una mujer está expuesta a violencia, buscará ayuda de personas, entidades o grupos especializados en prestar servicios.*
- K. *Si una niña está expuesta a violencia, buscará ayuda de personas, entidades o grupos especializados en prestar servicios.*

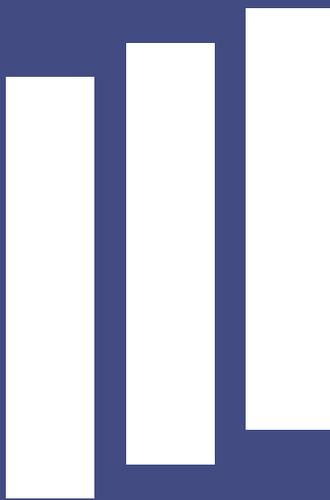
Se creó la "Escala de actitudes hacia la VG y el acceso a servicios" dividiendo estas preguntas en dos subescalas. La primera (actitudes hacia la VG) incluye cinco ítems (preguntas C a G). Cada ítem tenía tres respuestas posibles: sin respuesta (99 - recodificado a faltante), de acuerdo (01) y en desacuerdo (02). Para asignar una puntuación a la escala, agregamos las respuestas de las personas participantes (puntuación máxima posible de 10 si respondían a todas las preguntas) y dividimos esto entre el número de preguntas respondidas (excluidas las faltantes o sin respuesta). En función de esto, la puntuación de la escala tenía una puntuación mínima de uno y una máxima de dos. Cuanto más alta la puntuación, más alto el nivel de rechazo a la VG. Esto significa, por ejemplo, que una persona participante con una puntuación de 1 está más

de acuerdo con las actitudes relativas a VG (p. ej., cree que la violencia contra otras personas es aceptable), mientras que una persona participante con 2 puntos está más en desacuerdo con las actitudes relativas a VG. La segunda subescala (actitudes respecto del acceso a servicios) tenía cuatro ítems (preguntas H a K), cada uno con tres respuestas posibles: sin respuesta (99 - recodificado a faltante), en desacuerdo (01) y de acuerdo (02). Para dar una puntuación a la escala, agregamos las respuestas de las personas participantes (puntuación máxima posible de 8 si respondían las cuatro preguntas) y dividimos esto entre el número de ítems respondidos. La escala tenía una puntuación mínima de uno y una puntuación máxima de dos, donde una puntuación más alta significa mayor apoyo a que las personas sobrevivientes de VG accedan a servicios.

La escala de 11 preguntas se dividió en dos subescalas (actitudes hacia la VG y actitudes hacia el acceso a servicios). Se puede consultar información adicional sobre la escala usada en el anexo de metodología (MA2). La escala completa (que incluye los 11 ítems) y la primera subescala (actitudes hacia la VG) dio como resultado un alfa de Cronbach bajo en todos los subgrupos, lo que significa una baja fiabilidad u homogeneidad interna de la escala. Sin embargo, la segunda subescala (actitudes respecto del acceso a servicios) dio como resultado un alfa de Cronbach aceptable en todos los subgrupos, pues excedió el alfa de Cronbach de 0,70 en la línea base (Revicki, 2014).

## Siglas y abreviaturas

CAP	Conocimiento, actitudes y prácticas (encuesta)
CNC	Centro Nacional de Consultoría
DGF	Deliberación en grupo focal
EIC	Entrevista a informante clave
IC	Informante clave
JCC	Junta Consultiva Comunitaria
MyE	Monitoreo y evaluación
ODK	Open Data Kit
ONG	Organización no gubernamental
TCS	Trabajador/a comunitario/a de la salud
UniAndes	Universidad de los Andes
VG	Violencia de género
VSG	Violencia sexual y de género
VS	Violencia sexual
WRC	Comisión de Mujeres Refugiadas (Women's Refugee Commission)



**WOMEN'S  
REFUGEE  
COMMISSION**

Research. Rethink. Resolve.



WRCOMMISSION



WOMENSREFUGEECOMMISSION



WOMENSREFUGEECOMMISSION



WRCOMMISSION



WRCOMMISSION

Comisión de Mujeres Refugiadas | 15 West 37th Street | Nueva York, NY 10018  
212.551.3115 | [info@wrcommission.org](mailto:info@wrcommission.org) | [womensrefugeecommission.org](http://womensrefugeecommission.org)