

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

Informe de evaluación de línea base

Agosto de 2024

La Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes (UniAndes) busca favorecer el análisis y el debate de los principales temas de política nacionales e internacionales, convirtiéndose en un punto de encuentro 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 para 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/en>

La Comisión de Mujeres Refugiadas (Women's Refugee Commission, WRC) trabaja para mejorar las vidas y proteger los derechos de mujeres, niños y niñas, personas 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 de desplazamiento. Desde nuestra fundación en 1989, hemos desempeñado una función de liderazgo experto 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.

Agradecimientos

Este estudio de línea base 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 iniciativa de 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 basada en género (VSBG) 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 Sanguineti, 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.

© 2024 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
womensrefugeecommission.org

Índice

Introducción.....	1
Antecedentes	1
Objetivos de la evaluación de línea base	2
Métodos	3
Diseño del estudio.....	3
Entorno y población	3
Procedimiento de muestreo	3
Instrumentos de estudio	5
Recopilación de datos.....	5
Gestión y análisis de los datos.....	6
Composición del equipo de investigación	6
Ética.....	7
Resultados	7
Conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de integrantes de la comunidad con respecto a la VBG y la VS.....	7
Tipos de VBG.....	8
Líderes de la comunidad	10
Actitudes hacia la igualdad de género y la VBG	13
Conocimiento y conciencia de la violencia sexual.....	16
Consecuencias de la violencia sexual y beneficios de buscar ayuda	21
Conocimiento de integrantes de la comunidad sobre información y servicios disponibles de VBG y su acceso a ellos	25
Obstáculos para acceder a información y servicios de VBG	27
Acceso de integrantes de la comunidad a los servicios de VS disponibles	27
Obstáculos para acceder a información y servicios de VS	28
Facilitadores del acceso a información y servicios de VS.....	29
Resultados principales de la intervención en la línea base	29
Capacidad de líderes de la comunidad para responder a la VBG.....	38
Análisis	39
Actitudes mixtas hacia normas de género equitativas	39
Mayor nivel de conocimiento sobre la VS que sobre la VBG.....	40
Hallazgos contradictorios relacionados con la disponibilidad de servicios para VBG y VS, y acceso a tales servicios	42
Consecuencias de la VS y beneficios de buscar ayuda.....	43
Limitaciones del estudio	44
Conclusión	45
Referencias	46
Apéndice 1 Número de participantes en los grupos focales en el sitio de intervención y el sitio de comparación	48
Apéndice 2 Características demográficas.....	48
Características socioeconómicas, experiencia migratoria y nacionalidad.....	48
Siglas y abreviaturas.....	48



Introducción

La Comisión de Mujeres Refugiadas (Women Refugee Commission, WRC) y Profamilia, su iniciativa social en Colombia, están emprendiendo el proyecto *Comunidades Cuidadoras* en Uribia, La Guajira. El proyecto prevé establecer derivaciones comunitarias para las personas sobrevivientes de violencia sexual e implementar una intervención transformadora en cuanto a género en materia de violencia sexual y basada en género (VSBG) para las personas refugiadas y quienes pertenecen a las comunidades de acogida. Uribia es una ciudad del departamento de La Guajira en el norte de Colombia, cerca de la frontera entre Venezuela y Colombia.

Comunidades Cuidadoras es una intervención que procura prevenir la VSBG y responder a ella por medio de dos componentes: (a) derivaciones comunitarias para que las personas sobrevivientes de violencia sexual (VS) reciban atención en establecimientos de salud y (b) actividades de sensibilización comunitaria mediante el uso de enfoques transformadores en materia de género. A fin de abordar el primer componente, se prepara a trabajadores comunitarios de la salud (TCS) para que identifiquen y deriven a las personas sobrevivientes de VS con el objeto de que reciban atención en establecimientos de salud, en función de sus necesidades. El segundo componente se refiere a actividades comunitarias, que incluyen sesiones grupales y visitas domiciliarias, con el propósito de transmitir información sobre la VS, sus consecuencias, los beneficios de buscar ayuda e información sobre dónde acceder a atención y apoyo. El proyecto *Comunidades Cuidadoras* se implementará durante un período de ocho meses en un asentamiento informal ubicado en Uribia.

El proyecto incluye un componente de monitoreo y evaluación que consiste en un diseño cuasiexperimental de métodos mixtos para evaluar el efecto de la intervención *Comunidades Cuidadoras*. La evaluación busca determinar la eficacia, la viabilidad y los aspectos de seguridad del modelo de *Comunidades Cuidadoras* en un contexto humanitario. Se recabaron datos de evaluación en forma previa a la implementación del programa (línea base) y se seguirán reuniendo durante la intervención (línea media) y con posterioridad a la intervención (línea final), tanto en el sitio de la intervención como en el sitio cercano de control, con el fin de permitir la comparación. Se recabarán datos de monitoreo a lo largo del período de implementación.

Antes de la implementación de *Mujeres Cuidadoras*, la WRC, junto con el equipo de investigación de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes (UniAndes) y el Centro Nacional de Consultoría (CNC), realizaron un estudio de línea base para documentar las características de las personas y el nivel en la línea base de los resultados clave de la intervención tanto, en la comunidad de intervención como en la de comparación. Este informe documenta el proceso y los hallazgos del proceso de la investigación de línea base, que se usaron para determinar la contextualización del modelo *Comunidades Cuidadoras* en Uribia.

Antecedentes

La violencia basada en género (VBG), que incluye la violencia sexual (VS) y la violencia de pareja íntima (VPI), es un problema persistente en los entornos humanitarios (Call to Action on Protection from Gender-Based Violence in Emergencies, 2020; Vu et al., 2014; Horn, 2010; Watcher et al., 2018; Holmes y Bhuvanendra, 2014). En Colombia, La Guajira es el departamento que tiene el segundo mayor número de personas migrantes venezolanas, en parte debido a la proximidad con la frontera entre Colombia y Venezuela y a las rutas de acceso ilegales. Una encuesta entre personas refugiadas y desplazadas venezolanas concluyó que el 13% de las mujeres informaron haber experimentado VBG durante el tránsito, pero destacó que en general la mayoría de casos de VBG no se denuncia (Organización Internacional para las Migraciones, 2021). En la misma encuesta, el 35% de las mujeres informaron haber experimentado violencia física; el 36%, violencia verbal o psicológica, y el 10%, VS (Organización Internacional para las Migraciones, 2021).

A pesar de la necesidad de brindar atención a las personas sobrevivientes de VS en los contextos humanitarios, como el de La Guajira, los datos muestran que no hay programas de prevención y

respuesta ante la VSBG, o que estos son inaccesibles o insuficientes (Ivanova, Rai y Kemigsha, 2018). La Guajira carece de apoyo institucional y recursos económicos suficientes para la prevención y respuesta ante la VBG (OIM, 2021). A su vez, La Guajira alberga a una de las comunidades indígenas más grandes de Colombia, la comunidad wayuu, que representa el 20,2% de la población indígena nacional. Casi la totalidad (97,5%) de la población wayuu en Colombia vive en La Guajira (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021). No existen datos suficientes sobre la salud y el bienestar de las comunidades wayuu. Los servicios de salud se encuentran concentrados en las ciudades más grandes y los centros de salud no están preparados para brindar atención en la lengua indígena (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Para facilitar los comportamientos de búsqueda de atención y la recepción oportuna de atención de la VS, se han desarrollado enfoques innovadores como el modelo de atención comunitaria a la violencia sexual *Comunidades Cuidadoras*, entre otros, con el propósito de mejorar el acceso a nivel comunitario a una respuesta oportuna y de calidad a la VS y evitar consecuencias futuras como el VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados (Polis et al. 2007). Si bien las evidencias que surgen de estudios piloto de este modelo realizados en Myanmar, Somalia y Sudán del Sur han señalado resultados prometedores con respecto a la viabilidad de un modelo de atención comunitaria posterior a la violación sexual, todavía no hay suficiente evidencia sobre la eficacia y las consideraciones de seguridad del modelo. (Tanabe et al., 2013; Glass et al., 2018; Glass et al., 2019; Kohli et al. 2012). Persiste la necesidad de realizar pruebas futuras al modelo para la VSBG en crisis humanitarias.

Objetivos de la evaluación de línea base

El objetivo general de la evaluación de línea base fue comparar y contrastar el conocimiento sobre la VSBG y la igualdad de género, y las actitudes al respecto, y el grado en que integrantes de la comunidad tienen acceso a los servicios de prevención y atención de la VS —y si reciben atención médica y psicosocial cuando es necesario— en dos comunidades (el sitio de intervención y el sitio de comparación), ambas ubicadas en la ciudad de Uribia en La Guajira, Colombia. Esta comparación generará evidencias que contribuirán a definir la planificación y la implementación basadas en evidencias y que constituirán la base para el monitoreo y evaluación de la intervención *Comunidades Cuidadoras* en Uribia. En particular, se pretende evaluar los resultados que se presentan a continuación en función del emplazamiento de las personas participantes, su edad, sexo, situación sentimental y estado migratorio:

1. Evaluar el conocimiento de la VSBG y las actitudes al respecto en las comunidades de personas refugiadas y comunidades de acogida dentro de los sitios de intervención y comparación.
2. Evaluar las actitudes relacionadas con la igualdad de género en las comunidades de personas refugiadas y las comunidades de acogida dentro de los sitios de intervención y comparación.
3. Evaluar el grado en que las comunidades de personas refugiadas y las comunidades de acogida dentro de los sitios de intervención y comparación tienen acceso a servicios de prevención y atención de la VS para recibir atención médica y psicosocial si la necesitan.

Métodos

Diseño del estudio

El proyecto incluye un componente de monitoreo y evaluación (MyE) que consiste en un diseño cuasiexperimental de métodos mixtos para evaluar el efecto de la intervención *Comunidades Cuidadoras*. La evaluación busca determinar la eficacia, la viabilidad y los aspectos de seguridad del modelo *Comunidades Cuidadoras* en un contexto humanitario. Los datos de evaluación se recabaron antes de la implementación del programa (línea base) y se recabarán con posterioridad a la intervención (línea final). Se reunirán datos de monitoreo a lo largo del período de implementación. El diseño de evaluación cuasiexperimental incluye un componente longitudinal

de recopilación de datos cuantitativos y cualitativos antes y después de la intervención a nivel comunitario, además de entrevistas a informantes clave (EIC) con personal del proyecto, TCS, integrantes de la junta consultiva comunitaria (JCC) y otros actores clave. La pregunta a la que responde este diseño no es únicamente si el sitio que recibió la intervención tuvo una mejora o un cambio, sino también si el sitio de intervención mejoró o cambió más que el sitio donde no se recibió la intervención. La recopilación de datos antes de la intervención permitirá la identificación de diferencias sistemáticas entre los sitios de intervención y de comparación. Esta información ayudará a configurar el análisis para estimar el efecto de la intervención, controlando las diferencias sistemáticas de línea base entre los sitios.

Entorno y población

Se recabaron datos en los sitios de intervención y comparación. Los nombres y la información de identificación de las dos comunidades son confidenciales, para proteger su identidad. Ambos sitios están ubicados en la ciudad de Uribia del departamento colombiano de La Guajira, y los dos son asentamientos informales. Según las proyecciones más recientes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2020), Uribia presenta la tasa de incidencia más alta de pobreza multidimensional municipal en La Guajira: el 92,2% de su población vive en pobreza multidimensional. En esta evaluación, la pobreza multidimensional consistió en una medida que incluyó quince resultados en cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, acceso a servicios públicos del hogar y condiciones habitacionales.

Estos sitios se seleccionaron de manera intencional sobre la base de la existencia de centros de salud, la baja disponibilidad de atención médica y psicosocial para personas sobrevivientes de VS a nivel comunitario y su composición demográfica similar, que incluye a personas migrantes venezolanas y población wayuu.

Procedimiento de muestreo

Muestra cuantitativa

La selección no aleatoria 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 personas que tenían intención de participar en la intervención y las actividades de investigación. 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 el sexo, el estado civil y la edad de cada persona y se transmitió al CNC. A partir de la lista, el CNC seleccionó en forma aleatoria a 330 participantes de la investigación, respetando cupos por subgrupos establecidos por el equipo de investigación. Esto dio como resultado una muestra de estudio en el sitio de intervención. La muestra del sitio de comparación se obtuvo usando el Marco Geoestadístico Nacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. El CNC utilizó los mismos cupos que en el sitio de intervención para obtener la muestra de 330 participantes en el sitio de comparación.

El equipo de investigación definió cupos específicos para la selección de un total de 660 participantes (330 en cada sitio) de la siguiente manera: a) un mínimo de 50% de personas migrantes; b) al menos el 26% de personas entre los 13 y los 19 años, el 61% de participantes entre los 20 y 49 años y el 13% de participantes mayores de 50; c) al menos 32% de hombres y 58% de mujeres. Los criterios de inclusión para las personas participantes fueron que tuvieran 13 años o más, vivieran en los sitios y brindaran un consentimiento informado para participar, en el caso de los adultos, y un asentimiento informado en el caso de adolescentes. Los criterios de exclusión fueron tener menos de 13 años, no vivir en los sitios seleccionados y no proporcionar un consentimiento o asentimiento informado para participar.

Muestra cualitativa

La muestra cualitativa se seleccionó mediante una estrategia de muestreo intencional. Específicamente, usamos el muestreo intencional homogéneo y el muestreo intencional de variación máxima. El muestreo intencional homogéneo se utilizó para identificar a informantes clave (IC), dado su papel decisivo en la implementación de la intervención o su papel en la comunidad. Se realizaron entrevistas a informantes clave (EIC) con los subgrupos siguientes: a) supervisores de trabajadores comunitarios de la salud (TCS) (n=2), b) TCS (n=10) y c) miembros de la Junta Consultiva Comunitaria (JCC) y líderes comunitarios, tradicionales y religiosos (n=21, 12 en el sitio de la intervención y 9 en el sitio de comparación). La JCC incluye a integrantes de la comunidad que tienen conocimientos profundos sobre las normas y comportamientos de quienes pertenecen a la comunidad. Su papel en la evaluación es brindar retroalimentación y sugerencias al componente de MyE e implementación, y asegurar que todas las herramientas sean apropiadas en términos culturales y contextuales. Se reclutaron tres tipos de líderes de la comunidad en el sitio de la intervención, según la estructura comunitaria de liderazgo: (a) lideresas capacitadas por organizaciones no gubernamentales (ONG) locales en la prevención de la VBG, (b) líderes de la comunidad pertenecientes a la JCC y (c) líderes institucionales pertenecientes a la Secretaría de Salud. En el sitio de comparación, las personas líderes comunitarias consistieron en (a) líderes a quienes se seleccionó localmente, (b) líderes del ámbito religioso y de la comunidad wayuu y (c) líderes institucionales pertenecientes al gobierno local y las ONG.

Se realizaron deliberaciones en grupos focales (DGF) de carácter participativo con integrantes de la comunidad. Las personas participantes en las DGF se seleccionaron invitando a quienes participaron en la encuesta. Se realizaron n=31 DGF en total (n=15 en el sitio de intervención para un total de 105 participantes y n=16 en el sitio de comparación para un total de 111 participantes). Las DGF tuvieron un promedio de siete participantes de los subgrupos siguientes: 1) mujeres adultas y jóvenes (no wayuu); 2) mujeres adultas (wayuu); 3) mujeres jóvenes (wayuu); 4) hombres jóvenes (wayuu); 5) hombres adultos (wayuu). Aproximadamente la mitad (51,4%; n=58) de las personas participantes se identificaron a sí mismas como personas migrantes venezolanas y el 62% eran mujeres (n=134). Ver en la **Tabla A1** en el **Apéndice A** más detalles sobre el número de participantes en las DGF.

Instrumentos de estudio

WRC y UniAndes desarrollaron de manera conjunta las herramientas de investigación, que fueron validadas por la JCC, la cual estuvo conformada por 21 actores comunitarios en ambos sitios. Todas las herramientas de estudio se tradujeron a los idiomas predominantes dentro de los sitios de estudio, principalmente el español y el wayuunaiki.

Los datos cuantitativos se recabaron mediante una encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP). La encuesta se diseñó para comprender los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas de la comunidad en lo relativo a VBG, VS, los comportamientos de búsqueda de atención médica, la disponibilidad de servicios y la utilización de los servicios. La encuesta de CAP también incluye una sección demográfica.

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

1. Guía de EIC (personal de la intervención): La guía para entrevistas semiestructuradas se diseñó para comprender la experiencia del personal del proyecto y de TCS al llevar a cabo la intervención, y la comprensión del personal con respecto a las actitudes sobre la VBG y la VS. Estas entrevistas se implementaron en la comunidad de intervención solamente con TCS, supervisores de TCS del proyecto y el personal de implementación.
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 VS, su grado de conocimiento sobre los servicios y programas de VBG y la capacidad institucional para prevenir la VS y responder a ella. 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 comprende tres actividades participativas en grupo y se diseñó para explorar la comprensión que tienen las comunidades de los conceptos de VBG, género y VS; sus comportamientos en la búsqueda de atención médica; sus conocimientos y actitudes en torno a la VS y las prioridades en relación con la VS.

Recopilación de datos

Tanto los datos cuantitativos como los cualitativos se recabaron en el sitio de intervención y el sitio de comparación en el período comprendido entre el 12 de agosto y el 17 de septiembre de 2022. El CNC lideró y supervisó la recopilación de datos en ambos sitios. Después de la aprobación de la JRI, el equipo de investigación (UniAndes y WRC) capacitó al equipo de CNC en los objetivos del estudio, la ética de 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.

Se proporcionaron incentivos a quienes participaron del proceso de recopilación de datos con la finalidad de compensar su tiempo y los costos de la participación en las actividades de investigación, de la siguiente forma: quienes respondieron la encuesta recibieron 15.000 pesos colombianos (COP) / USD 3,5, mientras que quienes participaron de las DGF recibieron COP 30.000 / USD 7, debido a que esta actividad era más extensa. Quienes ejercieron las funciones de supervisión, coordinación y TCS no recibieron ningún incentivo para participar en el estudio.

Gestión y análisis de los datos

Los datos cuantitativos se recopilaban 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 para comprender si existían diferencias estadísticamente significativas entre el sitio de intervención y el de comparación. Estas diferencias significativas se indican en el texto entre paréntesis y en las tablas y los gráficos mostrando la significación estadística de las pruebas de las 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). Todos los análisis se realizaron en Stata 17.

Los datos cualitativos de las EIC y las DGF se grabaron en audio, se realizó una transcripción literal y se tradujeron al español, según 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 12 Plus (QSR International Pty Ltd, 2020) 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 VBG, la igualdad de género y la violencia sexual (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.

Composición del equipo de investigación

El equipo de investigación estuvo integrado por la Dra. María Cecilia Dedios Sanguineti y la Dra. Ángela María Guarín Aristizábal como coinvestigadoras principales; Mariana Martínez Gómez, María Camila García Durán y Ariana Catalina Torres García de UniAndes, Colombia, como asistentes de investigación, y Katherine Gambir de WRC, Estados Unidos, como investigadora principal. El equipo sobre el terreno estuvo compuesto por dos integrantes masculinos y siete integrantes femeninas como asistentes de investigación.

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 informado 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. El paquete de la JRI aprobado por el Comité de Ética de UniAndes incluyó un protocolo de primeros auxilios psicológicos para el personal de CNC. Además, se puso a disposición una vía de derivación para las personas participantes que informaron casos de VS y para quienes precisaban derivación a servicios de salud mental de emergencia.

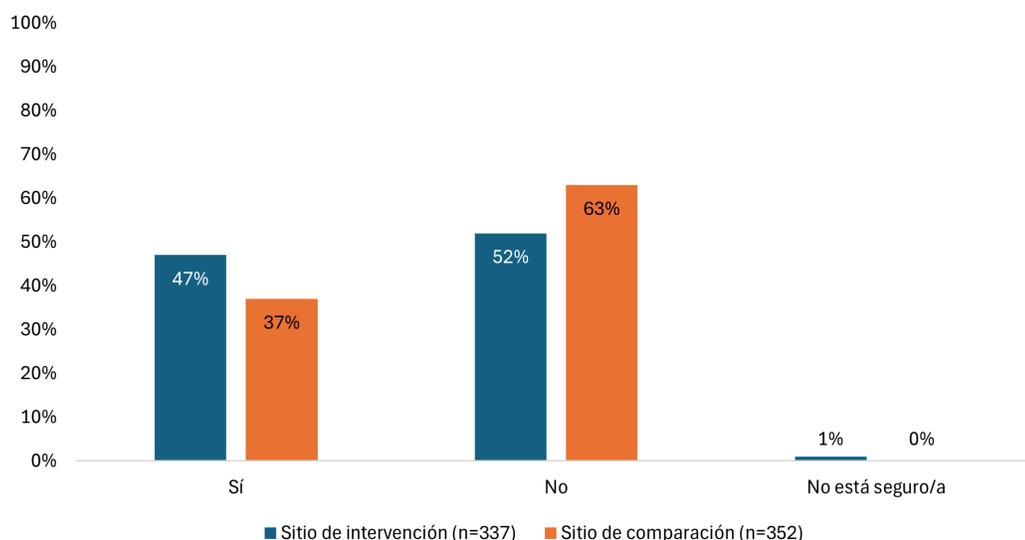
Resultados

Las secciones a continuación presentan los hallazgos principales en la línea base. Esta información, tanto del sitio de intervención como del sitio de comparación, permitirá generar evidencias que constituirán la base para el monitoreo y la evaluación de la intervención *Comunidades Cuidadoras* en Uribia. Los resultados cuantitativos y cualitativos se presentan de manera secuencial, según los temas organizadores. Presentamos gráficos que resumen los resultados clave de la encuesta. Las características demográficas y socioeconómicas de las personas participantes de la encuesta pueden observarse en el **Apéndice B**.

Conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de integrantes de la comunidad con respecto a la VBG y la VS

Más de la mitad de quienes participaron en la encuesta informaron no haber escuchado nunca el término “violencia basada en género” (51,93% en el sitio de intervención y 62,78% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$) (ver el **Gráfico 1**). Al mismo tiempo, consideraban que la VBG no era común en sus comunidades (ver el **Gráfico 4**). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de participantes en el sitio de intervención y el sitio de comparación a) que habían escuchado el término VBG (sí/no), b) que consideraban las limitaciones de desplazamiento como una acción incluida en la VBG y c) que consideraban que la VBG en la comunidad era muy común y no era común.

Gráfico 1: La persona ha escuchado el término “violencia basada en género” (por sitio)



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Durante la DGF, la VBG se definió en los sitios como maltrato, con algunas discrepancias y variaciones de la comprensión de la VBG según los subgrupos. Las personas participantes describieron que la VBG podría estar dirigida hacia mujeres, hombres, niños y niñas, la comunidad LGBTQI+, las personas migrantes venezolanas o cualquier otra persona en la comunidad. Mujeres y hombres de todas las edades en ambos sitios describieron el maltrato de diversas maneras e identificaron diferentes tipos, como se indica a continuación.

La mayoría de las mujeres y niñas adolescentes sugirieron que el maltrato afecta sobre todo a las mujeres y que son principalmente los esposos quienes lo ejercen. Las mujeres wayuu a menudo describieron el maltrato como situaciones provocadas por el consumo de alcohol por parte del esposo. Los hombres participantes describieron la VBG como "violencia" dirigida tanto hacia hombres como mujeres. También mencionaron que la VBG ocurre en situaciones en las que el hombre en la pareja se encuentra embriagado por el alcohol.

Tipos de VBG

A pesar del alto porcentaje (más de la mitad) de participantes que informaron no saber qué es la VBG, los datos cualitativos en ambos sitios mostraron una comprensión matizada del fenómeno. Las personas participantes reconocen la VBG como un concepto que comprende diferentes tipos de violencia: psicológica, física, económica, emocional y sexual, así como la presión para hacer determinadas cosas o limitar la libertad de desplazamiento de una persona. Al analizarlos unos junto a los otros, los resultados cualitativos destacan las definiciones matizadas de la VBG que dieron las personas participantes y que se vieron limitadas en la encuesta CAP debido a su diseño estructurado y al hecho de que es una actividad de recopilación de datos individual, en vez de colectiva.

Para mí, la violencia de género, hay muchas formas de violencia basada en género; es discriminación, violencia física, violencia verbal, violencia psicológica.

(DGF con niñas adolescentes wayuu_Sitio de comparación)

Las mujeres que participaron en las DGF mencionaron la violencia física y psicológica como los tipos más comunes de VBG y que afectan más a las mujeres. Durante las DGF, las participantes compartieron experiencias pasadas de violencia física con parejas anteriores como una manera de ejemplificar su comprensión de la VBG:

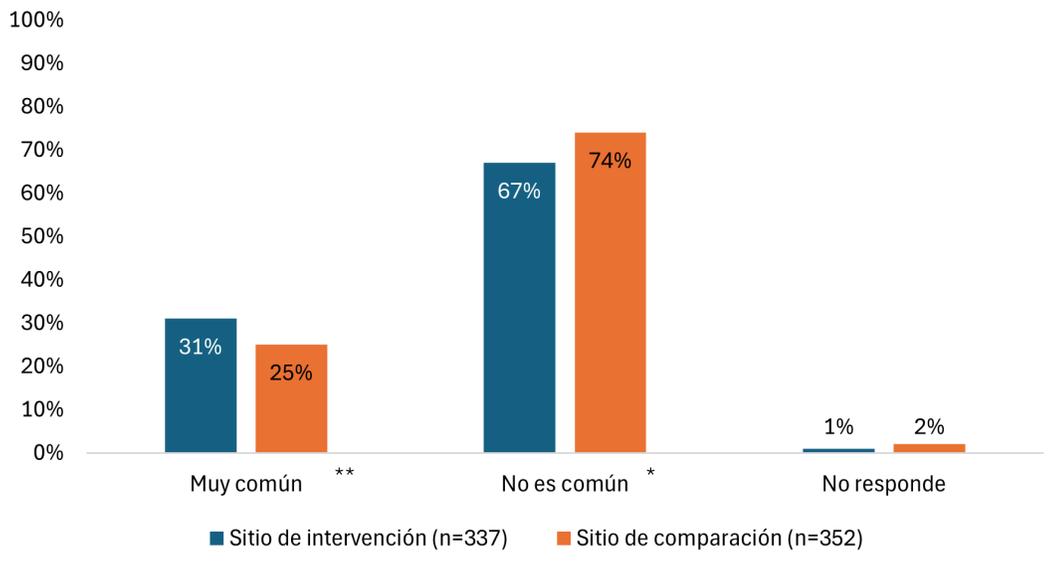
Al menos yo era una persona... Con mi primer pareja, con el primer padre de mis hijos, era una mujer que siempre recibía golpes, cada semana, si llegaba embriagado venía inmediatamente a pegarme y por eso me separé de él.

(DGF con niñas adolescentes y mujeres adultas wayuu_Sitio de intervención)

Muchas mujeres y niñas adolescentes participantes definieron la VBG como violencia física, y agregaron que sucede de manera frecuente y recurrente a mujeres y niñas de su comunidad. Este hallazgo contrasta con los hallazgos de la encuesta, donde las personas participantes indicaron que la VBG no es común en sus comunidades. Quienes participaron de la encuesta indicaron que la VBG no era común en sus comunidades (67,36% en el sitio de intervención contra 73,58% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$) y más participantes en el sitio de intervención (31,45%) que en el sitio de comparación (24,72%) indicaron que la VBG es muy común en su comunidad ($p < 0,05$) (ver Gráfico 2). En general, más del 65% de las personas participantes respondieron que la violencia psicológica contra niñas o niños adolescentes, la violencia física contra niñas o niños adolescentes o la violencia sexual contra niñas o niños adolescentes no eran comunes. En contraste con los hallazgos de la encuesta, en al menos una DGF de mujeres adultas y niñas adolescentes se indicó que la VBG, específicamente la violencia psicológica, era común en sus comunidades. Entre las mujeres adultas y adolescentes que participaron en las DGF, la violencia psicológica ocurre cuando sus parejas les gritan, usan palabras despectivas en referencia a sus cuerpos o cuando sus parejas las subestiman o humillan. Mencionaron que la violencia psicológica afecta a las mujeres al destruir su autoestima, lo cual, a su vez, podría dar lugar a que se causen lesiones a sí mismas o, en algunos casos, al suicidio.

Gráfico 2: ¿Cuán frecuente es la VBG en su comunidad? (por sitio)

Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$



En el sitio de comparación, las niñas adolescentes wayuu analizaron la VBG en profundidad. Este subgrupo en particular fue más empático para describir la VBG como violencia sexual. Por ejemplo, una de las participantes expresó: “[La VBG] es cuando una mujer la violan” (DGF con niñas adolescentes wayuu_Sitio de comparación). Además, este subgrupo de niñas adolescentes también conversó sobre la violencia contra las niñas que experimentan explotación sexual en el contexto de la venta de servicios sexuales:

[La VBG] es cuando una mujer le dice a una niña que haga esto y la niña no quiere hacerlo... Como si estuviera vendiendo su cuerpo.
(DGF con niñas adolescentes wayuu_Sitio de comparación)

Mujeres adultas wayuu que participaron también definieron la VBG como violencia contra niños y niñas y violencia intrafamiliar. Analizaron la VBG como violencia contra niños y niñas ejercida por personas adultas o incluso la violencia ejercida por sus propias madres, según lo refirió esta participante: “Cuando por ejemplo si [a] la madre no le gusta que haga eso y lo que hace es regañarlo y lo golpea [al niño]” (DGF con niñas wayuu_Sitio de comparación). También comprendían la VBG como violencia intrafamiliar, a la que definieron como enfrentamientos y violencia entre parejas y entre familiares cercanos. Las mujeres no pertenecientes a la comunidad wayuu fueron las únicas que se refirieron a la VBG como acoso. Se refirieron al acoso de dos maneras: causar daño físico a una persona debido a su género y como abuso verbal de un esposo hacia su esposa.

En el sitio de comparación, los participantes de sexo masculino en general no conversaron sobre la VBG. Los hombres adultos y niños adolescentes wayuu abordaron la discusión de manera más breve y sencilla. En general, no se identificaron posiciones opuestas ni hubo debate en torno al tema en ningún subgrupo de participantes masculinos; sin embargo, cuando un niño adolescente wayuu que participaba intentó expresar su posición contraria a la de otro participante, la conversación se tornó hostil. En respuesta, la persona que moderaba la DGF recordó a las personas participantes la necesidad de respetar la opinión de todos, e intentó evitar que la discusión se intensificara.

En el sitio de intervención, la mayoría de los hombres adultos wayuu definieron la VBG como lo que no debe hacerse. Por ejemplo, cuando se les preguntó sobre su comprensión de la VBG, respondieron: “no maltratar a las mujeres en el hogar, a los niños...” (DGF con hombres adultos wayuu_Sitio de intervención). En este subgrupo de hombres adultos wayuu, la idea de la VBG como maltrato se

relacionó con el maltrato de personas jóvenes. Compartieron ejemplos de personas jóvenes maltratadas por la policía debido a que consumen drogas, o de personas jóvenes que son maltratadas incluso si son inocentes. Los hombres jóvenes wayuu definieron la VBG como pegarle a una mujer y adherían a la idea de un “sexo débil”.

El subgrupo de niñas adolescentes no pertenecientes a la comunidad wayuu enfatizó la importancia de considerar a la violencia psicológica como un tipo de VBG y también mencionaron la violencia doméstica como otro tipo de VBG. Las niñas adolescentes wayuu definieron la VBG como no adecuarse o comportarse en función del género [sexo] que se le ha asignado a uno al nacer. Una niña adolescente wayuu lo explicó en estos términos: “También la violencia de género es cuando ellos violan el género con que ellos nacieron” (DGF con niñas adolescentes wayuu_Sitio de intervención). Según personas que participaron de esta DGF, cuando una persona no cumple con los roles de género correspondientes a su sexo en el hogar, esto se ve como un tipo de VBG hacia la pareja o familia de esa persona. Por ejemplo, la VBG sucede cuando una mujer no lava, plancha o cocina o cuando un hombre no trabaja, no trae dinero a casa o no asume una actitud de autoridad en el hogar.

Líderes de la comunidad

Durante las EIC con líderes de la comunidad y otros actores clave, la prevalencia y las normas que informaron en torno a la VBG fueron mixtas; sin embargo, las EIC en los distintos sitios indicaron que las personas migrantes y la comunidad wayuu adoptan enfoques diferenciados al abordar casos de VBG. Una persona líder de la comunidad wayuu explicó que las familias wayuu casi nunca presentan una denuncia cuando ocurre un hecho de violencia, debido a que se considera que los problemas de la pareja deben mantenerse en privado, mientras que se percibió que las personas migrantes tenían mayor probabilidad de procurar obtener ayuda de las autoridades y buscar servicios psicológicos y de orientación.

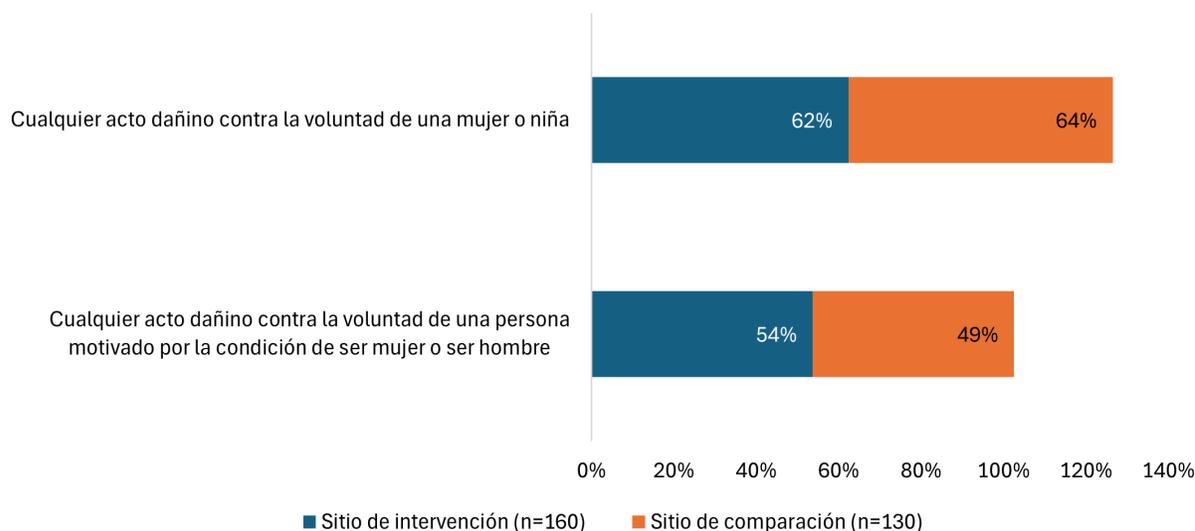
En el sitio de la intervención, las EIC sugirieron que muchas personas en la comunidad percibían la VBG como normal, especialmente las personas cercanas a la idiosincrasia, las costumbres y la cultura de la comunidad wayuu. Algunas personas líderes de la comunidad describieron que en la cultura wayuu el hombre está a cargo y se espera que la mujer obedezca. Por lo general, la cuestión de la VBG se aborda por medio de la ley wayuu, es decir, no se hace a través de las instituciones estatales. La ley wayuu indica que cuando ocurre un acto de violencia, las familias hablan, llegan a un acuerdo y cobran un valor monetario como resarcimiento. Las menciones a la cultura wayuu en relación con la VBG se analizaron principalmente en el contexto del sitio de intervención, en vez del sitio de comparación. Además, hubo líderes de la comunidad que consideraron que la VBG era algo muy inusual en su comunidad y que había disminuido considerablemente con el tiempo.

En el sitio de comparación, diversos líderes de la comunidad identificaron distintos tipos de violencia en su definición de VBG: violencia física, sexual, económica y psicológica. Algunas personas líderes no pudieron identificar casos de VBG y dijeron que la VBG era muy poco común en las manzanas donde vivían. En contraste, hubo líderes que mencionaron que la VBG es prevalente. Por último, algunas personas líderes identificaron un cambio en las actitudes hacia la VBG y vincularon esto a las actividades de capacitación y sensibilización en VBG en la comunidad, es decir, la comunidad empezaba a identificar como delitos o actos violentos que no deberían ocurrir los actos violentos que anteriormente se habían normalizado.

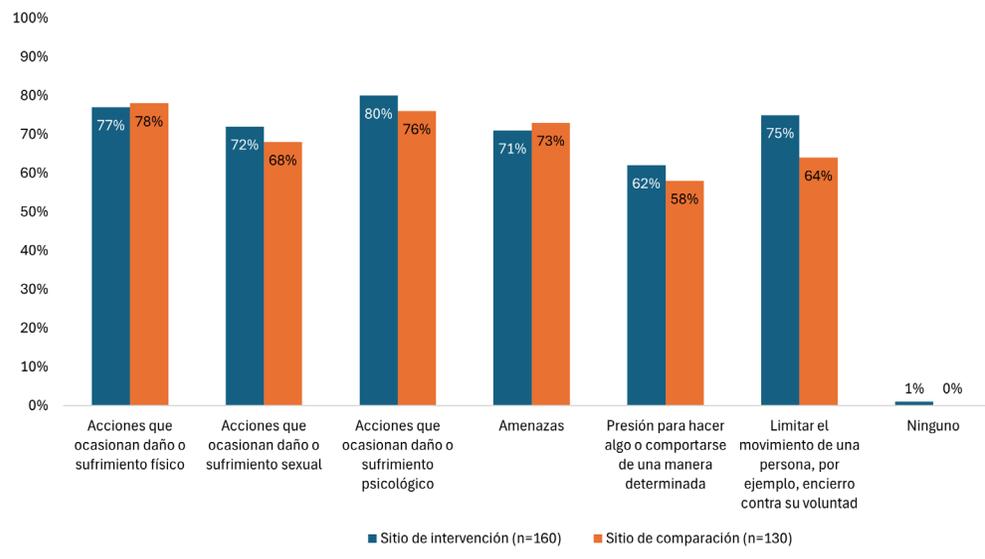
De manera similar a los hallazgos cualitativos donde las personas participantes indicaron que la VBG se comprende como maltrato y otros tipos de violencia dirigida hacia mujeres y niñas y, en menor medida, hacia hombres y niños, casi dos tercios de todas las personas participantes en la encuesta respondieron que la VBG se relaciona con cualquier acto dañino contra la voluntad de una mujer o una niña (62,35% en el sitio de intervención y 64,12% en el sitio de comparación) (ver el **Gráfico 3**). Las personas participantes podían seleccionar más de una respuesta. Aproximadamente la mitad de todas las personas participantes (53,7% en el sitio de intervención contra 48,85% en

el sitio de comparación) también consideraron que la VBG se relaciona con cualquier acto dañino contra la voluntad de una persona motivado por la condición de ser mujer o ser hombre. Más del 75% consideraron que las acciones que ocasionan daño o sufrimiento físico (76,54% en el sitio de intervención contra 77,86% en el sitio de comparación) y las acciones que ocasionan daño o sufrimiento mental o psicológico (79,63% en el sitio de intervención contra 76,34% en el sitio de comparación) constituyen VBG. Un porcentaje similar de participantes también respondieron que las acciones que ocasionan daño o sufrimiento sexual (72,22% en el sitio de intervención contra 67,94% en el sitio de comparación) y las amenazas (70,99% en el sitio de intervención contra 72,52% en el sitio de comparación) también constituyen VBG. Encontramos diferencias entre participantes que dijeron que limitar el desplazamiento de una persona es un tipo de VBG (74,69% en el sitio de intervención contra 64,12% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$) (ver en el **Gráfico 4** detalles adicionales).

Gráfico 3. Definición de VBG (según el sitio y entre quienes han escuchado el término)



Significación estadística de las pruebas de diferencia * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$
 Las categorías no se excluyen unas a otras. Se excluyen las respuestas de las categorías "Otro" y "Ninguno" $< 1\%$

Gráfico 4. Acciones que se consideran VBG (por sitio y entre quienes han escuchado el término)

Significación estadística de las pruebas de diferencia * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

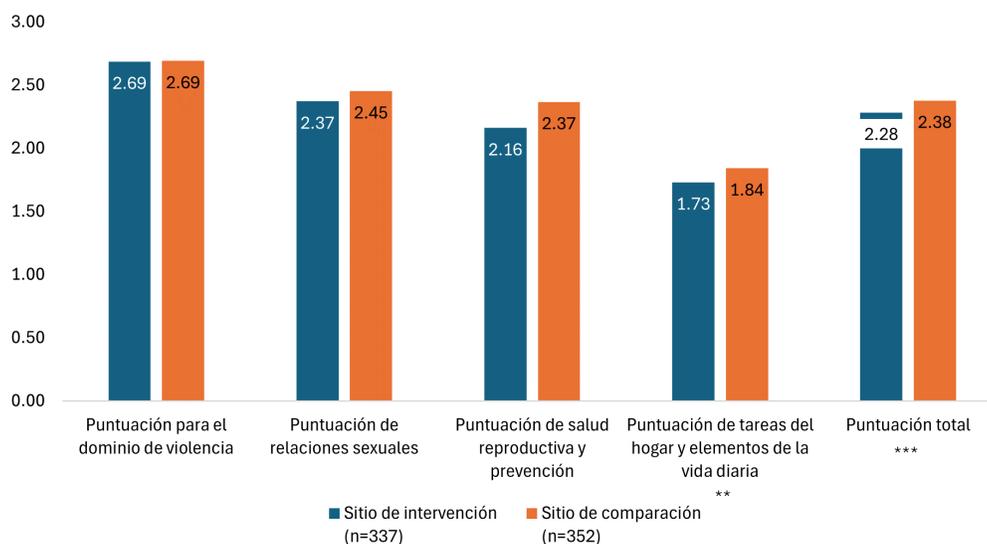
Las categorías no se excluyen unas a otras. Se excluyen las respuestas de las categorías "Otro" y "Ninguno" $< 1\%$

Actitudes hacia la igualdad de género y la VBG

Igualdad de género

La escala GEM mide las actitudes hacia las normas de género en las relaciones íntimas a lo largo de cuatro dominios: violencia; relaciones sexuales; salud reproductiva y prevención de enfermedades, y tareas del hogar y elementos de la vida diaria. La puntuación total de la escala y las puntuaciones por dominio van de uno a tres: una puntuación más alta significa mayores actitudes equitativas en cuanto al género. En todos los dominios, las personas participantes del sitio de comparación tuvieron actitudes equitativas en cuanto al género levemente mayores según la puntuación total de la escala de igualdad de género (2,38 en el sitio de comparación contra 2,28 en el sitio de intervención) ($p < 0,01$) (ver el Gráfico 5 de puntuaciones de la escala GEM por dominio y totales [por sitio]). Para el dominio de la violencia, las personas participantes de ambos sitios tuvieron la misma puntuación general (2,69), lo que indica actitudes equitativas en cuanto al género relativamente altas en este dominio. En el dominio de las relaciones sexuales, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los sitios. Las personas participantes del sitio de comparación tuvieron una puntuación general más alta que las personas participantes del sitio de intervención (2,45 contra 2,37), lo que implica actitudes equitativas en cuanto al género más altas en el dominio de las relaciones sexuales ($p < 0,05$) (ver el **Gráfico 5**). Los resultados mostraron tendencias similares en el dominio de salud reproductiva y prevención de enfermedades (2,37 contra 2,16) ($p < 0,01$) y el de tareas del hogar y elementos de la vida diaria (1,84 contra 1,73) ($p < 0,05$).

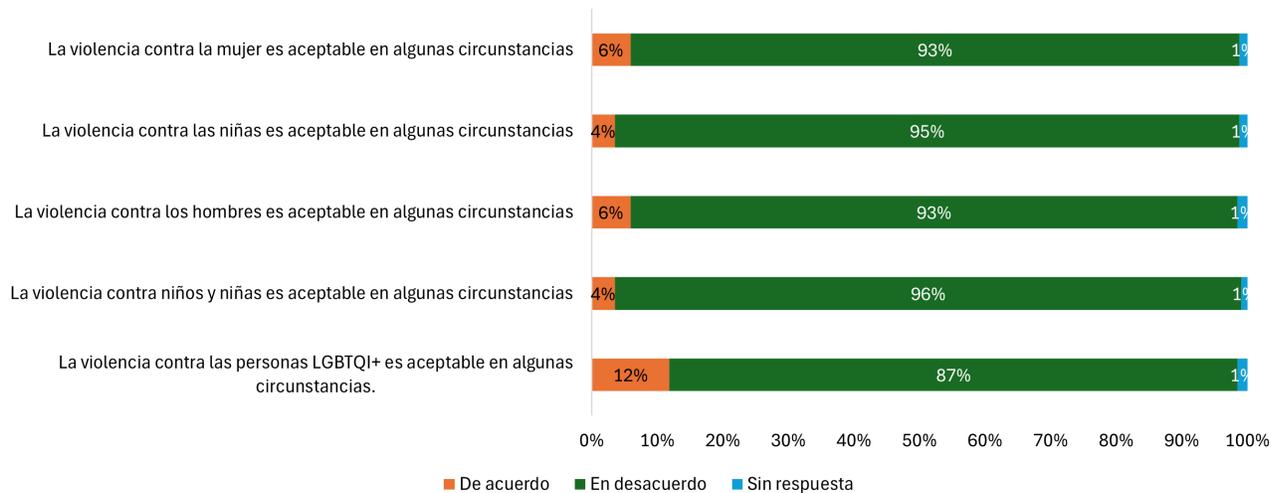
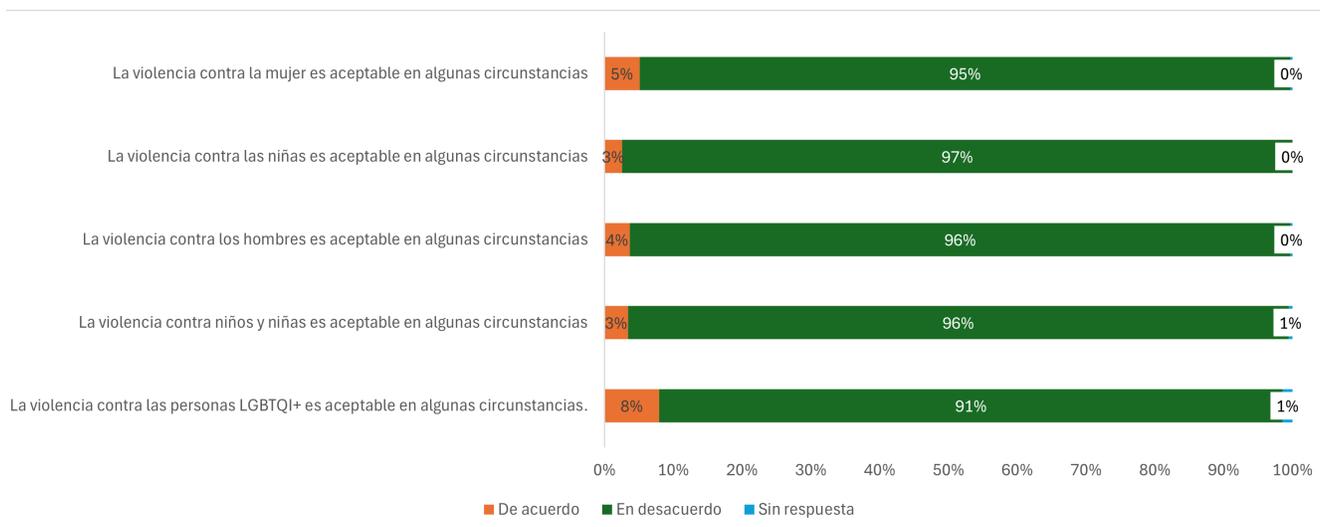
Gráfico 5. Puntuaciones de la escala GEM por dominio y totales (por sitio)



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

En cuanto a las actitudes hacia la VBG, el equipo de investigación recabó información con una versión adaptada de la Escala de actitudes hacia la violencia basada en género que utiliza por el Comité Internacional de Rescate en Jordania (2015). Esta escala aborda los siguientes dominios: el matrimonio infantil; la toma de decisiones financieras en el hogar; la violencia contra mujeres, niñas, hombres y niños heterosexuales cisgénero y las personas LGBTQI+; la revelación de violencia, y el acceso de las personas sobrevivientes a servicios.

Los hallazgos indican que, en general, la violencia contra mujeres, niñas, hombres y niños heterosexuales cisgénero y las personas LGBTQI+ no era aceptada por las personas participantes. Más del 86% de las personas en cada comunidad indicaron que están “en desacuerdo” con la siguiente afirmación: “La violencia contra las personas LGBTQI+ es aceptable en algunas circunstancias”. Se aplican porcentajes similares a las afirmaciones sobre mujeres (más del 92% en desacuerdo), niñas (más del 95% en desacuerdo) y hombres (más del 92% en desacuerdo). Además, la mayoría de las personas participantes consideraron que una mujer o una niña expuesta a violencia buscará ayuda de una persona en la que confía o de grupos o servicios especializados. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el sitio de intervención y el sitio de comparación para las siguientes variables: violencia contra niñas (sin respuesta), violencia contra hombres (en desacuerdo y sin respuesta), violencia contra la comunidad LGTBIQ+ (de acuerdo) y en la pregunta relacionada con una mujer que busca ayuda de una persona en quien confía (de acuerdo y sin respuesta); sin embargo, las diferencias fueron menores, de no más del 4%. (Ver el **Gráfico 6** para el sitio de intervención y el **Gráfico 7** para el sitio de comparación).

Gráfico 6. Actitudes hacia la VBG (sitio de intervención)**Gráfico 7. Actitudes hacia la VBG (sitio de comparación)**

Más del 80% de las personas participantes en las comunidades estuvieron en desacuerdo con que el matrimonio con una mujer menor de 18 años fuera aceptable. La mayoría de la muestra (alrededor del 90%) consideró que el esposo y la esposa deben tomar decisiones juntos acerca de los gastos del hogar. Un número levemente mayor de participantes del sitio de comparación frente al sitio de intervención estuvieron en desacuerdo con la afirmación: “la violencia contra los hombres es aceptable en algunas circunstancias” (92,58% en el sitio de intervención contra 96,02% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$).

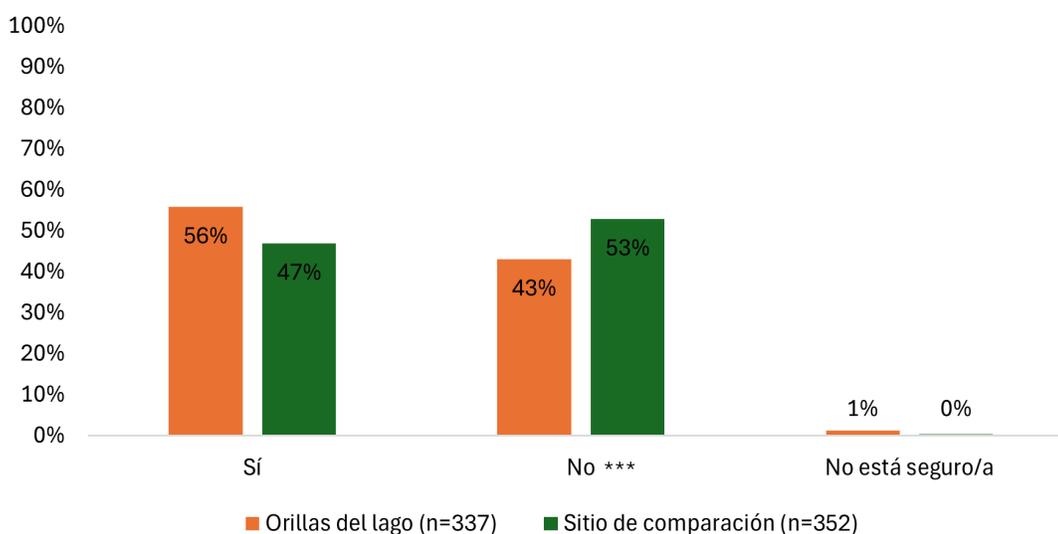
También se preguntó a participantes si creían que si una mujer o una niña era expuesta a violencia buscaría ayuda de alguna persona en quien confíe o de otros proveedores de servicios. Entre el 80% y el 90% de las personas entrevistadas estuvieron de acuerdo con estas afirmaciones. Más personas participantes del sitio de comparación frente al sitio de intervención expresaron estar de acuerdo

con la afirmación relacionada con una mujer que busque ayuda de una persona en quien confía en caso de violencia (80,12% en el sitio de intervención contra 85,80% en el sitio de comparación) ($p < 0,05$).

Conocimiento y conciencia de la violencia sexual

Los datos de las DGF indican que todas las personas participantes comprenden qué es la VS. Sin embargo, solamente alrededor de la mitad de quienes participaron de la encuesta informaron haber escuchado el término “violencia sexual” (55,79% en el sitio de intervención contra 47% en el sitio de comparación) ($p < 0,05$) (ver el **Gráfico 8**). Más de la mitad (57%) de participantes informaron que la VS no era común en su comunidad. Más participantes del sitio de intervención (23,74%) frente al sitio de comparación (16,76%) ($p < 0,05$) informaron que la VS era más común en la escuela y un número levemente mayor de participantes del sitio de comparación informaron que la VS no era común en el trabajo (80,12% en el sitio de intervención contra 85,23% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$). Entre aquellas personas participantes que seleccionaron lugares específicos en la comunidad donde la VS era común, los lugares mencionados más frecuentemente fueron los espacios públicos abiertos (35,31% en el sitio de intervención contra 28,41% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$) y en el arroyo (37,39% en el sitio de intervención contra 26,14% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$).

Gráfico 8. La persona ha escuchado el término violencia sexual (por sitio)



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Durante las DGF, la “violencia sexual” fue el único término que todas las personas participantes afirmaron comprender y para el cual pudieron brindar diversos ejemplos en contraste con la “violencia basada en género” y el “género”. En ambos sitios, una idea central fue que la VS significa forzar a una persona a tener relaciones sexuales. Mediante expresiones diferentes, todas las personas participantes de todas las edades se refirieron a la VS como sexo forzado, violación o sexo sin consentimiento. Participantes en todos los subgrupos mencionaron la VS como un tipo de VBG. Integrantes de la comunidad comprendían a la VS como una acción perpetrada principalmente por hombres contra mujeres. Mujeres de ambos sitios y de todos los subgrupos describieron que la VS ocurre principalmente en relaciones de pareja íntima en las cuales el agresor es el esposo, el novio o la pareja. La mayoría de mujeres asociaron la VS con la violencia física, como las golpizas y el daño físico.

En el sitio de comparación, las niñas adolescentes wayuu informaron sobre casos en los que se piden fotos íntimas como parte de la violencia sexual. Es el único subgrupo donde se mencionó esta actividad. En contraste, las mujeres adultas wayuu hicieron más énfasis en la violencia sexual sufrida por niños y niñas de la comunidad. Los niños adolescentes wayuu que participaron expresaron sentimientos similares relacionados con la violencia sexual perpetrada contra niños y niñas de su comunidad. Compartieron que la VS contra niños y niñas también puede estar acompañada de homicidio.

La violencia sexual es cuando se abusa de los menores: les dicen que van a darles un dulce y se los quitan, los violan y los matan. (DGF con niños adolescentes wayuu_Sitio de comparación)

Mujeres adultas y jóvenes no pertenecientes a la comunidad wayuu también hablaron de la violación de niños y niñas de la comunidad como una forma de VS y mencionaron en particular a los docentes como agresores de VS contra estudiantes. La discusión acerca de docentes como agresores en casos de violación solo se observó en el subgrupo de mujeres adultas y jóvenes que no eran de la comunidad wayuu. En el subgrupo de hombres adultos wayuu, los participantes conversaron acerca de la VS centrada en el matrimonio entre hombres mayores y niñas más jóvenes. Hicieron referencia al cambio en la costumbre wayuu de la dote, cuando la familia de la novia proporciona dinero o artículos de valor a la familia del novio. Al hacer referencia a la diferencia de edades entre la novia y el novio, una de las personas participantes explicó que consideraría que es VBG si se fuerza a una mujer joven a casarse con un hombre mayor en contra de sus deseos.

...si la niña lo deja y desea ser esposa de alguien mayor, eso no es violencia sexual, pero si la persona mayor de cuarenta y tantos, cincuenta, se casa pidiendo su mano y ella no quiere que él sea su esposo, que sea su pareja, eso es maltrato sexual. (DGF con hombres adultos wayuu_Sitio de comparación)

Las niñas ya se están defendiendo, diciendo que no son cabras, que no son ganado. (DGF con hombres adultos wayuu_Sitio de comparación)

En el sitio de intervención, los hombres y adultos jóvenes wayuu consideraron que las personas afectadas por VS son solamente mujeres. Nunca mencionaron a los hombres como personas en riesgo o sobrevivientes de VS. Al principio, definieron la VS en términos de lo que no debería hacerse. Una persona participante expresó: "La violencia sexual, que las mujeres no deben ser forzadas a tener intimidad con los hombres" (DGF con hombres adultos wayuu_Sitio de intervención). Entonces, resultó evidente que, culturalmente, se necesita pagar si un hombre mayor se involucra con una mujer joven. El pago se realiza para evitar la cárcel, porque las diferencias significativas de edad se reconocen como abuso:

P6: El pago. Así funciona aquí.

P8: Aquí, por ejemplo, tengo una prima. En la ranchería tengo una situación. La niña tiene 15 años y el hombre tiene 39. ¿Qué dijo uno de mis tíos? Dijo que si no pagas, vas a la cárcel. Porque, bueno, la niña es menor y el hombre tiene casi 40 años. Eso ya es abuso sexual. Ahora, por ejemplo.

P9: El abuso sexual, incluso si sucede voluntariamente, es abuso sexual.

P8: Por supuesto, exactamente, y luego, para que él (el tío) la deje con él, él tiene que pagar (por) la pobre niña, porque si lo demandan, él va a la cárcel. Él tiene que hacerlo, obligatoriamente tiene que pagar, una tarifa, como dice (DGF con hombres adultos wayuu_Sitio de intervención).

Posteriormente en la conversación, los hombres wayuu de mayor edad que participaban del diálogo afirmaron que la violencia física es común; sin embargo, debido al temor a la policía, es menos común que antes, aunque no se definió cuándo era "antes". Durante la conversación, dieron varios ejemplos de violencia física (p. ej., un hombre que le pega a una mujer embarazada porque cree que

le fue infiel). También dieron ejemplos de violencia física por hombres embriagados. Finalmente, los hombres dijeron que, culturalmente, cuando se golpea a una mujer, deben tomarse las siguientes medidas: el hombre debe pagar a los hombres que son familiares de la mujer y la mujer debe encerrarse por cinco días y bañarse para que la situación no suceda otra vez.

La VS también se definió en el sitio de intervención como un acto de humillación. Mujeres adultas y jóvenes asociaron la VS con la humillación entre integrantes de una pareja. Los hombres pueden humillar a las mujeres y las mujeres pueden humillar a los hombres. La humillación se entendió como subyugar a otra persona ejerciendo poder sobre ella. Esta asimetría de poder posibilita que la persona que comete la agresión logre que la otra persona se sienta mal con respecto a sí misma. En particular, las mujeres no wayuu hicieron énfasis en la violencia sexual contra niños y niñas y mencionaron que también puede ser perpetrada por mujeres:

P2: Pero sabía que... Siempre estamos culpando al hombre. El hombre es el que viola a la mujer, el hombre es el que viola al niño, el hombre es el que viola a la niña, el hombre, ¿el hombre? ¿Sabía que las mujeres también violan a niños y niñas?

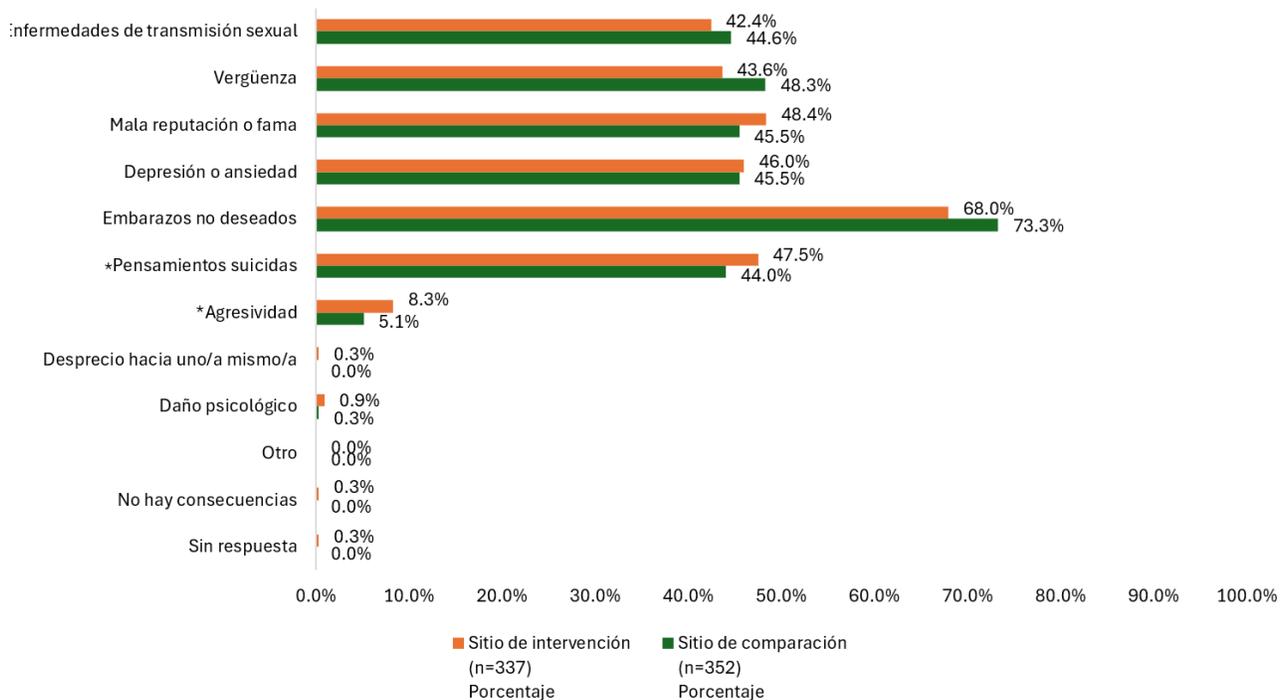
P6: Sí, también hay mujeres que violan a los niños y niñas. Que los acosan... Así como los hombres buscan a las mujeres. (DGF con niñas adolescentes y mujeres adultas wayuu_Sitio de intervención)

Para profundizar en la comprensión y las prioridades relacionadas con la VS, se pidió a quienes participaban que clasificaran sus preocupaciones relacionadas con la VS. En particular, las prioridades se organizaron en torno al tema de la inseguridad. Las preocupaciones principales del sitio de intervención se centraron en las necesidades de seguridad, los servicios públicos precarios y la escasa presencia institucional. Aunque el ejercicio se centró en la VS, las personas participantes asociaron las preocupaciones con problemas como la inseguridad, la falta de iluminación en calles y el consumo de drogas, además de su preocupación por la violencia sexual y la violación sexual de niños y niñas. Un mensaje que estuvo presente en todas las DGF es que las personas no se sienten seguras en su comunidad. El riesgo de VS se expresó como apenas uno de los muchos estratos que contribuyen a la sensación de inseguridad. De manera similar, las preocupaciones en el sitio de comparación reflejan tres temas centrales: la falta de infraestructura física e institucional (falta de policía y alumbrado público), los riesgos que enfrentan los niños y niñas y la violencia basada en género (maltrato hacia mujeres y entre la pareja). Las preocupaciones en el sitio de intervención y el sitio de comparación son muy similares; sin embargo, la preocupación sobre los riesgos que enfrentan niños y niñas, incluidos el secuestro y el abuso físico y sexual, fue más pronunciada en el sitio de comparación. Estos resultados muestran las múltiples necesidades básicas insatisfechas en estas comunidades que viven en contextos humanitarios complejos con un alto nivel de pobreza económica y multidimensional.

Consecuencias de la violencia sexual y beneficios de buscar ayuda

El instrumento de la encuesta preguntó a las personas participantes acerca de las consecuencias potenciales de la VS, así como sobre los riesgos y beneficios de buscar ayuda en los casos de VS. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los sitios en las variables siguientes: haber escuchado el término VS, frecuencia de la VS en distintos entornos, el reporte de agresividad como consecuencia de la VS y el reporte de varios beneficios y riesgos de buscar ayuda en casos de VS.

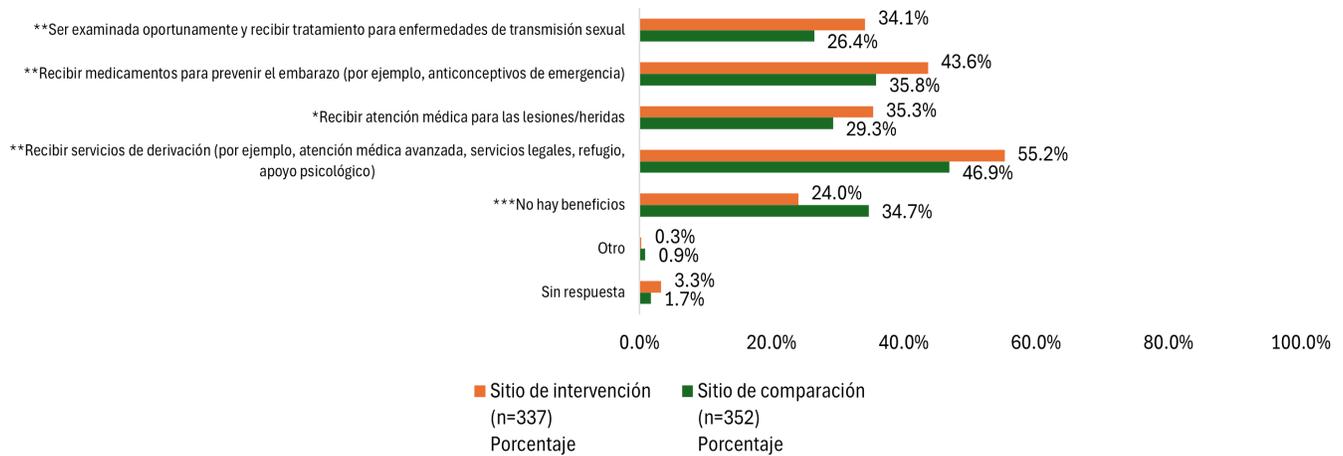
Con respecto a las consecuencias de la VS, la mayoría de las personas participantes en ambos sitios mencionaron los embarazos no deseados (67,95% en el sitio de intervención contra 73,3% en el sitio de comparación) como la consecuencia más común. Más del 40% de participantes en ambos sitios respondieron que otras consecuencias de la VS también eran las enfermedades de transmisión sexual, la vergüenza, el daño a la reputación o fama, la depresión o la ansiedad y los pensamientos suicidas. Un número levemente mayor de participantes en el sitio de intervención que en el sitio de comparación mencionaron que la agresividad también era una consecuencia (8,30% en el sitio de intervención contra 5,11% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$). Solo una persona en el sitio de intervención informó que no había consecuencias de VS (ver el **Gráfico 9**, pág. 17).

Gráfico 9. Consecuencias de la violencia sexual (por sitio)

Significación estadística de las pruebas de diferencia * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$
 Las categorías no se excluyen unas a otras.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los sitios en todos los beneficios percibidos como resultado de buscar ayuda en los casos de VS. Los beneficios que se mencionaron más en ambos sitios fueron el recibir servicios de derivación (55,19% en el sitio de intervención contra 46,88% en el sitio de comparación) ($p < 0,05$) y el recibir medicamentos para prevenir embarazos (43,62% en el sitio de intervención contra 35,8% en el sitio de comparación) ($p < 0,05$). En general, más participantes del sitio de intervención informaron sobre beneficios. Además, más participantes del sitio de comparación expresaron que no había beneficios asociados a buscar ayuda (34,66 en el sitio de comparación contra 24,04% en el sitio de intervención) ($p < 0,01$) (ver el **Gráfico 10**, pág. 18).

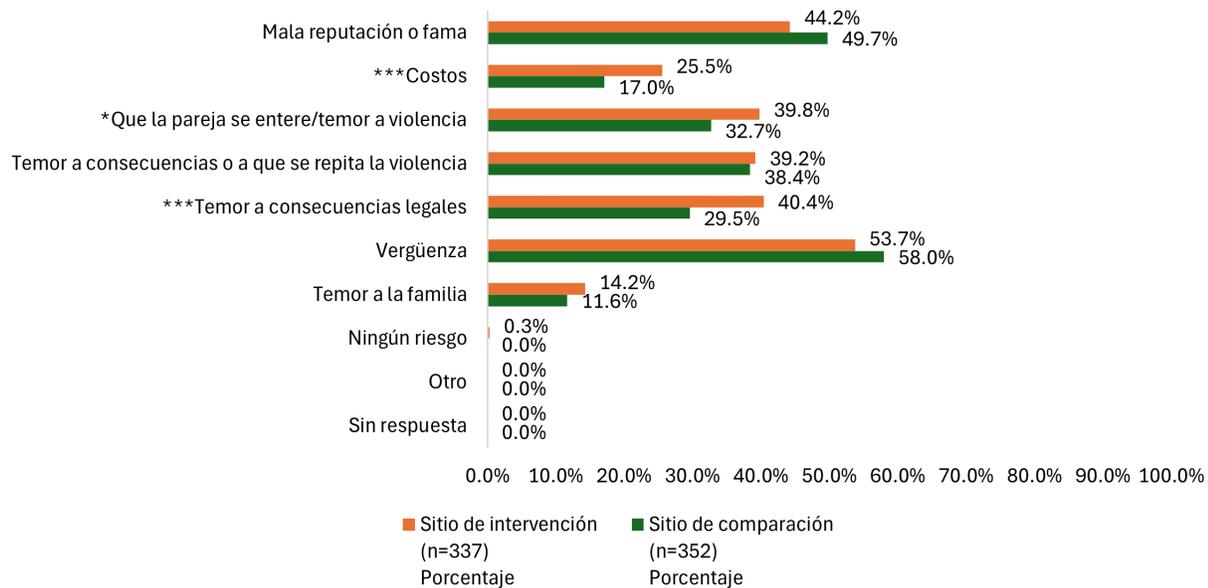
Gráfico 10. Beneficios percibidos de buscar ayuda en casos de violencia sexual (por sitio)



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$
 Las categorías no se excluyen unas a otras.

En relación con los riesgos de buscar ayuda en los casos de VS, los mencionados más frecuentemente fueron la vergüenza (53,71% en el sitio de intervención contra 57,95% en el sitio de comparación) y el daño a la reputación y fama (44,21% en el sitio de intervención contra 49,72% en el sitio de comparación). Más participantes en el sitio de intervención que en el sitio de comparación informaron otros riesgos, como los costos (25,52% en el sitio de intervención contra 17,05% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$), el temor de que la pareja se enterara/temor de violencia (39,76% en el sitio de intervención contra 32,67% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$) y el temor de sufrir consecuencias legales (40,36% en el sitio de intervención contra 29,55% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$) o no respondieron la pregunta (5,93% en el sitio de intervención contra 1,14% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$) (ver el **Gráfico 11**, pág. 19).

En contraste con la información proporcionada por integrantes de la comunidad sobre la VBG, las personas líderes se mostraron tímidas y reacias a hablar sobre la VS. Las personas líderes en ambos sitios tuvieron dificultad para hablar abiertamente acerca de la VS y principalmente mencionaron los casos de VS contra niños y niñas y las consecuencias de la VS y el comportamiento de buscar ayuda. En el sitio de intervención, las personas líderes describieron que muchos adultos permanecen en silencio cuando toman conocimiento del abuso sexual contra un niño o una niña porque, a menudo, el agresor es un familiar. Una persona líder afirmó que la VS no se denuncia debido a la falta de confianza y el temor generalizado entre integrantes de la comunidad. Los niños y niñas sienten temor y no cuentan con un adulto de confianza con quien expresarse. Los niños varones guardan silencio debido al temor de que serán ridiculizados y estigmatizados. Las personas líderes ponen en riesgo su seguridad personal cuando toman conocimiento de un caso de VS, dado que los integrantes de la comunidad pueden verlos como personas que alientan a las víctimas a denunciar el caso a las autoridades.

Gráfico 11. Beneficios percibidos de buscar ayuda en casos de violencia sexual (por sitio)

Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$
Las categorías no se excluyen unas a otras.

Algunas personas líderes dejaron en claro que no existe confianza o seguridad en la comunidad para hablar de estos temas, incluso en el hospital:

Por eso se dice que las mujeres son un poco reacias a buscar ayuda y no dicen nada; tienen temor a ser discriminadas en el hospital. Les dicen: "ah, de seguro se lo buscó". No van al servicio de urgencias porque se les dice: "no, usted seguro se lo buscó" o "su esposo la violó porque no quiso estar con él". Y no debería ser así. (Líder_Sitio de intervención)

En el sitio de comparación, varias personas líderes comunitarias identificaron factores clave que hacen que las familias wayuu no busquen ayuda, como el conflicto entre las familias involucradas que podría llevar a que haya violencia o a que se involucre a las autoridades de aplicación de la ley, algo que es visto como un resultado negativo. En segundo lugar, la oficina de bienestar infantil separa a los niños y niñas de su familia hasta que la situación se aclare, algo que las familias desean evitar. En tercer lugar, debido a que el hospital está alejado, es casi imposible mantener un caso de VS en forma privada y anónima. Buscar ayuda es visto como una admisión pública de victimización.

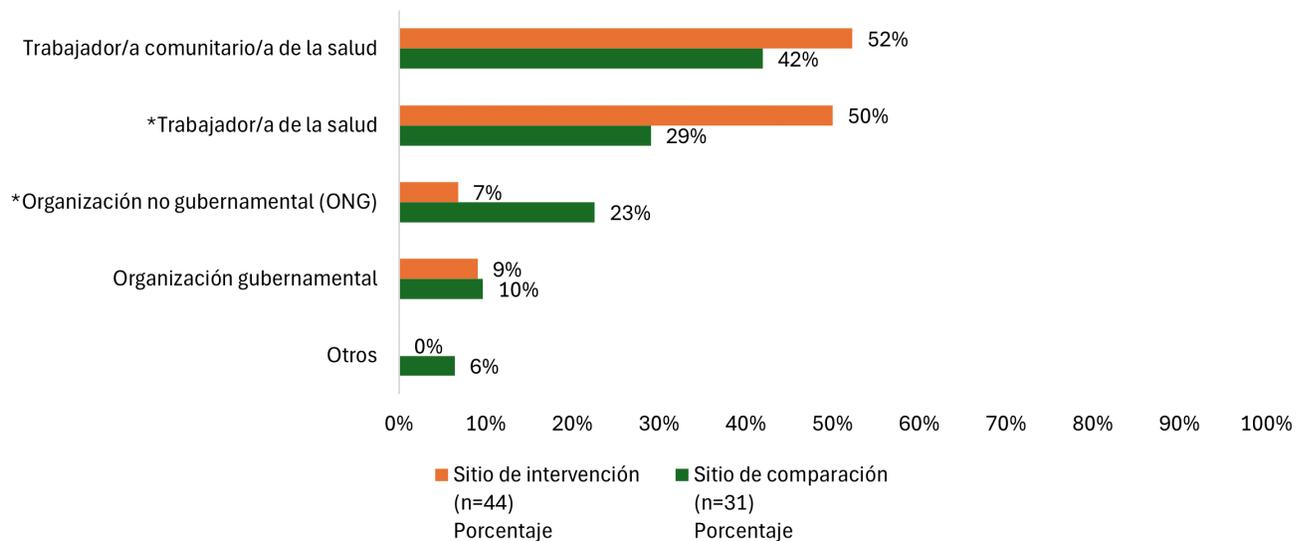
Conocimiento de integrantes de la comunidad sobre información y servicios disponibles de VBG y su acceso a ellos

El análisis de la DGF sugiere que, en el sitio de intervención, las personas buscan información y servicios relacionados con la VBG principalmente en el hogar con sus propios familiares. También pueden ponerse en contacto con el presidente del sistema de gobernanza organizado por la propia comunidad, llamado Junta de Acción Comunal en Colombia, o acudir directamente a la vivienda de otros líderes comunitarios. En el sitio de comparación, algunas personas participantes también identificaron este último sitio como el lugar donde obtener dicha información. Al explorar este tema en las EIC con líderes de la comunidad en ambos sitios, muchos afirmaron que, aunque pueden facilitar derivaciones en casos de VBG, su experiencia de trabajo con la VBG se limita a unas pocas

capacitaciones formales facilitadas por ONG locales. En el sitio de comparación, una lideresa afirmó estar muy familiarizada con el tema de las mujeres y la VBG. Explicó que trabajó dos semanas con un grupo de mujeres para identificar estrategias que buscan reducir la violencia y empoderar a las mujeres de la comunidad.

Una diferencia principal entre las dos comunidades es que las personas participantes en el sitio de comparación mencionaron con frecuencia las sedes centrales de ONG como lugares donde pueden obtener información y servicios relacionados con la VBG. Esto resultó evidente tanto en las DGF (todos los subgrupos identificaron estos sitios en sus conversaciones) y en los resultados de CAP. Por ejemplo, en el sitio de comparación, el 226% de las personas participantes que habían tenido acceso a servicios para VBG en los 12 meses precedentes indicaron que una ONG proporcionó el servicio, en comparación con solo el 6,8% en el sitio de intervención ($p < 0,10$) (ver el **Gráfico 12**).

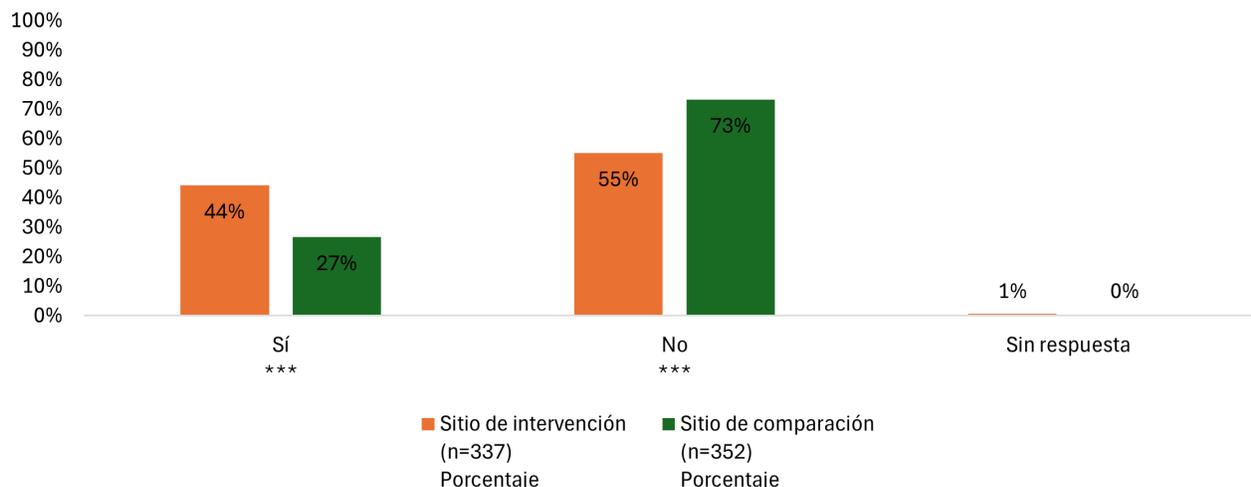
Gráfico 12. Persona o institución que proporcionó el servicio relacionado con VBG (si la persona ha tenido acceso a servicios de VBG en los 12 meses precedentes, por sitio)



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitios * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$
 Las categorías no se excluyen unas a otras.

A pesar que las personas participantes tanto en el sitio de intervención como en el sitio de comparación identificaron lugares clave que proporcionan información y servicios relacionados con la VBG, muchos participantes en las comunidades también afirmaron que no hay lugares en la comunidad diseñados específicamente para difundir esta información. Fueron las mujeres quienes principalmente compartieron estas afirmaciones en ambos sitios. Los resultados de CAP confirmaron esta falta generalizada de conocimiento sobre los servicios disponibles en ambas comunidades si una persona experimenta VBG. La cifra fue significativamente mayor entre participantes del sitio de comparación (55,19% en el sitio de intervención contra 73,3% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$) (ver el **Gráfico 13**, pág. 21).

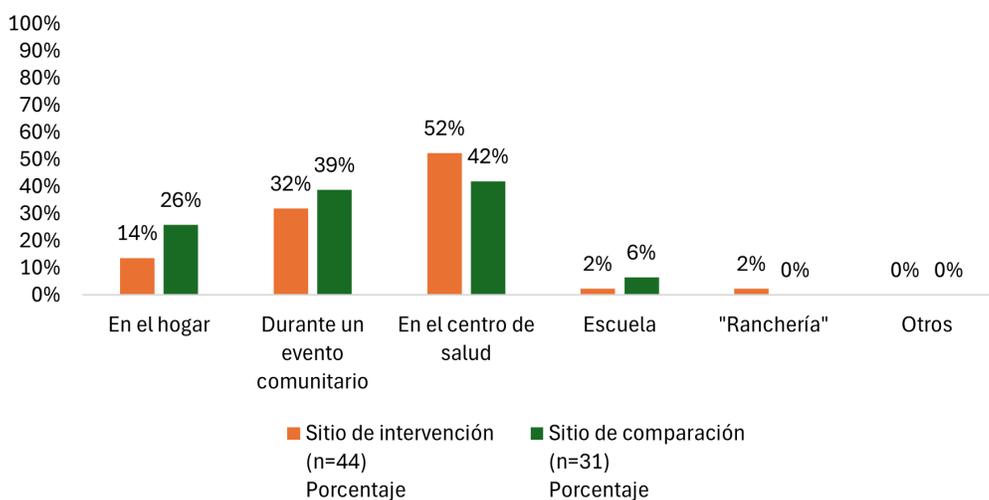
Gráfico 13. Conocimiento de los servicios disponibles en la comunidad si la persona experimenta violencia basada en género (por sitio)



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Entre participantes que informaron haber participado en algún programa relacionado con la VBG en los 12 meses precedentes (68,75% en el sitio de intervención contra 63,27% en el sitio de comparación), al parecer los servicios los proporcionaron principalmente trabajadores comunitarios de la salud y trabajadores de la salud (ver el **Gráfico 12**). Estos servicios relacionados con la VBG se prestaron principalmente en centros de salud (52,27% en el sitio de intervención contra 41,94% en el sitio de comparación) y durante eventos comunitarios (31,82% en el sitio de intervención contra 38,71% en el sitio de comparación) (ver el **Gráfico 14**). Casi la mitad de las personas participantes que tuvieron acceso a estos programas de VBG informaron estar plenamente satisfechas con los servicios recibidos (45,45% en el sitio de intervención contra 51,61% en el sitio de comparación), mientras que la otra mitad estuvo parcialmente satisfecha o insatisfecha.

Gráfico 14. Lugar donde se proporcionó el servicio (si la persona tuvo acceso a servicios relacionados con VBG)



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01
Las categorías no se excluyen unas a otras

Al preguntar sobre otros servicios o programas disponibles en la comunidad (no solo relacionados con la VBG), la asistencia médica fue el servicio más mencionado tanto en el sitio de intervención como en el sitio de comparación (52,35% en el sitio de intervención contra 42,55% en el sitio de comparación). Los siguientes fueron la educación (51,01% en el sitio de intervención contra 38,3% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$), la distribución de alimentos (38,26% en el sitio de intervención contra 32,98% en el sitio de comparación) y los servicios de salud mental o psicológicos (38,26% en el sitio de intervención contra 29,79% en el sitio de comparación). Se preguntó a quienes informaron conocer algún servicio si habían tenido acceso a alguno de ellos el año anterior. El servicio al que tuvieron acceso más frecuentemente fue la asistencia médica en ambos sitios (54,69% en el sitio de intervención contra 42,86% en el sitio de comparación).

Obstáculos para acceder a información y servicios de VBG

Durante la DGF, se preguntó a las personas participantes acerca de las características de las personas de la comunidad que enfrentan obstáculos para tener acceso a información y servicios de VBG. En ambos sitios, los niños y niñas y las personas que no tienen interés en el tema estuvieron entre las características más mencionadas. En el sitio de intervención, las personas participantes también mencionaron frecuentemente a personas que no pueden leer y escribir y a las personas que solo hablan wayuunaiki. En cuatro DGF en el sitio de intervención, las personas participantes afirmaron que no hay servicios de VBG en la comunidad; por lo tanto, no se analizó en profundidad ninguna característica. En contraste con el sitio de intervención, el análisis por subgrupos en el sitio de comparación hizo énfasis en la falta de interés en el tema y el hecho de que los líderes son las únicas personas en la comunidad que tienen acceso a los servicios. Las mujeres jóvenes y adultas no wayuu fueron el subgrupo que identificó más características vinculadas a obstáculos para acceder a información y servicios de VBG.

Acceso de integrantes de la comunidad a los servicios de VS disponibles

Al preguntar sobre los servicios de VS que están disponibles para integrantes de la comunidad, las personas que participaron en las DGF en los sitios mencionaron los mismos lugares identificados anteriormente como los que brindan servicios relacionados con la VBG. En el sitio de intervención, las personas participantes mencionaron sus propios hogares, así como el hogar de la persona que preside la Junta de Acción Comunal. En el sitio de comparación, las personas participantes mencionaron las oficinas centrales de las ONG y las viviendas de líderes. Hubo una diferencia clave entre los subgrupos en el sitio de intervención: las mujeres adultas y jóvenes wayuu identificaron solamente sus propios hogares y los hombres adultos wayuu, solamente la vivienda de la persona que preside la Junta de Acción Comunal. Asimismo, varias DGF en los sitios afirmaron que no existe acceso a este tipo de información en la comunidad. Este hallazgo se confirmó con los resultados de CAP. Con respecto al conocimiento de los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta VS, la mayoría de participantes informaron desconocimiento, especialmente participantes del sitio de comparación (62,31% en el sitio de intervención contra 75,85% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$). En ambos sitios, el servicio relacionado con la VS que más se mencionó como proporcionado en los 12 meses precedentes fue la educación (51,59% en el sitio de la intervención contra 48,81% en el sitio de comparación), seguido de la asistencia médica en el sitio de intervención (42,06% en el sitio de intervención contra 33,33% en el sitio de comparación) y de la distribución de alimentos en el sitio de comparación (37,30% en el sitio de intervención contra 36,90% en el sitio de comparación).

Obstáculos para acceder a información y servicios de VS

Durante las DGF, se preguntó a las personas participantes acerca de las características de las personas de la comunidad que enfrentan obstáculos para acceder a información y servicios de VS. En ambos sitios, las personas que no tienen interés en el tema estuvieron entre la característica más mencionada. En el sitio de intervención, también se mencionaron frecuentemente las personas que solo hablan wayuunaiki. En cinco DGF, no se mencionaron características en particular, dado que las personas participantes afirmaron que nadie tiene acceso a esta información ni a los servicios.

En contraste, las mujeres que no pertenecían a la comunidad wayuu coincidieron en que todas las personas en la comunidad tienen acceso a esta información. Este subgrupo también identificó la falta de interés y el ser niño o niña como dos características que limitan el acceso a estos servicios en el sitio de intervención. En el sitio de comparación, se mencionó frecuentemente que los niños y niñas no tienen acceso a información y servicios de VS. En tres DGF, las personas participantes afirmaron que no hay estos servicios ni información en la comunidad; por lo tanto, no se identificó ninguna característica en particular. En general, en ambos sitios, en cuanto a los lugares donde hay información y servicios disponibles de VS y las características de las personas que no tienen acceso a estos servicios, los hallazgos indican que quienes pertenecen a la comunidad no diferencian entre la VS y la VBG.

También se pidió a las personas participantes que identificaran los obstáculos que enfrentan integrantes de la comunidad para tener acceso a información y servicios de VS. En ambos sitios, la falta de interés, el hecho de solo hablar wayuunaiki y la ausencia de centros de información, instituciones y profesionales que brinden apoyo sobre el tema estuvieron entre los obstáculos mencionados con más frecuencia. Las personas participantes del sitio de intervención también mencionaron frecuentemente el bajo nivel de escolaridad. En el sitio de intervención, los obstáculos analizados por los hombres se centraron en la falta de interés, la baja escolaridad y la falta de profesionales y centros de atención. Por otro lado, las mujeres, además de mencionar estas barreras, también mencionaron obstáculos como el temor, la vergüenza, la edad, el temor a ser objeto de burlas y la ley wayuu. En el sitio de comparación, los hombres adultos participantes mencionaron el ser víctimas de burlas y la vergüenza como obstáculos, mientras que las mujeres adultas participantes no mencionaron este obstáculo.

Facilitadores del acceso a información y servicios de VS

En los sitios, las ONG estuvieron entre los facilitadores mencionados con más frecuencia para acceder a la información y los servicios de VS. Las personas participantes en el sitio de intervención también mencionaron a menudo a las fundaciones y las ONG, la escuela, la persona que preside la JCC y el hospital. Las personas participantes mencionaron en muchos casos que no había nadie que proporcionara información ni servicios sobre VS. El análisis por subgrupos muestra cómo los hombres adultos y adolescentes identificaron menos proveedores de información y destacaron que no había acceso a este tipo de información en la comunidad. Los hombres identificaron a sus círculos cercanos de personas como fuentes clave de información; en contraste, las mujeres adultas y adolescentes se centraron más en instituciones como escuelas, la policía y hospitales. En el sitio de comparación, las personas participantes también mencionaron frecuentemente a líderes que llevan a cabo reuniones. Las personas participantes identificaron a múltiples entidades no gubernamentales como *posibles* facilitadoras del acceso a la información y los servicios sobre VS; sin embargo, no especificaron que estas entidades, en la actualidad, ofrezcan servicios e información sobre VS en la comunidad.

Resultados principales de la intervención en la línea base

Los resultados principales de la intervención incluyen: 1) sensación de seguridad y bienestar en la comunidad; 2) porcentaje de integrantes de la comunidad que conocen sobre VBG; 3) porcentaje de integrantes de la comunidad que indican conocer sobre VS, incluidas las consecuencias de la VS; 4) porcentaje de integrantes de la comunidad que indican conocer sobre los beneficios de buscar ayudar para las personas sobrevivientes de VS; 5) porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta a) VBG y b) VS; 6) las actitudes con respecto a la VBG, y 7) las actitudes con respecto a la VBG y el acceso a servicios.*

* Para calcular las actitudes hacia la VBG y el acceso a los servicios, se dividieron las 11 preguntas que conforman la versión adaptada de la Escala de actitudes hacia la violencia basada en género aplicada a participantes de la encuesta en dos subescalas. La primera (actitudes hacia la VBG) incluye cinco ítems (preguntas C-G). Cada ítem tenía tres respuestas posibles: sin respuesta (99 - recodificado a faltante), de acuerdo (01) y en desacuerdo (02). Para dar una puntuación

A continuación, presentamos los resultados para cada grupo de interés, incluida información: por sitio (el sitio de intervención contra el sitio de comparación), por grupo de edad (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 retornado).

Por sitio

Gráfico 15 muestra los resultados principales por intervención y sitio de comparación. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de integrantes de la comunidad que informaron tener una alta sensación de seguridad y bienestar en la comunidad; que habían escuchado el término VBG, entre quienes informaron sobre los beneficios de buscar ayuda para las personas sobrevivientes de VS, y entre quienes informaron que había servicios disponibles para las personas que experimentaban VBG o VS. La sensación de seguridad y bienestar en la comunidad fue más alta en el sitio de comparación (67,05%) que en el sitio de intervención (63,5%) ($p < 0,10$). Menos de la mitad de las personas participantes habían escuchado el término VBG en los dos sitios (47,48% en el sitio de intervención y 36,93% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$). Al preguntar sobre los beneficios de tener acceso a atención o servicios cuando alguien ha experimentado VS, más participantes en el sitio de intervención (72,4%) informaron al menos un beneficio en comparación con participantes en el sitio de comparación (62,78%) ($p < 0,01$).

La diferencia estadísticamente más significativa entre los sitios fue el porcentaje de participantes que informaron conocer algún servicio disponible en la comunidad que pueda proporcionar apoyo a una persona que ha experimentado VBG. Un porcentaje más alto de participantes en el sitio de intervención (44,21%) comparado con el del sitio de comparación (26,7%) informó conocer algún servicio disponible en la comunidad que pueda proporcionar apoyo a una persona que ha experimentado VBG ($p < 0,001$). Finalmente, preguntamos a las personas participantes si conocían algún servicio disponible en la comunidad que pudiera proporcionar apoyo si alguien experimentaba VS. Más de un tercio (37,39%) de participantes en el sitio de intervención indicaron conocer al menos un servicio, en comparación con menos de una cuarta parte (23,86%) de participantes en el sitio de comparación ($p < 0,01$).

La puntuación media de la escala de actitudes con respecto al acceso a los servicios en el sitio de comparación fue de 1,88, levemente mayor que la puntuación media en el sitio de intervención (1,86), lo que sugiere que quienes integran la comunidad en el sitio de comparación apoyan

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). Después, 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 desacuerdo con la VBG. Esto significa, por ejemplo, que una persona participante con una puntuación de 1 está más de acuerdo con las actitudes relativas a VBG (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 VBG.

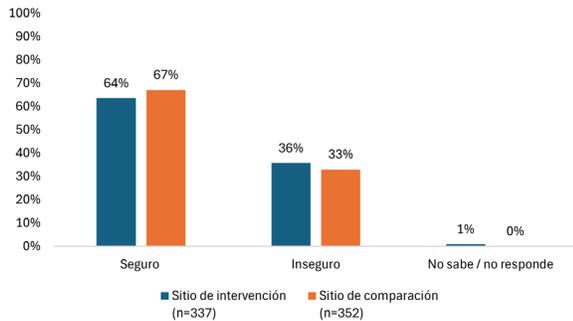
La segunda subescala (actitudes respecto del acceso a servicios) tenía cuatro ítems (preguntas H-K), cada uno con tres respuestas posibles: sin respuesta (99 - recodificado a faltante), en desacuerdo (01) y de acuerdo (02). Para dar una puntuación a la escala, agregamos las respuestas de las personas participantes (puntuación máxima posible de 8 si respondían las cuatro preguntas) y dividimos esto entre el número de ítems respondidos. La puntuación de 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 VBG accedan a servicios.

La escala completa (que incluye los 11 ítems) y la primera subescala (actitudes hacia la VBG) dio como resultado un alfa de Cronbach bajo en todos los subgrupos, lo que significa una baja consistencia, o fiabilidad, 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 (Revicki, 2014). En todos los subgrupos, la puntuación estuvo entre 1,85 y 1,89. Informamos los resultados únicamente para la segunda subescala.

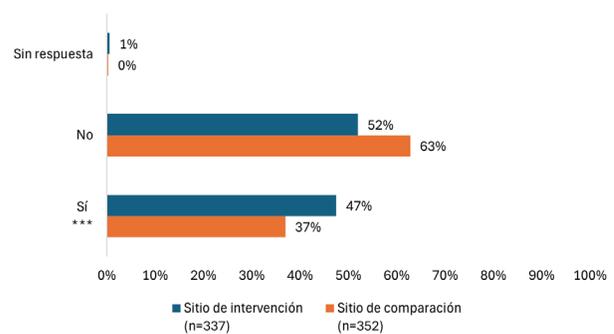
más a las personas sobrevivientes de VBG para que accedan a los servicios, en comparación con integrantes del sitio de intervención. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de esta escala fue de 0,75 en el sitio de intervención y de 0,79 en el sitio de comparación.

Gráfico 15. Resultados principales (por sitio)

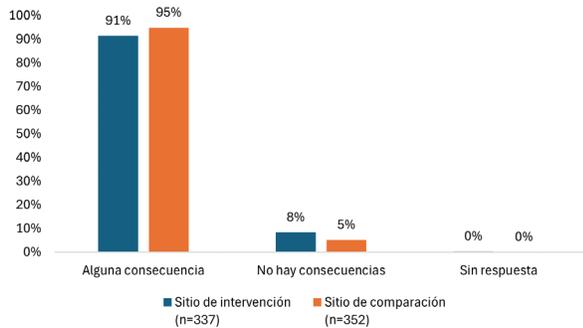
Sensación de seguridad y bienestar de integrantes de la comunidad



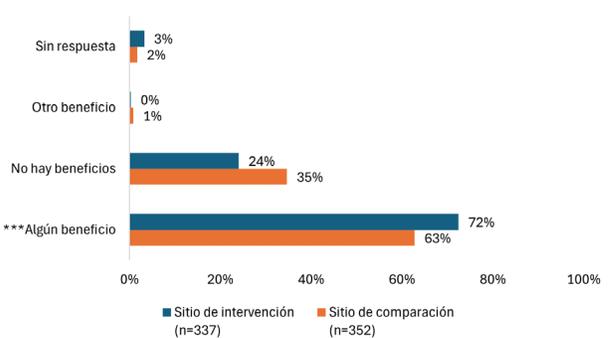
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conciencia de la VBG



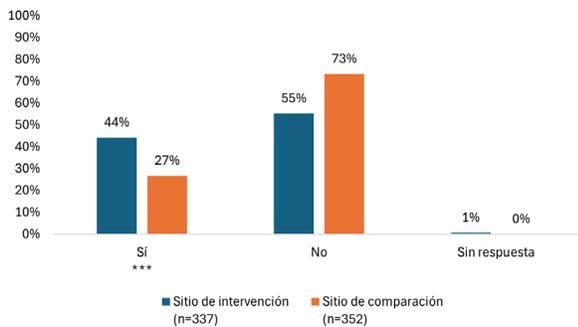
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento acerca de las consecuencias de la VS



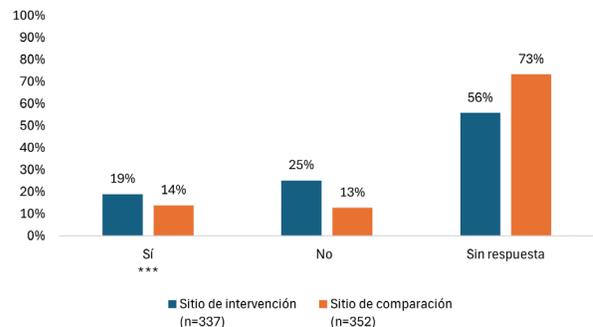
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los beneficios de buscar ayuda para las personas sobrevivientes de VS



Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta VBG



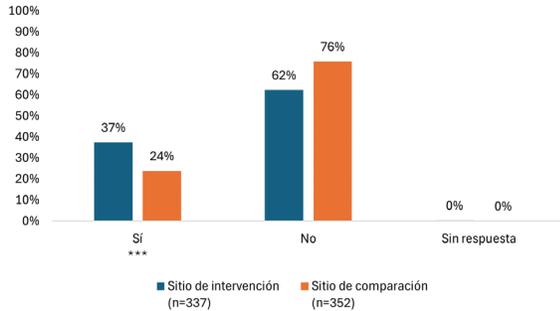
Porcentaje de integrantes de la comunidad que han tenido acceso a alguno de los servicios disponibles en su comunidad



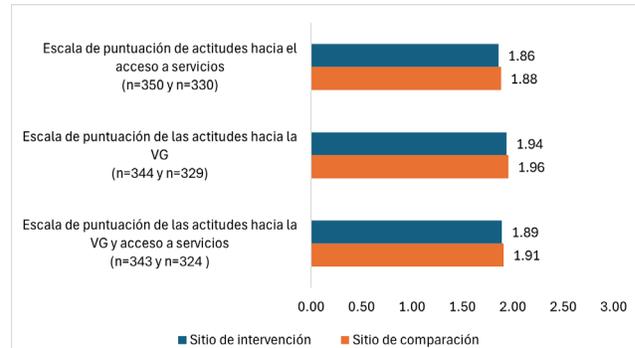
Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Gráfico 15. Resultados principales (por sitio)

Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta violencia sexual



Actitudes hacia la VBG y acceso a los servicios



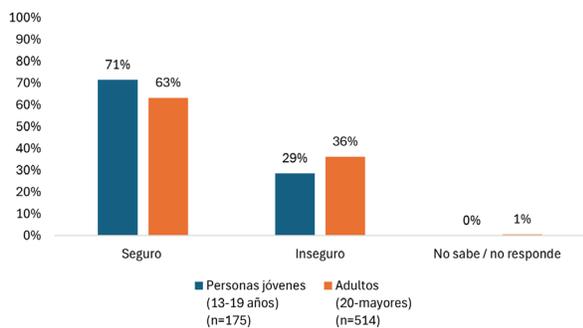
Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Por edad

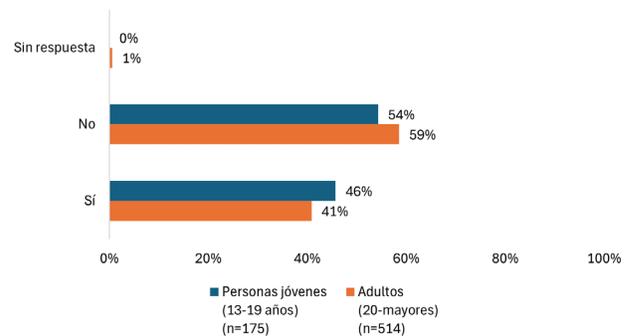
El Gráfico 16 muestra los resultados principales por edad. Al comparar por edad, no encontramos diferencias significativas en ninguno de los resultados. La puntuación media de la escala de actitudes hacia el acceso a los servicios entre las personas jóvenes fue de 1,88, levemente menor que la puntuación media de los adultos (1,87). El alfa de Cronbach's de esta escala fue de 0,71 en personas jóvenes y 0,78 en adultos.

Gráfico 16. Resultados principales (por edad)

Sensación de seguridad y bienestar de integrantes de la comunidad



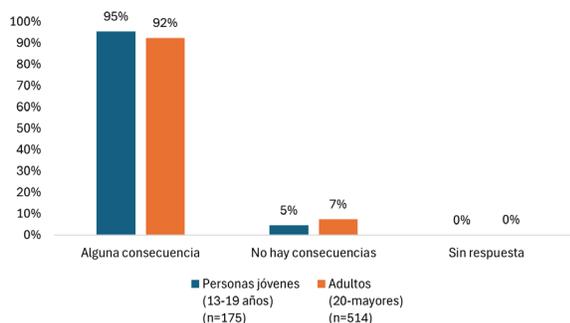
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conciencia de la VBG



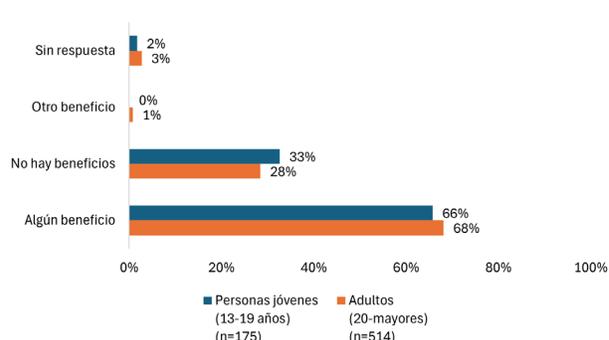
Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Gráfico 16. Resultados principales (por edad)

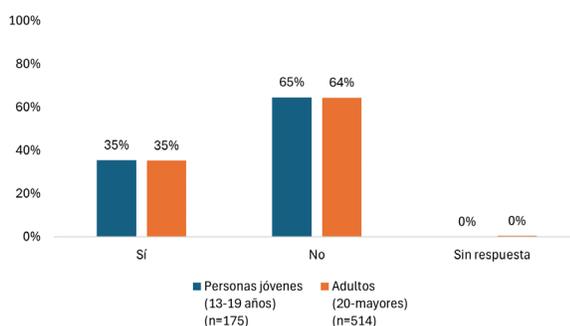
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento acerca de las consecuencias de la VS



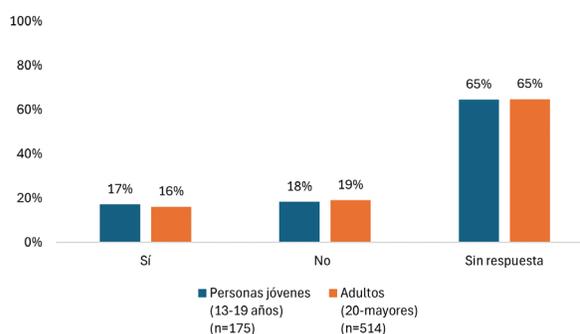
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los beneficios de buscar ayuda para las personas sobrevivientes de VS



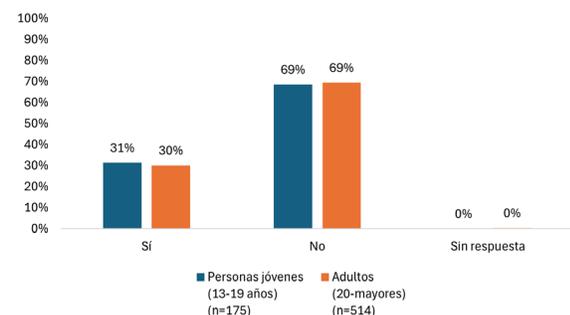
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta VBG



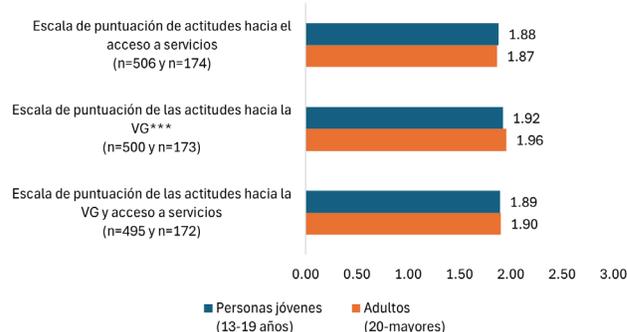
Porcentaje de integrantes de la comunidad que han tenido acceso a alguno de los servicios disponibles en su comunidad



Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta violencia sexual



Actitudes hacia la VBG y acceso a los servicios



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

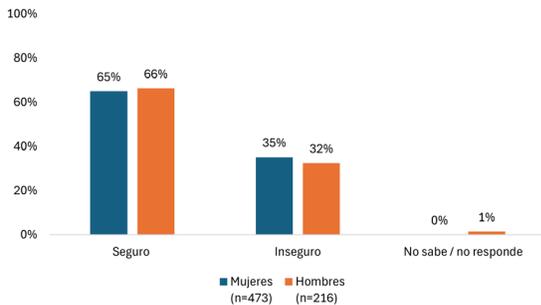
Por sexo

El Gráfico 17 (página 28) muestra los resultados principales por sexo (femenino y masculino). Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los resultados: porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento de los servicios disponibles en la comunidad

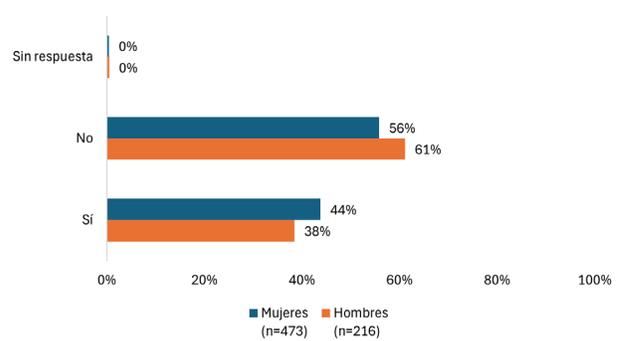
si una persona experimenta a) VBG y b) VS; en el porcentaje de participantes que han tenido acceso a servicios de VBG, y en la sensación de seguridad y bienestar. En general, más mujeres participantes informaron tener conocimiento de algún servicio disponible en la comunidad que pueda proporcionar apoyo en caso de VBG (38,48% de mujeres contra 28,24% de hombres) ($p < 0,05$) e informaron tener conocimiento de servicios disponibles para apoyar a personas que han sufrido VS (34,04% de mujeres contra 22,69% de hombres) ($p < 0,01$). Las mujeres tuvieron puntuaciones levemente más altas en la escala de actitudes hacia el acceso a los servicios (1,88 en las mujeres contra 1,85 en los hombres), lo que significa un mayor apoyo de las mujeres participantes para que las personas sobrevivientes de VBG tengan acceso a los servicios. El alfa de Cronbach de esta escala fue de 0,77 entre las mujeres participantes y 0,76 entre los hombres participantes.

Gráfico 17. Resultados principales (por sexo)

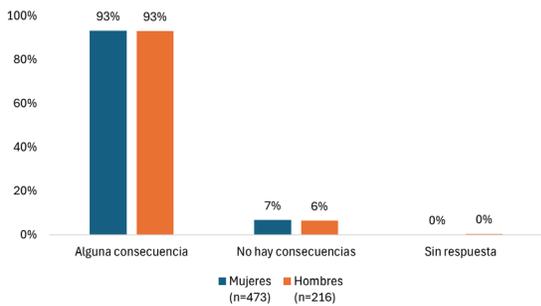
Sensación de seguridad y bienestar de integrantes de la comunidad



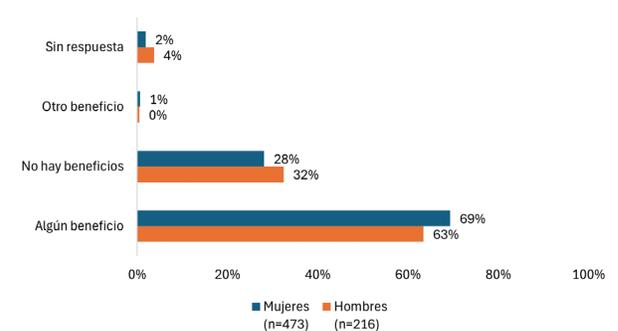
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conciencia de la VBG



Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento acerca de las consecuencias de la VS



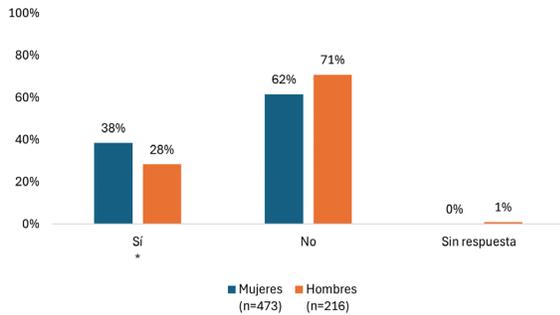
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los beneficios de buscar ayuda para las personas sobrevivientes de VS



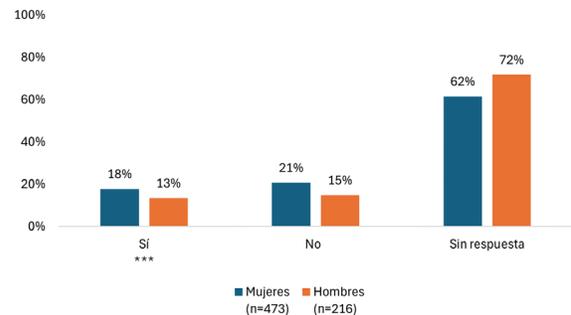
Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Gráfico 17. Resultados principales (por sexo)

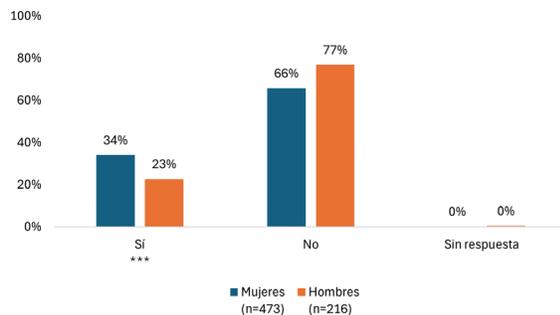
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta VBG



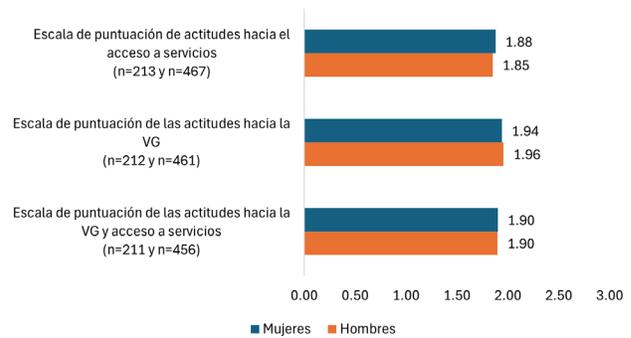
Porcentaje de integrantes de la comunidad que han tenido acceso a alguno de los servicios disponibles en su comunidad



Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta violencia sexual



Actitudes hacia la VBG y acceso a los servicios



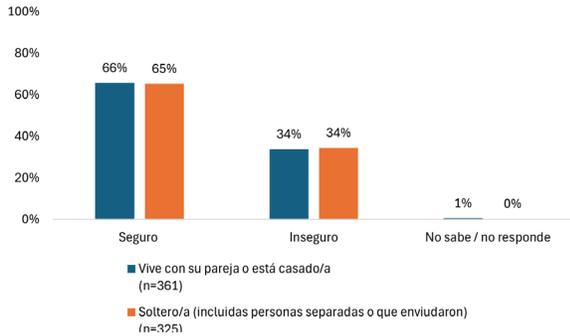
Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Por estado de relación

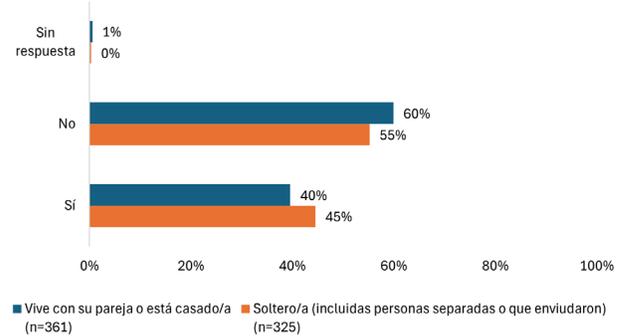
El **Gráfico 18** (página 29) muestra los resultados principales por estado de relación, comparando a participantes que viven con sus parejas (independientemente del tiempo que han vivido juntos) o que están casados/as, con las personas solteras (incluidas personas solteras, separadas o viudas). No encontramos diferencias significativas en ninguno de los resultados. La puntuación media de la escala de actitudes con respecto al acceso a los servicios fue la misma para participantes que viven con su pareja que para las participantes solteras (1,87). El alfa de Cronbach de esta escala fue de 0,78 en el primer subgrupo y de 0,76 en el segundo.

Gráfico 18. Resultados clave (por estado de relación)

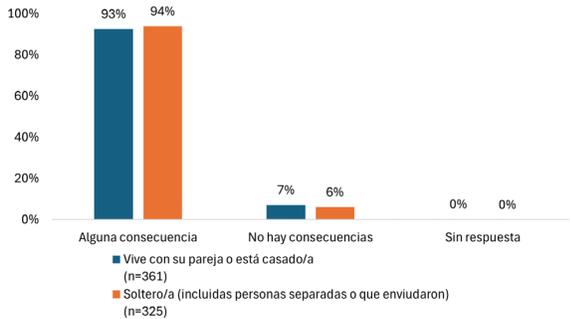
Sensación de seguridad y bienestar de integrantes de la comunidad



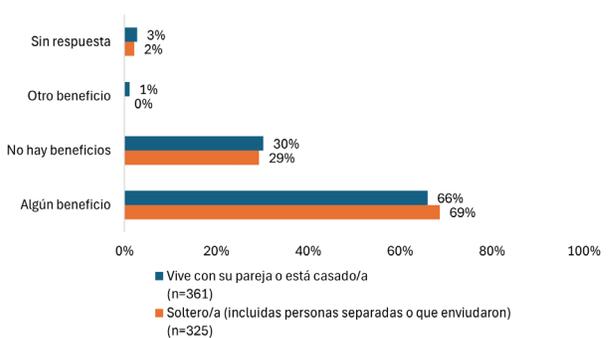
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conciencia de la VBG



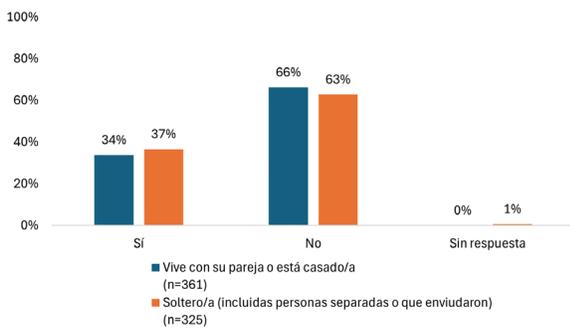
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento acerca de las consecuencias de la VS



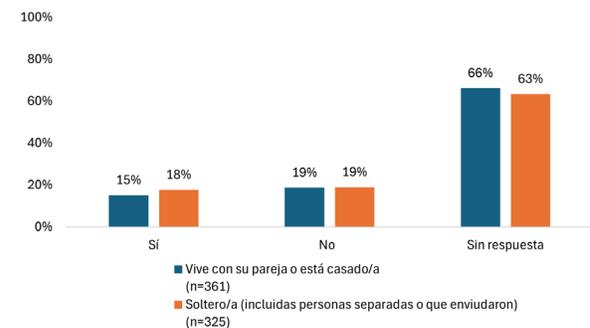
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los beneficios de buscar ayuda para las personas sobrevivientes de VS



Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta VBG



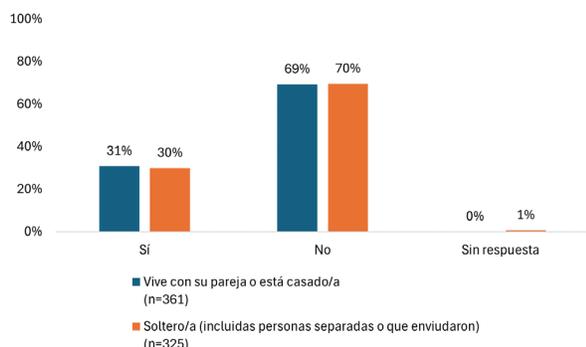
Porcentaje de integrantes de la comunidad que han tenido acceso a alguno de los servicios disponibles en su comunidad



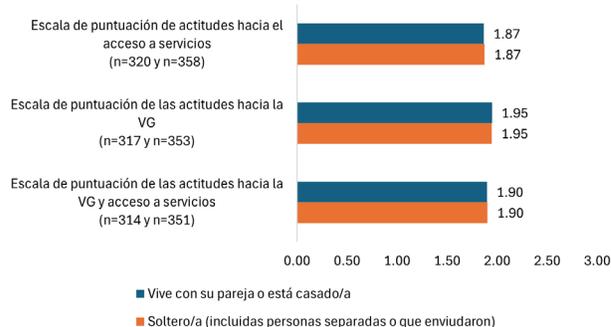
Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Gráfico 18. Resultados clave (por estado de relación)

Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta violencia sexual



Actitudes hacia la VBG y acceso a los servicios



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

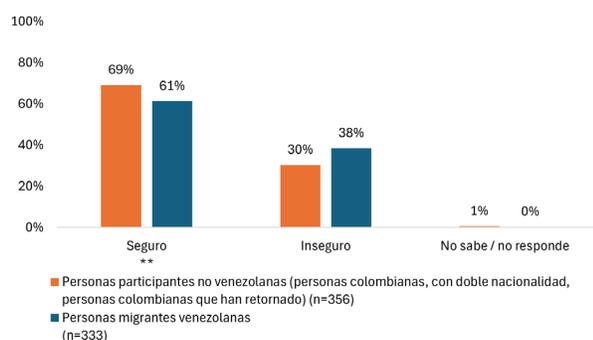
Por estado migratorio

El **Gráfico 19** muestra los resultados principales por estado migratorio, comparando a personas migrantes venezolanas con las personas participantes no venezolanas (es decir, población colombiana, personas con doble nacionalidad y personas con ciudadanía colombiana que han retornado al país). Encontramos diferencias estadísticamente significativas en dos resultados: la sensación de seguridad y bienestar en las comunidades y el porcentaje de participantes que han escuchado el término VBG. La sensación de seguridad y bienestar en la comunidad fue mayor entre las personas participantes no venezolanas (69,1%) en comparación con las personas migrantes venezolanas (61,3%) (p<0,05). Un porcentaje mayor de personas migrantes venezolanas informaron haber escuchado el término VBG en el pasado (46,3%) frente a participantes no venezolanos (38,2%) (p<0,10).

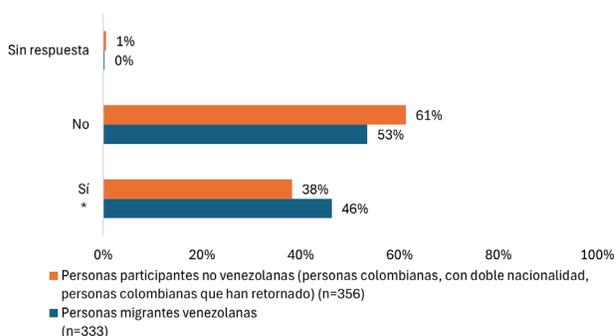
La puntuación media de la escala de actitudes hacia el acceso a los servicios fue mayor en las personas migrantes venezolanas (1,89) que entre las personas no migrantes (1,85) (p<0,10). La consistencia interna (alfa de Cronbach) de esta escala también fue más alta en las personas migrantes venezolanas (0,81) que en las personas no migrantes (0,73).

Gráfico 19. Resultados clave (por estado migratorio)

Sensación de seguridad y bienestar de integrantes de la comunidad



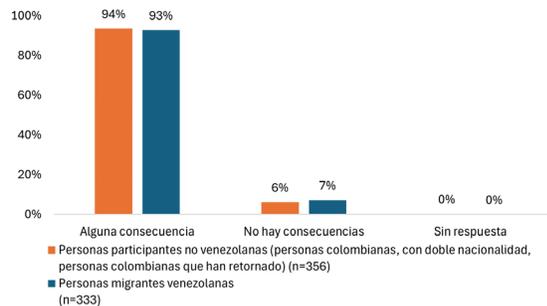
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conciencia de la VBG



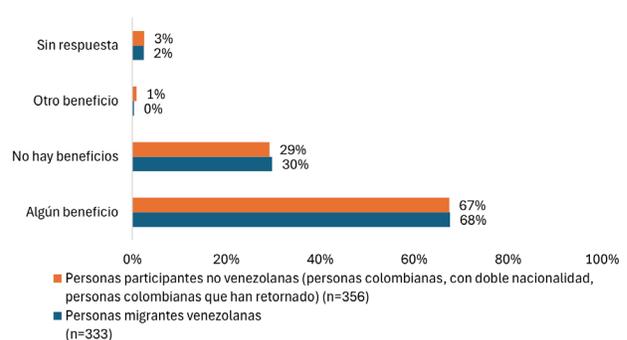
Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Gráfico 19. Resultados clave (por estado migratorio)

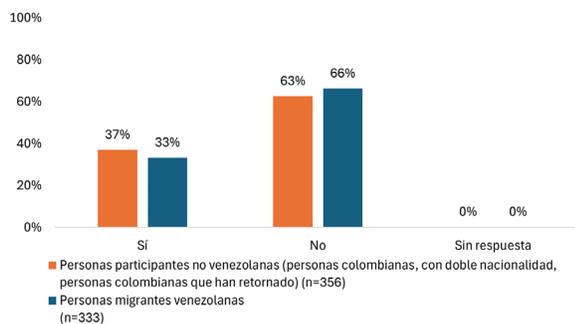
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento acerca de las consecuencias de la VS



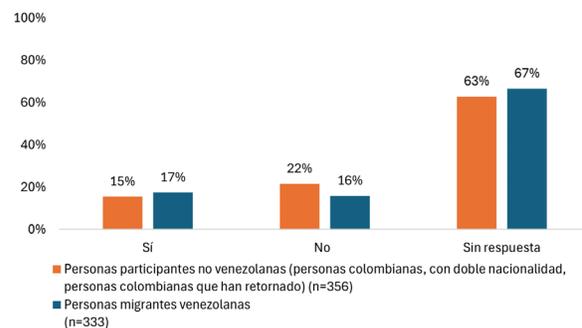
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los beneficios de buscar ayuda para las personas sobrevivientes de VS



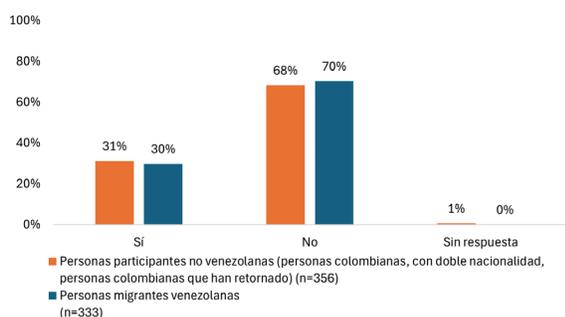
Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta VBG



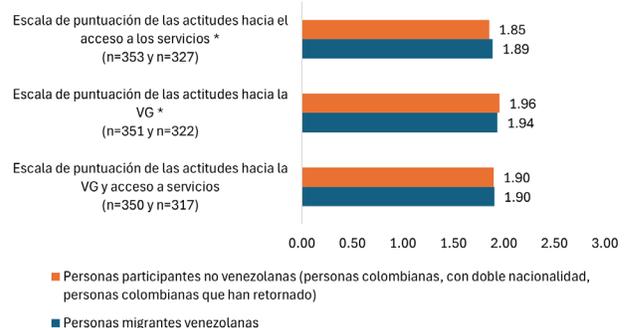
Porcentaje de integrantes de la comunidad que han tenido acceso a alguno de los servicios disponibles en su comunidad



Porcentaje de integrantes de la comunidad que indican tener conocimiento sobre los servicios disponibles en la comunidad si una persona experimenta violencia sexual



Actitudes hacia la VBG y acceso a los servicios



Significación estadística de las pruebas de diferencia por sitio * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01

Capacidad de líderes de la comunidad para responder a la VBG

En general, las personas líderes de la comunidad entrevistadas en los sitios se autoevaluaron con puntuaciones muy altas cuando se les preguntó sobre su capacidad para responder a casos de VS en sus comunidades. En general, los líderes comunitarios en el sitio de comparación se autoevaluaron con una capacidad mayor para responder a los casos de VS en su comunidad que

los del sitio de intervención. En el sitio de intervención, la puntuación promedio de las personas líderes fue de 7,3; la puntuación más alta informada fue de 10 y la más baja fue de 5. En el sitio de comparación, la puntuación promedio de personas líderes fue de 7,9; la puntuación más alta dada fue de 10 y la más baja fue de 4. Las personas líderes que se autoevaluaron con puntuaciones altas explicaron que han recibido capacitación sobre temas de género y que están muy interesadas en el tema. Además, intentan abordar las necesidades o problemas que les comunican integrantes de la comunidad. Las personas líderes que se autoevaluaron con bajas puntuaciones expresaron que necesitan capacitación adicional, pues consideran que les falta conocimiento en muchos temas pertinentes que les ayudarían a abordar la violencia sexual en su comunidad.

Análisis

En esta sección, nos centramos en cuatro enseñanzas principales extraídas con respecto a las actitudes hacia la igualdad de género, las percepciones sobre la VS y la VBG, el acceso a los servicios y los beneficios y riesgos percibidos de buscar ayuda en dos asentamientos ubicados en Uribia, La Guajira. Primero, las personas participantes de ambos sitios demostraron actitudes mixtas hacia las normas de género equitativas. Las personas participantes en los sitios mostraron perspectivas enriquecidas y matizadas sobre la igualdad, y manifestaron preferencia por la igualdad de género y las relaciones íntimas igualitarias en general, pero con una distribución de las tareas domésticas que está en línea con las normas de género inequitativas. Segundo, si bien existe consenso sobre la definición de la VS, la comprensión de la VBG varía y existen perspectivas opuestas en relación con su prevalencia, pues algunas personas perciben a la VBG como algo muy común, mientras que otras la consideran algo poco común. Tercero, pareciera que falta claridad en ambas comunidades sobre qué servicios de VS y de VBG están disponibles o dónde encontrarlos. Cuarto, las personas participantes con mayor frecuencia citaron el recibir servicios de derivación y medicamentos para prevenir los embarazos como beneficios de buscar ayuda para la VS. La vergüenza, el daño a la reputación, el temor a la violencia por parte de la pareja y las consecuencias legales fueron los riesgos asociados con la búsqueda de ayuda para la VS que se mencionaron con más frecuencia. Estos cuatro temas clave se analizan a continuación junto con las implicaciones para el diseño de la intervención *Comunidades Cuidadoras*.

Actitudes mixtas hacia normas de género equitativas

Los hallazgos indican que existen actitudes mixtas hacia las normas equitativas de género entre integrantes de la comunidad. Mientras que los datos cualitativos indican que la desigualdad de género y las dinámicas de poder según el género son prevalentes en la comunidad, los datos cuantitativos indican que las personas que integran la comunidad tienen actitudes positivas hacia la igualdad de género dentro de las relaciones íntimas. Los datos cualitativos en los sitios indican que se espera que quienes viven en la comunidad cumplan con los papeles que les dictan las expectativas de género sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres en la comunidad. Por ejemplo, se espera que los hombres sean principalmente quienes toman las decisiones y generan ingresos en el hogar. Los datos cualitativos revelaron que los hombres generalmente tienen los puestos clave de poder en la comunidad, como la presidencia de la Junta de Acción Comunal y otros papeles de liderazgo. En vez, las mujeres son responsables de todos los asuntos relacionados con el hogar (p. ej., prestar cuidados y tareas domésticas). Además, personas participantes wayuu indicaron que también se espera que las mujeres contribuyan económicamente al hogar. Según indicaron participantes wayuu, no adecuarse a estos papeles de género se percibe como una forma de violencia hacia la familia o las personas cercanas a uno, y a menudo se castiga mediante violencia psicológica o física.

A pesar de que hay datos cualitativos que ilustran el apego de integrantes de la comunidad a normas de género no equitativas, los hallazgos de la escala GEM demuestran que, en general, las personas participantes tenían actitudes positivas hacia la igualdad de género en las relaciones íntimas. La puntuación GEM media en ambas comunidades fue inferior a tres, que es la puntuación más alta en actitudes de género equitativas según esta medida. Las personas participantes del sitio de comparación tuvieron mayores actitudes de género equitativas en este dominio en comparación

con los del sitio de intervención, así como en el dominio de *salud reproductiva y prevención de enfermedades* y de *tareas del hogar y elementos de la vida diaria*. Las personas participantes en ambos sitios tuvieron actitudes similares en el dominio de *violencia*. La puntuación más baja en los cuatro dominios fue la del dominio de *tareas del hogar y elementos de la vida diaria* (1,73 en el sitio de intervención y 1,84 en el sitio de comparación).

Recomendaciones para la intervención Comunidades Cuidadoras

- Los programas de prevención deben centrarse en actividades transformadoras de las relaciones entre los géneros con el fin de fomentar normas de género más equitativas entre integrantes de la comunidad y así abordar el factor fundamental que propicia la VBG en la comunidad: la desigualdad de género.
 - Las actividades deberían estar orientadas a la transformación de las relaciones desiguales de poder y la discriminación sistemática de mujeres y niñas.
 - Las actividades deben involucrar a integrantes femeninos y masculinos de la comunidad y abordar las normas patriarcales dominantes, sobre todo en la esfera doméstica, como el hecho de que los hombres son quienes principalmente toman las decisiones en el hogar, mientras que las mujeres se ocupan de las tareas domésticas.
 - Las actividades pueden asegurar la rendición de cuentas hacia las mujeres y niñas al consultar con integrantes de la JCC y con las mismas adolescentes para obtener aportes con respecto al diseño y contenido de las actividades.

Mayor nivel de conocimiento sobre la VS que sobre la VBG

Los datos cuantitativos y cualitativos ilustran que la conciencia con respecto a las definiciones de VBG y VS es un tema con matices en las comunidades y subgrupos. Por un lado, en la encuesta, menos de la mitad de todas las personas participantes respondieron que conocían el término VBG, mientras que un número levemente mayor de participantes afirmaron que conocían lo que significa VS. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las comunidades: más participantes en el sitio de intervención informaron tener conocimiento de los términos VBG y VS, y más mujeres que hombres habían escuchado estos términos. Estas diferencias pueden ser el resultado de la renuencia a hablar sobre estos temas en público y pueden explicarse parcialmente debido a la presencia más fuerte de ONG centradas en la VBG en el sitio de intervención que en el sitio de comparación. Además, durante la DGF, algunas de las personas participantes en los subgrupos y comunidades afirmaron que no sabían que era la VBG. Sin embargo, otras personas participantes, que afirmaron haber escuchado el término, presentaron definiciones diversas de la VBG. Una noción central fue la idea de la VBG como “maltrato”, que puede dirigirse hacia mujeres, hombres, niños y niñas, la comunidad LGBTQI+, las personas migrantes venezolanas o cualquier persona en la comunidad. En ambos sitios, la VBG también se comprendía como un concepto que abarca diferentes tipos de violencia: psicológica, física, económica, verbal y sexual. En la encuesta, donde se proporcionaron opciones específicas de respuesta y quienes participaban podían seleccionar más de una opción, la mayoría de las personas participantes respondieron que la VBG era un tipo de violencia relacionada con cualquier acto dañino realizado contra la voluntad de una mujer, una niña o una persona motivado por la condición de ser mujer o ser hombre; daño físico, mental o psicológico, y daño o sufrimiento sexual. Para la mayoría de participantes, las amenazas o la intimidación se encuadran dentro de la definición de VBG.

En contraste con la VBG, hubo consenso entre los subgrupos en relación con la definición de VS. En particular, participantes de todas las edades y géneros afirmaron que comprendían el término y se refirieron a la VS como relaciones sexuales forzadas, violación o relaciones sexuales sin consentimiento. En la encuesta, la mayoría de las personas participantes identificaron las consecuencias de la VS. La mayoría de participantes en ambas comunidades estuvieron de acuerdo en que los embarazos no deseados eran la consecuencia más común de la VS (67,95% en el sitio de intervención contra 73,3% en el sitio de comparación). Solamente una de las personas participantes informó que la VS no tiene ninguna consecuencia.

En relación con los estimados subjetivos de la frecuencia de la VBG y la VS, la encuesta reveló que la mayoría de participantes en ambos sitios no consideran que la VBG fuera común en sus comunidades. En general, más del 65% de las personas participantes respondieron que la violencia psicológica contra las mujeres o los hombres adolescentes, la violencia física contra las mujeres o los hombres adolescentes o la violencia sexual contra las mujeres o los hombres adolescentes no eran comunes. En claro contraste, los datos cualitativos de todos los subgrupos dieron como resultado conversaciones extensas sobre la alta frecuencia de la VBG y la VS en sus comunidades, así como descripciones detalladas de casos que conocían las personas participantes. Considerando los datos disponibles sobre la VBG y la VS en los entornos humanitarios (Vu et al., 2014; Cruz Roja Noruega y CICR, 2022; Stark, Seff y Reiss, 2021), es sorprendente que las personas participantes de la encuesta respondieran que la VS y la VBG no eran comunes en sus comunidades. Este es un fenómeno que vale la pena explorar en estudios futuros y destaca la importancia de acompañar los instrumentos cuantitativos con la recopilación de datos cualitativos, pues la última permite una comprensión más profunda y matizada de los temas que son considerados tabú o conllevan un estigma en la comunidad.

Por último, la mayoría de quienes participaron en la encuesta manifestaron que la violencia contra las mujeres, las niñas, los hombres, los niños y las personas LGBTQI+ no es aceptable. Cuando se les preguntó cuán aceptable es la violencia contra hombres, más personas participantes en el sitio de comparación estuvieron en desacuerdo con esta afirmación (92,58% en el sitio de intervención contra 96,02% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$) al compararse con el sitio de intervención. En relación con la violencia contra las personas LGBTQI+, más participantes del sitio de intervención estuvieron de acuerdo en que es aceptable en ciertas circunstancias (11,87% en el sitio de intervención contra 7,95% en el sitio de comparación) ($p < 0,10$). Aunque se reconoce que la población LGBTQI+ también está en riesgo de VBG, esta población no fue el centro de lo que se habló en las DGF.

Recomendaciones para la intervención Comunidades Cuidadoras

- Las actividades de concienciación comunitaria deben consultar a integrantes de la JCC para crear mensajes clave y desarrollar actividades comunitarias adaptadas a quienes integran la comunidad en función de su edad, género, estado migratorio y grupo étnico, entre otros factores de diversidad.
 - Las actividades deben mejorar el conocimiento de integrantes de la comunidad en relación con los diferentes tipos de VBG, incluida la VS, además de sus causas y consecuencias.
 - La información sobre la VSBG debe aclarar las ideas erradas sobre la VBG, incluida la VS, y además debe respetar y reconocer las perspectivas de las personas participantes, que han sido configuradas por historias personales y contextuales. El equipo del proyecto debe explorar activamente las interpretaciones que tienen las personas participantes de estos términos y adaptar las actividades en función de esto, fomentando un enfoque colaborativo.
 - Las actividades deben abordar el estigma asociado con la VBG, incluida la VS, e involucrar a los hombres para cuestionar su comprensión de quién puede ser una persona sobreviviente, a fin de dismantelar el estigma y la vergüenza asociados con el hecho de ser un hombre sobreviviente.
 - El personal del proyecto debería colaborar con cualquier organización de la sociedad civil o grupos informales existentes que trabajen con la población LGBTQI+ con el objeto de desarrollar campañas de incidencia que busquen fomentar normas equitativas de género y dismantelar las normas patriarcales que perpetúan la fobia hacia las personas homosexuales, transexuales y *queer*.

Hallazgos contradictorios relacionados con la disponibilidad de servicios para VBG y VS, y acceso a tales servicios

Los hallazgos del estudio indican que existen conocimientos contradictorios entre las personas participantes acerca de los servicios disponibles para la VBG y la VS. Por un lado, más de la mitad de participantes de la encuesta informaron no tener conocimiento de ningún servicio disponible en la

comunidad si una persona experimenta VBG (55,19% en el sitio de intervención contra 73,3% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$). De manera similar, la mayoría de participantes en los sitios informaron no tener conocimiento de ningún servicio relacionado con la VS en sus comunidades (62,31% en el sitio de intervención contra 75,85% en el sitio de comparación) ($p < 0,01$). Por otro lado, las personas participantes en las DGF mencionaron sitios específicos, como las oficinas de las ONG, donde integrantes de la comunidad pueden recibir información y servicios relacionados con la VBG y la VS. En el sitio de la intervención, por ejemplo, diferentes subgrupos manifestaron la importancia de los hogares de líderes comunitarios, así como el hogar de sus propias familias, para buscar ayuda con posterioridad a experimentar VS. En el sitio de comparación, hubo participantes que identificaron a muchas ONG que brindan asistencia o información sobre la VBG y la VS. En el sitio de intervención, las personas participantes identificaron un número mucho menor de ONG. Esto podría indicar que las ONG han realizado un número mayor de intervenciones en el sitio de comparación. La discordancia de hallazgos entre los métodos puede atribuirse al diseño del instrumento de recopilación de datos. La encuesta no preguntó a participantes dónde buscan ayuda quienes viven en la comunidad después de experimentar VS, sino dónde podían tener acceso a estos servicios. La encuesta no incluyó a la familia ni a líderes comunitarios como opciones de respuesta. Sin embargo, las DGF revelaron que la VBG se percibe generalmente como un tema privado o familiar que debe abordarse dentro del hogar o a nivel comunitario.

Aproximadamente dos tercios de las personas participantes de CAP informaron que tuvieron acceso a programas o servicios relacionados con la VBG el año pasado (68,75% en el sitio de intervención contra 63,27% en el sitio de comparación). Además, más de un tercio de participantes en ambos sitios manifestaron que sus comunidades proporcionan servicios de VS mediante la educación (51,59% en el sitio de intervención contra 48,81% en el sitio de comparación) y la asistencia médica (42,06% en el sitio de intervención contra 33,33% en el sitio de comparación). Como se mencionó anteriormente, quienes participaron en la DGF compartieron los nombres de ONG y otros proveedores de servicios de VBG en la comunidad, además de los sistemas de apoyo informal (p. ej., familiares y líderes comunitarios); sin embargo, las personas participantes en todos los sitios y subgrupos también mencionaron que no existían servicios ni información sobre la VBG y la VS en sus comunidades. Los obstáculos clave para el acceso a estos servicios que mencionaron las personas participantes incluyeron formar parte de un grupo vulnerable (niños y niñas, adultos mayores y personas con discapacidad), hablar solamente wayuunaiki y, por lo tanto, no poder leer ni escribir en español, y no tener interés en estos temas. En el sitio de intervención, el análisis por subgrupos sugiere que los hombres centralizan los obstáculos como falta de interés en el tema, baja escolaridad y falta de servicios disponibles en VBG y VS, mientras que las mujeres, además de mencionar estos obstáculos, también mencionaron el temor, la vergüenza, la edad y la ley wayuu como obstáculos clave.

Recomendaciones para la intervención Comunidades Cuidadoras

- *Actividades de prevención de la VSBG*
 - El personal del proyecto debe realizar un mapeo de los servicios institucionales disponibles y el apoyo disponible en la comunidad para las personas sobrevivientes de VBG con el fin de actualizar la vía de derivación para VBG, y esto debe compartirse con integrantes de la comunidad durante las actividades de concienciación comunitaria, como servicios confidenciales, seguros y de calidad que pueden complementar las redes existentes de apoyo informal (p. ej., familiares y líderes comunitarios).
 - Las actividades de concienciación comunitaria deberían mejorar el conocimiento por parte de integrantes de la comunidad sobre dónde conseguir acceso a la atención para la VS y la importancia de buscar atención oportuna para la VS, incluida atención médica y psicosocial.
 - Las actividades deberían involucrar a familiares y líderes de la comunidad en actividades de pertinencia cultural, tales como tejer y narrar historias, con el fin de transformar sus percepciones y actitudes hacia la VBG y fomentar el comportamiento de búsqueda de servicios para mejorar el acceso de integrantes de la comunidad a la atención médica y psicosocial oportuna, entre otros servicios (p. ej., ayuda legal, refugio, protección a la niñez y medios de vida).

- En las visitas de TCS a hogares, se deben fortalecer la confianza y el acercamiento con integrantes del hogar analizando primero temas no estigmatizados que son más pertinentes para esas personas. La VBG, incluida la VS, no debería analizarse con parejas mixtas para evitar posibles riesgos a la seguridad.
- *Actividades de respuesta a la VSBG*
 - El personal del proyecto debería coordinar las derivaciones a los servicios existentes que abordan la VBG y la VS, tales como los servicios de protección a la niñez, los centros de salud y otros proveedores de servicios que brinden ayuda legal, alimentos, refugio, medios de vida y educación, entre otros.
 - Debe capacitarse a la totalidad de TCS para que manejen las revelaciones de VBG durante las visitas a hogares y en las actividades de concienciación comunitaria, incluso para adolescentes menores de 18 años, y para que cuenten con los recursos y las herramientas adecuadas para realizar derivaciones confidenciales, oportunas y de calidad.

Consecuencias de la VS y beneficios de buscar ayuda

Diferentes participantes en los métodos de investigación indicaron diversos beneficios y riesgos asociados con buscar ayuda en los casos de VS. Entre quienes participaron de la encuesta, los beneficios que más se mencionaron en relación con la búsqueda de atención para las personas sobrevivientes de violencia sexual fueron recibir servicios de derivación (55,19% en el sitio de intervención contra 46,88% en el sitio de comparación) ($p < 0,05$) y recibir medicamentos para prevenir el embarazo (43,62% en el sitio de intervención contra 35,8% en el sitio de comparación) ($p < 0,05$). En general, más participantes del sitio de intervención informaron sobre beneficios. Además, más participantes del sitio de comparación expresaron que no había beneficios asociados con buscar ayuda (34,66% en el sitio de comparación contra 24,04% en el sitio de intervención) ($p < 0,01$). Los riesgos asociados con la búsqueda de ayuda en casos de VS que se informaron más frecuentemente incluyeron la vergüenza y el menoscabo a la reputación. Más participantes en el sitio de intervención que en el sitio de comparación informaron otros riesgos, tales como el costo, el temor de que la pareja se entere / temor de violencia y el temor a la posibilidad de consecuencias legales.

Recomendaciones para la intervención Comunidades Cuidadoras

- *Las actividades de prevención de la VSBG* deberían abordar los riesgos modificables y gestionar los riesgos no modificables asociados con buscar atención para la VS.
 - Las actividades a nivel comunitario y en el hogar (cuando corresponda) deberían brindar información acerca de los beneficios de buscar atención oportuna de la VS usando mensajes verbales y materiales de información, educación y comunicación (IEC) presentados en español y wayuunaiki.
 - Las actividades de concienciación comunitaria deben convocar a subgrupos de integrantes de la comunidad (p. ej., niñas adolescentes, niños adolescentes, hombres adultos y mujeres adultas) para transmitir mensajes adaptados con el propósito de abordar los obstáculos singulares y solapados que se interponen al acceso a la atención para la VS, haciendo énfasis en información exacta sobre la confidencialidad y el costo de los servicios.
- *Actividades de respuesta a la VSBG*
 - El personal del proyecto debería involucrar a proveedores de servicios relacionados con la VBG y la protección a la niñez, así como a otros proveedores de servicios de derivación de la VBG, a fin de asegurar que los servicios sean confidenciales y centrados en las personas sobrevivientes.
 - Se debe preparar a TCS para identificar a las personas sobrevivientes en toda su diversidad, incluidas adolescentes, personas que viven con discapacidad y personas que solo hablan wayuunaiki.
 - La capacitación que se brinde a TCS debería permitirles proporcionar servicios de derivación multisectorial (p. ej., asistencia legal, refugio, alimentos, medios de vida, atención médica y psicosocial), según las necesidades y preferencias de la persona sobreviviente.

Limitaciones del estudio

Existen algunas limitaciones en el estudio de línea base. En primer lugar, algunas personas participantes solamente hablaban wayunaiki, por lo cual se precisó de alguien que tradujera y, posteriormente, fue necesario realizar la transcripción y traducción al español. Por lo tanto, es posible que haya habido errores humanos en la traducción que afectaron la interpretación de los datos por parte del equipo de investigación. El equipo mitigó este riesgo contratando a profesionales de traducción capacitados que también son parte de la comunidad wayuu y tienen experiencia participando en actividades de recopilación de datos sobre temas delicados, tales como la VBG y la VS. Una segunda limitación de este estudio se relaciona con el efecto de usar conceptos predeterminados, como VBG y VS, en el instrumento de la encuesta. Las personas participantes a veces interpretan, comprenden, definen y etiquetan los conceptos de manera diferente dentro de su contexto cultural. Esta diferencia en la comprensión pudo haber contribuido a dificultades en la comunicación eficaz y la comprensión recíproca durante el proceso de recopilación de datos y, por lo tanto, podría haber tenido incidencia en la exactitud del análisis. A fin de mitigar este riesgo, la recopilación de datos cualitativos se realizó mediante grupos focales y entrevistas. Se diseñaron instrumentos cualitativos para explorar en profundidad las definiciones de las personas participantes sobre los conceptos de VBG y VS y darles espacio para transmitir su comprensión de la VBG y la VS en sus propios términos. Por último, la exactitud de este estudio pudo haberse visto afectada por el fenómeno migratorio específico que se presenta en La Guajira, donde se encuentran el sitio de intervención y el sitio de comparación. En definitiva, la presencia histórica del pueblo wayuu en esta región, en conjunto con la crisis del país vecino de Venezuela, explica que haya una variabilidad constante de la población de los dos sitios (Consuegra, 2022). A su vez, los resultados finales de la investigación podrían ser parciales.

Conclusión

En general, las personas participantes en ambos sitios tuvieron características demográficas y socioeconómicas comparables en la línea base. Se controlará la edad, los idiomas que hablan, el estado civil y la presencia de discapacidad al realizar el análisis de línea final, dado que estos aspectos tuvieron diferencias estadísticamente significativas en los dos sitios. Las personas participantes del sitio de intervención y del sitio de comparación demostraron perspectivas valiosas y matizadas sobre la VBG y, en mayor medida, sobre la VS y la igualdad de género. Sin embargo, sus perspectivas con respecto a la distribución de las tareas domésticas se alinearon más estrechamente con los roles de género tradicionales y los datos cualitativos ilustran que, no obstante, la desigualdad de género, la VBG y la VS, en particular la VPI, siguen siendo comunes en la comunidad. Entre las personas participantes, hubo consenso en relación con la definición de la VS, mientras que la comprensión de la VBG fue variada. El conocimiento sobre qué servicios de VS y de VBG estaban disponibles o dónde acceder a ellos varió entre las personas participantes, pues algunas informaron que no había servicios relacionados con la VSBG en sus comunidades. El acceso a servicios de VS y VBG era percibido como algo difícil entre las personas participantes, en particular para niños y niñas, personas mayores, personas con discapacidad e integrantes de la comunidad que solo hablaban wayunaiki. Las personas participantes indicaron con frecuencia que los beneficios más habituales de intentar obtener ayuda para la VS eran recibir servicios de derivación y medicamentos para la prevención de embarazos. Los riesgos más citados por participantes asociados con buscar ayuda para la VS fueron la vergüenza, el daño a la reputación, el temor a la violencia de la pareja y las consecuencias legales no deseadas. Estas características tanto de la comunidad que recibirá la intervención *Comunidades Cuidadoras* como del sitio de comparación en la línea base contribuirán a definir la planificación y la implementación basadas en evidencias y servirán como referencia para el monitoreo y la evaluación del programa en el futuro cercano.

Referencias

- Ascanio, Adriana C.C. 2022. "Cambios en la movilidad transfronteriza del pueblo Wayuú en el contexto de la crisis venezolana". *Jangwa Pana* 21 (2): 107-122. <https://doi.org/10.21676/16574923.4594>.
- Braun, Virginia & Victoria Clarke. 2021. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Londres: SAGE Publications Ltd.
- Call to Action on Protection from Gender-Based Violence in Emergencies. 2020. "Call to Action on Protection from Gender-Based Violence in Emergencies: Road Map 2021-2025". <https://reliefweb.int/report/world/call-action-protection-gender-based-violence-emergencies-road-map-2021-2025>.
- Drewnowski, Adam. 2022. "Food insecurity has economic root causes". *Nature Food* 3 (8): 555-556. <https://doi.org/10.1038/s43016-022-00577-w>.
- Glass, Nancy, Nancy Perrin, Amber Clough, Amelie Desgropes, Francesco N. Kaburu, Jaela Melton, et al. 2018. "Evaluating the communities care program: best practice for rigorous research to evaluate gender based violence prevention and response programs in humanitarian settings". *Conflict and Health* 12 (5). <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0138-0>.
- Glass, Nancy Nancy Perrin, Mendy Marsh, Amber Clough, Amelia Desgropes, Francesco Kaburu, et al. 2019. "Effectiveness of the Communities Care programme on change in social norms associated with gender-based violence (GBV) with residents in intervention compared with control districts in Mogadishu, Somalia". *BMJ open* 9 (3). <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/3/e023819.full.pdf>.
- Holmes, Rebecca y Dharini Bhuvanendra. 2014. "Preventing and responding to gender-based violence in humanitarian contexts". *Humanitarian Practice Network* 77. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a089b2ed915d3cfd0003a8/GBV_in_emergencies_NP_77_web.pdf.
- Horn, Rebecca. 2010. "Responses to intimate partner violence in Kakuma refugee camp: refugee interactions with agency systems". *Social Science & Medicine* 70 (1): 160–168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.036>.
- Organización Internacional para las Migraciones. 2021. "Venezuela Regional Response – Gender-based Violence and Risk Factors for Migrant and Refugee Women from Venezuela during the Migration Journey". <https://reliefweb.int/report/colombia/venezuela-regional-response-gender-based-violence-and-risk-factors-migrant-and>.
- Comité Internacional de Rescate. 2015. "Meeting their needs: Results from a Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Survey on Gender Based Violence and Reproductive Health in the Mafrqa and Irbid Governorates, Jordan". <https://data.unhcr.org/en/documents/details/70981>.
- Ivanova, Olena, Masna Rai y Elizabeth Kemigisha. 2018. "A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(8): 1583. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081583>.
- Kohli, Anjalee, Maphie T. Makambo, Paul Ramazani, Isaya Zahiga, Biki Mbika, Octave Safari, et al. 2012. "A Congolese community-based health program for survivors of sexual violence". *Conflict and Health* 6 (6). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-6>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. "Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición

de desigualdades en salud". <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>.

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>. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2021. "Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada: Información sociodemográfica del pueblo Wayúu". <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-09-24-Registro-Estadistico-Pueblo-Wayuu.pdf>.

Cruz Roja Noruega y Comité Internacional de la Cruz Roja. 2022. "That never happens here": Sexual and gender-based violence against men, boys and/including LGBTQI+ people in humanitarian settings". <https://reliefweb.int/report/world/never-happens-here-sexual-and-gender-based-violence-against-men-boys-andincluding>.

Polis, Chelsea B., David A. Grimes, Kate Schaffer, Kelly Blanchard, Anna Glasier y Cynthia Harper. "Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review)". 2007. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005497.pub2>.

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

Stark, Lindsay, Ilana Seff y Chen Reis. 2021. "Gender-based violence against adolescent girls in humanitarian settings: a review of the evidence". *The Lancet: Child and Adolescent Health* 5 (3): 210-222. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30245-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30245-5).

Tanabe, Mihoko, Keely Robinson, Catherine I. Lee, Jen A. Leigh, Eh M. Htoo, Naw Integer, et al. 2013. "Piloting community-based medical care for survivors of sexual assault in conflict-affected Karen State of eastern Burma". *Conflict and Health* 7 (12). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-7-12>.

Vu, Alexander, Atif Adam, Andrea Wirtz, Kiemanh Pham, Leonard Rubenstein, Nancy Glass, et al. 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis", *PLoS Curr* 18 (6). https://www.researchgate.net/publication/262229579_The_Prevalence_of_Sexual_Violence_among_Female_Refugees_in_Complex_Humanitarian_Emergencies_a_Systematic_Review_and_Meta-analysis.

Wachter, Karin, Rebecca Horn, Elsa Friss, Kathryn Falb, Leora Warb, Christine Apio, et al. 2018. "Drivers of Intimate Partner Violence Against Women in Three Refugee Camps". *Violence Against Women* 24(3): 286-306. <https://doi.org/10.1177/1077801216689163>.

Apéndice 1

Número de participantes en los grupos focales en el sitio de intervención y el sitio de comparación

Tabla A1: Número de participantes en los grupos focales en el sitio de intervención y el sitio de comparación			
Sitio de intervención			
Subgrupos	Número de grupos focales	Número de participantes	Número de personas migrantes
Mujeres adultas y jóvenes (no wayuu)	3	19	14
Mujeres jóvenes (wayuu)	3	21	12
Hombres jóvenes (wayuu)	3	20	11
Hombres adultos (wayuu)	3	22	6
Mujeres adultas (wayuu)	3	23	11
Número total de grupos focales		15	
Número total de participantes		105	
Número total de migrantes		54	
Sitio de comparación			
Mujeres adultas y jóvenes (no wayuu)	3	19	11
Mujeres jóvenes (wayuu)	3	22	12
Hombres jóvenes (wayuu)	3	18	12
Hombres adultos (wayuu)	3	22	10
Mujeres adultas (wayuu)	4	30	13
Número total de grupos focales		16	
Número total de participantes		111	
Número total de migrantes		58	

Apéndice 2

Características demográficas

En esta sección se brinda un informe detallado de las características demográficas de quienes participaron de la encuesta CAP. Un total de 710 personas participaron en el estudio de línea base. La **Tabla 1** muestra el desglose del número total de participantes por método de datos y sitio de estudio. Se realizaron comparaciones entre sitios para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas de los sitios. La **Tabla 2**, que se presenta a continuación, muestra los resultados de esta comparación para los resultados estadísticamente significativos y las variables demográficas clave.

Tabla 1: Número de participantes en las actividades de recopilación de datos			
Número de participantes en el sitio de estudio			
Método de recopilación de datos	Sitio de intervención	Sitio de comparación	Total
Encuesta CAP	337	352	689
DGF	105	111	216
EIC	12	9	21

En general, identificamos diferencias significativas entre los sitios de intervención y de comparación para las siguientes categorías demográficas: idioma hablado; estado civil; atracción sentimental, sexual o emocional, y discapacidad observada por quienes realizaron las encuestas. No encontramos diferencias significativas en cuanto a edad, relación con la persona jefa de hogar, estado migratorio, autoidentificación como wayuu, el sexo, autoidentificación con el sexo asignado al nacer y discapacidad informada espontáneamente por las personas.

La edad media entre participantes del sitio de intervención fue de 32 años, solamente un año mayor que la edad media de las personas participantes del sitio de comparación (31 años). El intervalo de edad de participantes del sitio de intervención fue de 13 a 75 y el de participantes del sitio de comparación fue de 13 a 82. La muestra incluyó a 88 adolescentes (13-19 años) en el sitio de intervención, y de estas personas 32 se identificaron como niños y 56 se identificaron como niñas. Se incluyeron 87 adolescentes (32 niños y 55 niñas) en el sitio de comparación. Solamente el 13,06% de las personas participantes del sitio de intervención y el 11,93% de participantes del sitio de comparación tenían 50 años o más.

La mayoría de participantes se autoidentificaron como indígenas (89,91% en el sitio de intervención y 86,93% en el sitio de comparación), y la mayoría se autoidentificaron como wayuu (la comunidad indígena de La Guajira) (89,02% en el sitio de intervención y 86,36% en el sitio de comparación).

El estado civil de las personas participantes varió en los dos sitios de estudio. El estado civil más común en el sitio de intervención fue de personas que no estaban casadas, pero que habían vivido con su pareja por más de dos años (40,36%), mientras que alrededor de un tercio de participantes (31,53%) en el sitio de comparación tenían este estado civil ($p < 0,05$). El estado civil más común en el sitio de intervención fue de soltería (34,66%). Más personas informaron estar casadas en el sitio de comparación (17,05%) que en el sitio de intervención (8,61%) ($p < 0,01$). En ambos sitios, más del 70% de las personas encuestadas tienen hijos e hijas. Entre las personas participantes de 13-19 años en los sitios, el 5,14% estaban casadas.

Quienes participaron en la encuesta fueron principalmente mujeres (67,95% en el sitio de intervención y 69% en el sitio de comparación) que se autoidentificaron con el sexo que se les asignó al nacer. Solamente una persona participante del sitio de intervención (0,3%) dijo que no se identificaba con el sexo que se le asignó al nacer y se identificó como de "otro género". Una

persona participante del mismo sitio se rehusó a responder esta pregunta ($p < 0,10$). La mayoría de las personas participantes informaron que sentían atracción sentimental, sexual o emocional hacia personas del sexo opuesto (96,74% en el sitio de intervención y 97,73% en el sitio de comparación). Cuatro participantes del sitio de comparación informaron que sentían atracción hacia personas de ambos sexos (1,14%) ($p < 0,05$).

Vivir con una discapacidad fue un factor que se informó o se observó más asiduamente en el sitio de intervención que en el sitio de comparación ($p < 0,01$). Fueron las personas que realizaron las entrevistas y no las personas participantes quienes informaron sobre discapacidades identificables de manera visual. Esta decisión metodológica se basó en la experiencia de actividades previas de recopilación de datos en la región. Se identificaron dos participantes en el sitio de intervención como personas ciegas (0,59%), se identificaron dos participantes como personas sordas (0,59%) y se identificó un participante como persona muda (0,3%). En el sitio de comparación, solo se identificó a una persona participante sorda (0,28%). Hubo participantes que informaron espontáneamente otras discapacidades. La discapacidad que informaron con más frecuencia fue la dificultad para comprender o aprender, algo que manifestaron 82 participantes en el sitio de intervención (24,33%) y 28 (7,95%) en el sitio de comparación. La segunda discapacidad que más informaron de manera espontánea fue la dificultad de salir sin ayuda o compañía, algo que indicaron 45 (13,35%) participantes en el sitio de intervención y 11 (3,13%) en el sitio de comparación. Identificamos diferencias estadísticamente significativas en todas las discapacidades que se informaron de manera espontánea ($p < .001$).

Tabla 2: Características demográficas por sitio de intervención y sitio de comparación					
Variables	n	Sitio de intervención (n=337) Porcentaje/ media	n	Sitio de comparación (n=352) Porcentaje/ media	Prueba de diferencias
Edad (media)	337	32	352	31	0,200
Intervalo de edad					
13-19 años	88	26,11	87	24,72	0,674
20-29 años	82	24,33	110	31,25	0,043**
30-39 años	64	18,99	72	20,45	0,630
40-49 años	59	17,51	41	11,65	0,030**
50 años o más	44	13,06	42	11,93	0,656
Origen étnico					
Indígena	303	89,91	306	86,93	0,222
Gitano (romaní)	0	0,00	0	0,00	
Raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,00	0	0,00	
Palenquero(a) de San Basilio	0	0,00	0	0,00	
Afrocolombiano/a	3	0,89	3	0,85	0,957
Ninguno de los anteriores	31	9,20	43	12,22	0,200
Autoidentificación como wayuu	300	89,02	304	86,36	0,289
Idiomas hablados (+)					
Español	261	77,45	320	90,91	0,000***
Significación estadística de las pruebas de diferencia * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$ (+) Las categorías no se excluyen unas a otras.					

Tabla 2: Características demográficas por sitio de intervención y sitio de comparación					
<i>Inglés</i>	2	0,59	4	1,14	0,441
<i>Wayuunaiki</i>	286	84,87	292	82,95	0,495
<i>Otro</i>	0	0,00	0,00	0,00	
Estado civil					
<i>Persona no casada que ha vivido con su pareja por menos de dos años</i>	10	2,97	15	4,26	0,363
<i>Persona no casada que ha vivido con su pareja más de dos años</i>	136	40,36	111	31,53	0,016**
<i>Persona casada</i>	29	8,61	60	17,05	0,001***
<i>Persona divorciada o separada</i>	32	9,50	37	10,51	0,657
<i>Persona viuda</i>	14	4,15	7	1,99	0,101
<i>Persona soltera</i>	113	33,53	122	34,66	0,755
<i>Se rehusó</i>	3	0,89	0	0,00	0,083*
Persona que tiene hijos o hijas	236	70,03	254	72,16	0,538
Sexo, género y orientación sexual					
Sexo					
<i>Masculino</i>	108	32,05	108	30,68	0,700
<i>Femenino</i>	229	67,95	244	69,32	0,700
<i>Otro</i>	0	0,00	0	0,00	
Autoidentificación con el sexo asignado al nacer					
<i>Sí</i>	335	99,41	352	1,00	0,157
<i>No</i>	1	0,30	0	0,00	0,318
<i>Se rehusó</i>	1	0,30	0	0,00	0,318
Identidad de género					
<i>Hombre trans</i>	0	0,00	0	0,00	
<i>Mujer trans</i>	1	0,30	0	0,00	0,318
<i>Otro</i>	0	0,00	0	0,00	
<i>Se rehusó</i>	335	99,41	352	1,00	0,157
Atracción romántica, sexual, emocional o afectiva					
<i>Personas del mismo sexo</i>	1	0,30	0	0,00	0,318
<i>Personas del sexo opuesto</i>	326	96,74	344	97,73	0,429
<i>Personas de ambos sexos</i>	0	0,00	4	1,14	0,045**
<i>Se rehusó</i>	10	2,97	4	1,14	0,092*
Discapacidades					
Indicador dicotómico: si la persona informó/presentó al menos una discapacidad	107	31,75	36	10,23	0,000 ***
Desagregado por discapacidad:					
<i>¿Ceguera total? (Por observación)</i>	2	0,59	0	0,00	0,157
<i>¿Sordera total? (Por observación)</i>	2	0,59	1	0,28	0,541
Significación estadística de las pruebas de diferencia * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01 (+) Las categorías no se excluyen unas a otras.					

	1	0,30	0	0,00	0,318
¿Mudez? (Por observación)					
¿Dificultad para moverse o caminar por sí solo/a?	43	12,76	8	2,27	0,000***
¿Dificultad para bañarse, vestirse o alimentarse por sí solo/a?	29	8,61	5	1,42	0,000***
¿Dificultad para salir sin ayuda o compañía?	45	13,35	11	3,13	0,000***
¿Dificultad para comprender o aprender?	82	24,33	28	7,95	0,000***

Significación estadística de las pruebas de diferencia * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01
(+) Las categorías no se excluyen unas a otras.

Características socioeconómicas, experiencia migratoria y nacionalidad

La **Tabla 3** presenta características socioeconómicas clave, experiencias migratorias y nacionalidad de las personas participantes por sitio. En general, la mayoría de las personas participantes informaron poder leer y escribir y habían terminado su educación primaria y la mayor parte de su educación secundaria. Sin embargo, pocas personas terminaron la escuela o asistieron a instituciones educativas superiores. La actividad socioeconómica principal de las personas participantes eran tareas del hogar. La inseguridad alimentaria tuvo alta prevalencia en ambas comunidades y las personas participantes informaron que, con frecuencia, tenían que limitar o reducir las comidas que tenían por día. Casi la mitad de las personas participantes han vivido siempre en Colombia. La otra mitad provenía de Venezuela, tenía nacionalidad venezolana y utilizaba documentos de identidad venezolanos.

Encontramos diferencias significativas entre el sitio de intervención y el sitio de comparación para las siguientes variables: actividades principales realizadas la semana precedente (opciones de buscar trabajo y realizar tareas del hogar); nivel educativo (ninguna opción); porcentaje de personas que saben leer y escribir en ambas comunidades; porcentaje de personas que no tuvieron suficientes alimentos o recursos para comprar comida los siete días precedentes; días promedio en que el hogar tuvo que a) depender de alimentos menos preferidos y menos costosos, b) restringir el consumo de alimentos para las personas adultas para que pudieran comer los menores, c) reducir la cantidad de comidas por día; tiempo en Colombia; nacionalidad, y documentos de identidad (específicamente, tarjeta de identidad, permiso de protección temporal y tarjeta migratoria).

Como indicador adicional relacionado con el estado socioeconómico, la encuesta también preguntó a las personas participantes si no habían tenido suficientes alimentos o recursos para comprar alimentos en los siete días previos a la encuesta. Aunque la seguridad alimentaria no es un sustituto perfecto del estatus socioeconómico, existe correlación entre ambos y el trabajo previo sugiere que la inseguridad alimentaria se vincula con bajos salarios y condiciones sociales y económicas adversas, entre otros factores asociados con un estatus socioeconómico inferior (p. ej., Drownowski, 2022). Un número mayor de participantes en el sitio de intervención (77,15%) en relación con participantes del sitio de comparación (65,91%) informaron no tener suficientes alimentos o recursos para comprar alimentos (p<0,01). Las personas participantes que informaron sobre esta situación también manifestaron que durante los siete días precedentes habían tenido que depender de alimentos menos preferidos y menos costosos (3,73 días promedio en el sitio de intervención y 3,35 en el sitio de comparación) (p<0,05), restringir el consumo de alimentos en adultos para que pudieran comer niños y niñas (3,23 días promedio en el sitio de intervención y 2,53 en el sitio de comparación) (p<0,01) o reducir la cantidad de comidas por día (4,17 días promedio en el sitio de intervención y 3,68 en el sitio de comparación) (p<0,05).

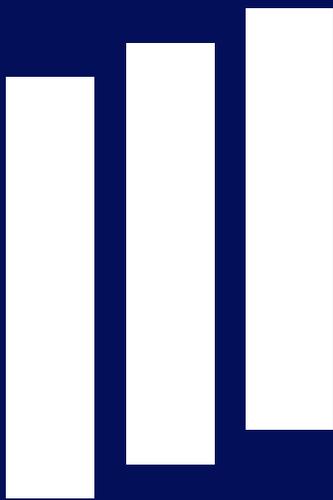
Más del 55% de participantes en ambos sitios no han vivido siempre en Colombia (56,97% en el sitio de intervención contra 55,68% en el sitio de comparación). Todas estas personas participantes (n= 192 en el sitio de intervención y n= 196 en el sitio de comparación) vinieron de Venezuela y, por lo tanto, tienen nacionalidad venezolana (80,21% en el sitio de intervención y 88,78% en el sitio de comparación) ($p<0,05$); solamente unas pocas poseen nacionalidad colombiana (15,10% en el sitio de intervención y 9,18% en el sitio de comparación) ($p<0,10$) y una minoría posee doble nacionalidad (4,69% en el sitio de intervención contra 2,04% en el sitio de comparación).

Tabla 3. Características socioeconómicas, migración y nacionalidad por sitio de intervención y de comparación					
Variables	n	Sitio de intervención (n=337) Porcentaje/ media	n	Sitio de comparación (n=352) Porcentaje/ media	Prueba de diferencias
Características socioeconómicas					
Actividad principal la semana precedente					
<i>Trabajo</i>	89	26,41	96	27,27	0,799
<i>En busca de trabajo</i>	14	4,15	5	1,42	0,030**
<i>Estudio</i>	76	22,55	68	19,32	0,298
<i>Tareas del hogar</i>	105	31,16	136	38,64	0,039**
<i>Imposibilidad permanente de trabajar</i>	13	3,86	15	4,26	0,789
<i>Otra actividad</i>	40	11,87	32	9,09	0,235
Nivel educativo					
<i>Ninguno</i>	57	16,91	34	9,66	0,005***
<i>Preescolar</i>	2	0,59	6	1,70	0,170
<i>Primaria (primero a quinto grado)</i>	106	31,45	115	32,67	0,733
<i>Secundaria (sexto a noveno)</i>	114	33,83	134	38,07	0,247
<i>Secundaria (décimo a treceavo)</i>	51	15,13	57	16,19	0,702
<i>Superior o universitaria</i>	7	2,08	6	1,70	0,720
Persona que no sabe leer ni escribir					
<i>Sí</i>	266	78,93	306	86,93	0,005***
<i>No</i>	70	20,77	46	13,07	0,007
<i>Se rehusó</i>	1	0,30	0	0,00	0,318
En los siete días precedentes, este hogar no tuvo suficientes alimentos ni recursos para comprar alimentos					
<i>Sí</i>	260	77,15	232	65,91	0,001***
<i>No</i>	77	22,85	120	34,09	0,001***
En los siete días precedentes, con cuánta frecuencia el hogar (días promedio) (si dijo sí a la pregunta anterior) (+)					
<i>Recurrió a alimentos menos preferidos o menos costosos</i>	260	3,73	232	3,35	0,029**
<i>Pidió prestado alimentos o dependió de ayuda de amigos o familiares</i>	260	2,62	232	2,53	0,592
<i>Limitó el tamaño de las porciones de alimentos</i>	260	4,07	232	3,93	0,463
Significación estadística de las pruebas de diferencia * $p<0,10$, ** $p<0,05$, *** $p<0,01$ (+) Las categorías no se excluyen unas a otras.					

Tabla 3. Características socioeconómicas, migración y nacionalidad por sitio de intervención y de comparación					
<i>Restringió el consumo de adultos para que pudieran comer los menores</i>	260	3,23	232	2,53	0,001***
<i>Redujo la cantidad de comidas por día</i>	260	4,17	232	3,68	0,017**
Migración y nacionalidad					
La persona siempre ha vivido en Colombia					
<i>Sí</i>	145	43,03	156	44,32	0,733
<i>No</i>	192	56,97	196	55,68	0,733
Tiempo en Colombia (meses promedio) (si la persona no ha vivido siempre en Colombia)	192	65,75	196	51,09	0,000***
Lugar de origen (si la persona no ha vivido siempre en Colombia)					
<i>Venezuela</i>	192	100,00	196	100,00	
Nacionalidad (si la persona no ha vivido siempre en Colombia)					
<i>Colombiana</i>	29	15,10	18	9,18	0,075*
<i>Venezolana</i>	154	80,21	174	88,78	0,020**
<i>Doble</i>	9	4,69	4	2,04	0,150
Documentos de identidad (si la persona no ha vivido siempre en Colombia) (+)					
<i>Documento de identidad colombiano</i>	45	23,44	37	18,88	0,273
<i>Identificación venezolana</i>	164	85,42	164	83,67	0,636
<i>Permiso Especial de Permanencia - PEP (válido o vencido)</i>	42	21,88	45	22,96	0,799
<i>Pasaporte</i>	1	0,52	2	1,02	0,574
<i>Certificado</i>	11	5,73	9	4,59	0,614
<i>Registro civil</i>	11	5,73	9	4,59	0,614
<i>Estatus migratorio temporal</i>	10	5,21	17	8,67	0,180
<i>Tarjeta de identidad</i>	9	4,69	3	1,53	0,074*
<i>Permiso por protección temporal</i>	0	0,00	17	8,67	0,000***
<i>Tarjeta migratoria</i>	0	0,00	3	1,53	0,082*
<i>Otro</i>	0	0,00	1	0,51	0,318
Significación estadística de las pruebas de diferencia * p<0,10, ** p<0,05, ***p<0,01 (+) Las categorías no se excluyen unas a otras.					

Siglas y abreviaturas

CAP	Conocimiento, actitudes y prácticas (encuesta)
CNC	Centro Nacional de Consultoría
DGF	Deliberación en grupo focal
EIC	Entrevista a informante clave
GEM	Hombres con criterio de Equidad de Género (por sus siglas en inglés) (escala)
IC	Informante clave
ITS	Infección de transmisión sexual
JCC	Junta Consultiva Comunitaria
JRI	Junta de Revisión Institucional
LGBTQI+	Personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero y <i>queer</i> o que cuestionan su identidad de género
MyE	Monitoreo y evaluación
ONG	Organización no gubernamental
TCS	Trabajador/a comunitario/a de la salud
UniAndes	Universidad de los Andes
VBG	Violencia basada en género
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPI	Violencia de pareja íntima
VSBG	Violencia sexual y basada en género
VS	Violencia sexual
WRC	Comisión de Mujeres Refugiadas (por sus siglas en inglés)



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

Research. Rethink. Resolve.



WRCOMMISSION



WOMENSREFUGEECOMMISSION



WOMENSREFUGEECOMMISSION



WRCOMMISSION



WRCOMMISSION



WRCOMMISSION

Comisión de Mujeres Refugiadas | 15 West 37th Street | Nueva York, NY 10018
212.551.3115 | info@wrcommission.org | womensrefugeecommission.org