



Marta Garnelo,  
Chloe Bustin,  
Suzanne Duryea,  
Andrew Morrison

# APLICANDO LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO A LA VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA

Mejorando los servicios  
para sobrevivientes  
en América Latina  
y el Caribe



**Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo**

Aplicando las ciencias del comportamiento a la violencia de pareja íntima: mejorando los servicios para sobrevivientes en América Latina y el Caribe / Marta Garnelo, Chloe Bustin, Suzanne Duryea, Andrew Morrison.

p. cm. — (Monografía del BID ; 699)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Intimate partner violence-Latin America. 2. Intimate partner violence-Caribbean Area. 3. Abused women-Services for-Latin America. 4. Abused women-Services for-Caribbean Area. 5. Women-Violence against-Latin America. 6. Women-Violence against-Caribbean Area. I. Garnelo, Marta. II. Bustin, Chloe. III. Duryea, Suzanne. IV. Morrison, Andrew. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Género y Diversidad. VI. Behavioural Insights Ltd. VII. Serie.

IDB-MG-699

Códigos JEL: J12, J16, I38, O54

Palabras clave: violencia contra la mujer, violencia de pareja íntima, ciencias de comportamiento

Copyright © 2019. Behavioural Insights Ltd (“BIT”). No debe ser reproducido, copiado, distribuido o publicado sin el permiso de Behavioural Insights Ltd (“BIT”). Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BIT, el BID y su Directorio Ejecutivo, ni de los países que representa.

Diseño y diagramación: Alejandro Scaff





# CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	5
Introducción	8
Capítulo 1: Líneas telefónicas de ayuda	13
Capítulo 2: Sistema de justicia penal	23
Capítulo 3: Sector de la salud	35
Capítulo 4: Servicios de salud mental	45
Capítulo 5: Refugios	53
Conclusión	62
Referencia bibliográfica	66

## **AGRADECIMIENTOS**

Este informe no hubiera sido posible sin el conocimiento y la orientación recibidas por los prestadores de servicios en Argentina, República Dominicana, El Salvador y Honduras. Los autores también desean agradecer a Kizzy Gandy por sus comentarios y perspectivas durante el desarrollo del documento.

Las opiniones expresadas en este trabajo son las de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones del BID, su Junta Directiva o los países que representan.

## RESUMEN EJECUTIVO

Según los datos de un estudio mundial, el 30 por ciento de las mujeres que han estado en una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual perpetrada por su pareja íntima. En América Latina y el Caribe (ALC), se estima que el 29.8 por ciento de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido abusadas física o sexualmente por ellas (OMS, 2013).

La violencia de pareja íntima (VPI) es una de las principales causas de muerte, ya que representa el 34 por ciento del total de asesinatos de mujeres a nivel mundial (ONUDD, 2018). Tiene graves consecuencias físicas, mentales, y en la salud reproductiva de las sobrevivientes y sus dependientes, y supone grandes costos sociales y económicos para las generaciones presentes y futuras (OMS, 2013).

Los gobiernos de la región de ALC han emprendido una serie de iniciativas legislativas y políticas en pos de prevenir y responder a la VPI. Proporcionar servicios de alta calidad que protejan y empoderen a las sobrevivientes<sup>1</sup> es un componente esencial de la respuesta de los gobiernos a la VPI. Si bien los programas enfocados en los agresores aún son escasos en la región, los servicios para sobrevivientes llegan a millones de mujeres todos los días. Este informe busca apoyar a los gobiernos para que puedan atender a esta población de manera más efectiva.

### Objetivo del Informe

Este informe utiliza los conocimientos de las ciencias del comportamiento, que incluyen la economía conductual, la psicología social y la neurociencia, para proveer recomendaciones sobre cómo mejorar el diseño de los servicios para sobrevivientes en

la región de ALC y, en última instancia, lograr una mejor calidad de vida para las mujeres. Nuestro objetivo es proporcionar tanto a los responsables de la formulación de políticas como a los prestadores de servicios:

- I. Un diagnóstico, basado en investigación cualitativa, de las posibles barreras de comportamiento que enfrentan los prestadores de servicios y las sobrevivientes durante el proceso de proveer y acceder a los servicios, respectivamente;
- II. Propuestas de ideas de intervención, basadas en una revisión de la literatura de las ciencias del comportamiento, las cuales se pueden adaptar a los servicios existentes y evaluar para determinar su impacto.

### Marco del Informe: Búsqueda, Respuesta, Mantenimiento

Aunque las experiencias de las sobrevivientes de VPI pueden variar considerablemente entre un servicio y otro, y de un país a otro dentro de ALC, este informe se ha estructurado en torno a las etapas críticas de la interacción entre las sobrevivientes y los prestadores de servicios: la búsqueda de ayuda, la respuesta a las necesidades de las sobrevivientes y el mantenimiento del compromiso de las sobrevivientes.

Se examina cada etapa en relación a los servicios de mayor disponibilidad en ALC, los cuales abarcan las líneas telefónicas de ayuda, el sistema de justicia penal, el sector de la salud, los servicios de salud mental y los refugios.

<sup>1</sup> Los sobrevivientes son las mujeres que han sufrido violencia ejercida por hombres a mujeres, generada por parejas o exparejas heterosexuales, ya que este es el tipo más común de sobrevivientes que se atienden en las instituciones de la región (Krug et al., 2002).



## **BÚSQUEDA:** La búsqueda de ayuda de las sobrevivientes

Puede que las sobrevivientes de VPI nunca revelen que han sido sometidas a VPI. Si lo hacen, es más probable que recurran a redes de apoyo informales (es decir, familiares y amigos) que a las instituciones formales (Bott, Guedes, Goodwin, & Mendoza, 2014). Esta etapa se centra en identificar algunas de las principales barreras que impiden a las sobrevivientes buscar ayuda y acceder a los servicios, así como las intervenciones de comportamiento para abordarlas.



## **RESPUESTA:** Respuesta de los prestadores de servicios a las sobrevivientes

En esta sección describimos los posibles desafíos en la prestación de servicios, así como las intervenciones dirigidas a brindar a las sobrevivientes la mejor respuesta posible durante su búsqueda de ayuda inicial. Más allá del bienestar de las sobrevivientes, el primer encuentro con los prestadores de servicios es importante porque determinará cómo las sobrevivientes percibirán las futuras interacciones con el prestador y su disposición a tomar medidas adicionales.



## **MANTENIMIENTO:** Mantenimiento del compromiso de las sobrevivientes y los prestadores de servicios

Las relaciones violentas se caracterizan por su naturaleza cíclica. Los episodios de tensión y de violencia suelen ir seguidos de períodos en los que los agresores expresan remordimiento; esto puede llevar a las sobrevivientes a abandonar y regresar a una relación violenta en reiteradas ocasiones (Walker, 1979). Mientras que las intervenciones en las dos secciones anteriores buscan interrumpir este ciclo, las intervenciones en esta etapa tienen como objetivo evitar que se repita.

## **Conclusión**

Todos tenemos sesgos de comportamiento, incluyendo los prestadores de servicios y las sobrevivientes de VPI. Emplear este conocimiento sobre el comportamiento humano para ajustar elementos en el diseño y la prestación de servicios ha mejorado los resultados de la acción gubernamental en una amplia gama de áreas de políticas. Creemos que la VPI no es la excepción.

Este informe busca alentar a los responsables de políticas públicas a probar nuevos enfoques informados por teoría en un área de política en el que hay una necesidad significativa de evidencia de intervenciones que hayan sido probadas exitosas. Con este fin, proveemos recomendaciones prácticas de ideas de intervención que pueden ser implementadas y evaluadas en el marco de los servicios existentes, con miras a fortalecer la respuesta brindada a las sobrevivientes de VPI por los gobiernos de ALC.

A lo largo de este informe se recogen aspectos transversales que se aplican a múltiples prestadores de servicios, incluyendo la necesidad de: i) poner énfasis en la confidencialidad del apoyo para minimizar la aversión a la incertidumbre de las sobrevivientes; ii) simplificar los procesos para reducir la fatiga de decisión entre los prestadores de servicios; y iii) aliviar la carga cognitiva de las sobrevivientes durante el proceso de derivación. Estos se detallan en la tabla al dorso, junto con potenciales oportunidades para implementar intervenciones relevantes en las tres etapas de la ruta de una sobreviviente. Creemos que se debe dar prioridad a crear proyectos piloto en estos temas debido a su potencial de aplicación generalizada e impacto en la región.



## BÚSQUEDA



## RESPUESTA



## MANTENIMIENTO

### Comportamientos de interés

**Las sobrevivientes no reportan la VPI ni buscan ayuda a través de canales formales**

**Los prestadores de servicios no responden adecuadamente a las sobrevivientes**

**Las sobrevivientes hacen uso de las derivaciones**

### Barreras de comportamiento clave

**Aversión a la incertidumbre.** Solemos preferir los riesgos conocidos a los desconocidos (Fox y Tversky, 1995). Las sobrevivientes pueden no estar seguras de las posibles repercusiones asociadas a la búsqueda de ayuda, especialmente si no están familiarizadas con el tipo de apoyo disponible o no están seguras de si su caso se tratará de manera confidencial.

**Agotamiento profesional.** A menudo, los servicios de VPI presentan una gran demanda y se encuentran faltos de personal debido a las limitaciones de recursos. El estrés laboral, o agotamiento profesional, puede ser el resultado de interacciones intensas y con una alta carga emocional con las sobrevivientes. Esto puede llevar a una toma de decisiones subóptima por parte de los prestadores de servicios, influenciada por sesgos de comportamiento.

**Autoeficacia.** La autoeficacia es la creencia en la propia capacidad para completar tareas, lograr metas establecidas y superar obstáculos (Bandura, 1994). El abuso experimentado por las sobrevivientes, junto a altos y prolongados niveles de estrés, puede haber erosionado su autoeficacia, disminuido su motivación y reducido su capacidad para participar en el apoyo continuo.

### Propuesta de Ideas de intervención

#### Líneas telefónicas de ayuda:

**Minimizar el miedo a las repercusiones eliminando el registro de llamadas en teléfonos móviles.** Varios fabricantes de teléfonos móviles han desarrollado una función que permite que las llamadas a determinados números no aparezcan en la lista de llamadas salientes del teléfono. El garantizar que las llamadas a las líneas telefónicas de ayuda no puedan rastrearse fácilmente podría ayudar a minimizar las preocupaciones de las sobrevivientes y alentarlas a buscar ayuda.

#### Sistema de justicia penal: Brindar retroalimentación al personal de la justicia penal sobre su impacto social.

El desempeño en entornos profesionales aumenta cuando se nos recuerda que nuestro trabajo tiene un impacto positivo en los demás. Podrían compartirse los resultados positivos de los casos de VPI con el personal de la justicia penal para ayudarles a superar el agotamiento profesional, así como resaltar cómo su desempeño ha impactado de forma positiva en las vidas de las sobrevivientes. Esto es particularmente relevante en un contexto en el que, a menudo, el personal sólo se entera de los casos que vuelven a ingresar al sistema judicial.

#### Refugios: Aprovechar el apoyo social de personas con las que es fácil identificarse.

Se podría contratar a las personas que solían vivir en los refugios como mentoras para que transmitan cuánto les ayudó el permanecer en el refugio, y la importancia de participar en los servicios que allí se ofrecen. También se les podrían proporcionar mensajes de texto de apoyo a los amigos y familiares, para que se los envíen a las sobrevivientes con el fin de contrarrestar el sentimiento de aislamiento de su comunidad que puedan sufrir (Sullivan y Gillum, 2001).

#### Atención médica: Poner énfasis en la confidencialidad y entregar información clara sobre los requisitos de reporte.

La privacidad de las sobrevivientes podría mejorarse mediante la creación de servicios de salud en línea y telefónicos. El indicar claramente y por adelantado cuáles son los requisitos de reporte del proveedor podría tranquilizar a las sobrevivientes en cuanto a que la información sobre el abuso que sufren no se compartirá con otras entidades públicas sin su consentimiento.

#### Atención médica: Implementar capacitaciones y protocolos condicionales de detección

Las capacitaciones que ayuden al personal médico a identificar signos de VPI podrían combinarse con protocolos condicionales de detección o ayudas para la toma de decisiones, con el fin de ayudar al personal médico a evitar errores de criterio asociados con el agotamiento profesional, así como a mejorar la tasa de identificación de VPI.

#### Salud mental: Mostrar a las sobrevivientes cuánto han avanzado en el tratamiento de sus condiciones de salud mental.

Nuestra motivación aumenta cuando notamos avances. Para ayudar a las sobrevivientes a darse cuenta de sus avances, el personal de salud mental podría proporcionarles un folleto que incluya su plan de tratamiento, los avances logrados y consejos sobre cómo perseverar.

# INTRODUCCIÓN

## 1. Introducción Violencia de pareja íntima en América Latina y el Caribe

Según los datos de un estudio mundial, el 30 por ciento de las mujeres que alguna vez han estado en una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual perpetrada por su pareja íntima. En América Latina y el Caribe (ALC), se estima que el 29.8 por ciento de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido abusadas física o sexualmente por sus ellas (OMS, 2013).

La violencia de pareja íntima (VPI) es una de las principales causas de muerte, ya que representa el 34 por ciento del total de asesinatos de mujeres a nivel mundial (UNODOC, 2018). Tiene graves consecuencias físicas, mentales, y en la salud reproductiva de las sobrevivientes y sus dependientes, y supone grandes costos sociales y económicos para las generaciones presentes y futuras (OMS, 2013).

Los gobiernos de ALC han emprendido una serie de iniciativas legislativas y políticas destinadas a prevenir y responder a la VPI (ver Essayag, 2017 para un resumen). En los últimos años, esto ha venido acompañado de un apoyo público y una movilización de la sociedad civil sin precedentes para exigir servicios más eficaces para las sobrevivientes (BBC, 2016; Rincón Henao, 2017).

Proporcionar servicios que protejan y empoderen a las sobrevivientes es un componente esencial de las respuestas gubernamentales a la VPI. Si bien los programas enfocados en los agresores aún son escasos en la región, los servicios para sobrevivientes llegan a millones de mujeres todos los días. Este informe busca apoyar a los gobiernos para que puedan atender a esta población de manera más efectiva.

Proponemos aprovechar los conocimientos de las ciencias del comportamiento para ampliar las herramientas a disposición de los responsables de

la formulación de políticas, mejorar el diseño de los servicios para sobrevivientes y, en última instancia, lograr una mejor calidad de vida para las mujeres.

## 2. ¿Qué son las ciencias del comportamiento?

Los modelos económicos ortodoxos suponen que los humanos somos perfectamente racionales, que nos preocupamos únicamente de nuestros propios intereses, y que nuestras preferencias son coherentes. Sobre la base de la investigación de una serie de disciplinas, incluyendo la economía conductual, la psicología social y la neurociencia, las ciencias del comportamiento presentan un modelo más matizado del comportamiento humano.

Siguiendo el trabajo pionero de Amos Tversky, Daniel Kahneman y otros, un gran corpus de literatura sobre psicología postula que la toma de decisiones puede dividirse en dos sistemas: Sistema 1 y Sistema 2. El Sistema 1 es rápido, automático, en su mayor parte se da de forma inconsciente y es altamente susceptible a las señales del entorno. El Sistema 2 es deliberativo y voluntario. Estos dos sistemas realizan funciones diferentes y ambos son necesarios para dirigir nuestra vida diaria. De hecho, sin la eficiencia del Sistema 1, no podríamos superar los cientos de decisiones que debemos tomar todos los días, desde cómo viajar al trabajo, hasta cómo responder el teléfono. Y sin el pensamiento reflexivo del Sistema 2, no podríamos resolver problemas, desde cómo seguir un mapa al viajar a un nuevo país, hasta cómo aprobar los exámenes escolares. Sin embargo, las decisiones automáticas (Sistema 1) no siempre nos conducen a la mejor forma de proceder y nuestra capacidad para pensar de manera deliberada (Sistema 2) es limitada (Kahneman, 2011).

Una nota alentadora es que los estudios de las ciencias del comportamiento muestran cómo pequeños cambios en el ambiente en el que las personas toman decisiones pueden asegurar que el pensamiento



del Sistema 1 conduzca a resultados productivos y positivos. El Behavioural Insights Team (BIT) por sí solo puede identificar un importante impacto social derivado de simplificar la comunicación del gobierno, facilitando el acceso de los ciudadanos a los servicios y haciendo que los procesos sean más oportunos para capitalizar en los puntos de toma de decisiones automáticas (BIT, 2016).

Cada vez más, los formuladores de políticas de todo el mundo están aplicando ideas de las ciencias del comportamiento para abordar una amplia gama de desafíos de política pública, desde promover una alimentación saludable hasta aumentar el nivel de educación. Esperamos que este informe pueda comenzar a cambiar la forma en que los responsables de la formulación de políticas piensan sobre la VPI y, en definitiva, generar nuevas soluciones a un problema que se presenta en todos los países, todas las culturas, y todos los niveles de la sociedad (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006; Vives-Casas et al., 2014).

### **3. ¿Podemos mejorar la formulación de políticas en torno a la VPI con la ayuda de las ciencias del comportamiento?**

La VPI es un desafío de política pública caracterizado por su heterogeneidad y complejidad. Existe una amplia variación en los contextos en los que se produce la VPI, la naturaleza de los actos violentos y las poblaciones afectadas. La VPI es un fenómeno compuesto por múltiples conductas llevadas a cabo por diferentes actores en diferentes momentos (la sobreviviente, el agresor y las personas con las que interactúan, como los funcionarios policiales, el personal de salud o sus familias y comunidades).

Las ciencias del comportamiento se apoyan en un enfoque centrado en el contexto para diseñar soluciones. Por lo tanto, podrían resultar particularmente adecuadas para comprender y abordar la VPI. Como muestra este informe, al desglosar el problema a fin de identificar las conductas específicas que se deben promover o desalentar (como alentar a los funcionarios policiales

a que recopilen pruebas de mejor calidad) y evaluar de forma experimental las intervenciones que apuntan a cambiar esas conductas, los servicios pueden ser más eficaces y eficientes y pueden lograr mejores resultados para las sobrevivientes.

### **4. Objetivo del informe**

El objetivo de este informe es alentar a los formuladores de políticas públicas en ALC a que prueben nuevos enfoques con vistas a mejorar los servicios para las sobrevivientes de VPI en un área de acción de los poderes públicos donde hay poca evidencia de intervenciones exitosas (Trabold, McMahon, Alsobrooks, Whitney, & Mittal, 2018)”

Por lo tanto, este informe pretende proporcionar:

- I. Un diagnóstico, basado en investigación cualitativa, de las posibles barreras en el comportamiento enfrentadas por los prestadores de servicios y las sobrevivientes durante el proceso de proveer y acceder a los servicios, respectivamente; y
- II. Propuestas de intervención basadas en una revisión de la literatura de las ciencias del comportamiento, que pueden ser adaptadas a los servicios existentes y evaluadas para determinar su impacto.

Al crear una guía práctica para que los gobiernos de ALC apliquen una perspectiva conductual a los servicios para sobrevivientes de VPI, esperamos ayudarles a fortalecer su respuesta.

### **5. Alcance del informe**

Es posible que las sobrevivientes que buscan apoyo interactúen con una gran cantidad de servicios proporcionados por agencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales. En este informe, nos enfocamos en los servicios de mayor disponibilidad en ALC— líneas telefónicas de ayuda, el sistema de justicia penal, el sector de la salud, los servicios de salud mental y los refugios.

Es importante hacer tres salvedades respecto al

alcance de este informe y las recomendaciones formuladas. Primero, cuando hablamos de sobrevivientes nos referimos a mujeres que han sufrido violencia por parte de hombres, perpetrada por parejas o ex parejas heterosexuales, dado que este es el tipo de sobreviviente más comunmente atendido por las instituciones de la región (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002). No obstante, la violencia puede ser infligida por una mujer a su pareja masculina, de forma bidireccional o darse en parejas del mismo sexo. Creemos que la mayoría de nuestras recomendaciones también se aplican a estos casos.

En segundo lugar, no buscamos identificar y abordar todas las barreras que obstaculizan el acceso y uso efectivo de los servicios por parte de las sobrevivientes de VPI, sino solo aquellos que son aptos para una perspectiva de comportamiento. Reconocemos que existen desafíos para los cuales, dada la naturaleza de las causas subyacentes, las intervenciones de comportamiento no brindan una solución efectiva, y estos desafíos, como por ejemplo marcos legales inadecuados o falta de personal suficiente para los servicios, no se abordan en este informe.

Finalmente, reconocemos que mejorar la calidad de los servicios prestados a las sobrevivientes no aborda las razones subyacentes de la conducta violenta, y que una respuesta integral a la VPI que incluya políticas y programas para abordar la conducta de los agresores y el comportamiento de la comunidad en general (incluidas las personas circunstantes), también debe ser el núcleo de las políticas públicas. No obstante, es esencial brindar servicios de alta calidad que protejan y empoderen a las sobrevivientes y a sus hijos, ayudándoles a escapar de la violencia y evitar daños mayores.

## **6. Marco del informe: Búsqueda, Respuesta y Mantenimiento.**

Si bien la ruta de las sobrevivientes de VPI puede variar considerablemente de un prestador de servicios a otro y de un país a otro dentro de ALC, este informe

se ha estructurado en torno a las etapas críticas de la interacción entre las sobrevivientes y los prestadores de servicios. Estas son: La búsqueda de ayuda, la respuesta a las necesidades de las sobrevivientes y el mantenimiento del compromiso.



### **BÚSQUEDA:** **La búsqueda de ayuda de las sobrevivientes**

La búsqueda de ayuda es el primer paso por el cual las sobrevivientes entran en contacto con los servicios formales. Las sobrevivientes pueden contactar a los servicios directamente o puede que esto lo haga un tercero al enterarse de un caso de VPI.

A menudo, las sobrevivientes nunca revelan que han sido víctimas de VPI. En un estudio realizado en ocho países de ALC, casi la mitad de las mujeres que denunciaron violencia por parte de una pareja íntima en el último año afirmaron que nunca habían hablado de ello con otra persona (Bott et al., 2014).

Cuando las sobrevivientes deciden buscar ayuda, es más probable que recurran a redes de apoyo informales (es decir, familiares y amigos) que a las instituciones formales. En el mismo estudio, la proporción de mujeres que buscaron ayuda en instituciones formales varió de 8.2 por ciento en Ecuador a 36.0 por ciento en El Salvador (Bott et al., 2014).

La falta de un comportamiento de búsqueda de ayuda está motivada por un sinnúmero de razones que varían de una sobreviviente a otra. En cada uno de los siguientes capítulos, describimos las barreras más importantes identificadas a través de nuestras entrevistas cualitativas e investigación bibliográfica, así como intervenciones de comportamiento para abordar esas barreras.



## RESPUESTA: Respuesta de los prestadores de servicios a las sobrevivientes

Una vez que las sobrevivientes, u otros en su nombre, se comunican con los prestadores de servicios, la respuesta que reciben afectará considerablemente las interacciones posteriores con el servicio. Por ejemplo, una respuesta negativa, a menudo asociada con estigma o apoyo inadecuado, repercutirá en lo que las sobrevivientes sienten y piensan sobre el valor del servicio y sobre si volverán a buscar ayuda o no.

En muchos casos, la cobertura geográfica de los servicios para sobrevivientes de VPI es reducida y, cuando están disponibles, la capacidad está al límite. En esta sección describimos los posibles desafíos en la prestación de servicios, así como las intervenciones dirigidas a brindar la mejor respuesta posible dentro de las limitaciones existentes.



## MANTENIMIENTO: Mantenimiento del compromiso de las sobrevivientes y los prestadores de servicios

Por último, las relaciones violentas se caracterizan por su naturaleza cíclica. Los episodios de tensión y de violencia suelen ir seguidos de períodos en los que los autores expresan remordimiento e intentan convencer a la sobreviviente de que el comportamiento abusivo terminará (Walker, 1979). Esto puede llevar a las sobrevivientes a abandonar y regresar a las relaciones violentas en reiteradas ocasiones.

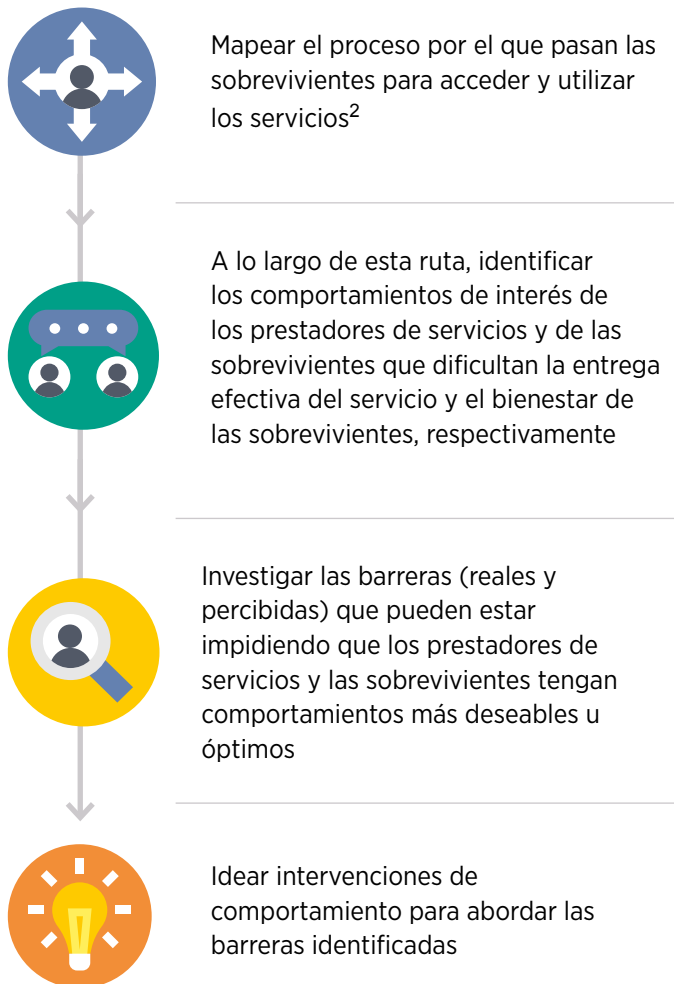
Mientras que las intervenciones de las secciones anteriores buscan interrumpir este ciclo, aquí el objetivo es evitar que se reinicie. En esta etapa describimos las barreras que pueden dificultar la interacción continuada entre las sobrevivientes y los prestadores de servicios, así como las intervenciones para mitigarlas.

## 7. Metodología

Los hallazgos de este informe se derivan de varias fuentes. Para comprender mejor cómo funcionan los servicios en la actualidad y los posibles cuellos de botella, llevamos a cabo entrevistas con prestadores de servicios en El Salvador, Honduras, República Dominicana y Argentina. Realizamos entrevistas semiestructuradas con más de 20 empleados en 16 organizaciones no gubernamentales y del sector público. Hablamos con personas de diversos perfiles profesionales y niveles jerárquicos. Sin embargo, dado el enfoque de nuestra investigación —cómo funciona la prestación de servicios en la práctica— la mayoría de las entrevistas fueron con personal de primera línea. El contenido de las entrevistas abarcó los procesos actuales, así como las áreas de mejora. No entrevistamos a sobrevivientes debido a las dificultades para acceder a esta población y sus implicancias éticas, pero reconocemos que esto es una limitación de nuestra investigación cualitativa.

También examinamos la documentación existente, como protocolos de servicio, estadísticas, informes de desempeño y encuestas de satisfacción del usuario. Además, revisamos la literatura académica sobre la VPI y las ciencias del comportamiento.

Para diseñar las intervenciones propuestas en este informe, nos basamos en las perspectivas proporcionadas por las entrevistas, la investigación en el campo de las ciencias del comportamiento y las lecciones aprendidas de otros tipos de prestación de servicios. El proceso que seguimos se muestra en la Figura 1 de la siguiente página.

**Figura 1:** El proceso metodológico del informe

mejor resultado posible a todas las sobrevivientes debido a un mayor riesgo de daño (Dugan, Nagin & Rosenfeld, 2003). Con esto en mente, todas las intervenciones propuestas a lo largo del informe preservan la capacidad de elegir: las mujeres, los prestadores de servicios y las personas circunstantes siempre pueden abstenerse de llevar a cabo el comportamiento promovido por la intervención. Además, recomendamos medir el impacto no sólo en los resultados directamente focalizados (es decir, si acaso el prestador de servicios refirió a la sobreviviente a otros recursos, o si a sobreviviente colaboró con la acusación criminal), sino también en la satisfacción de la sobreviviente con el servicio y su bienestar en el largo plazo. Agradeceríamos recibir retroalimentación de los gobiernos sobre este informe, las ideas contenidas en él y la viabilidad de su implementación.

## 8. De la evidencia a la práctica

Para poner en práctica las ideas de intervención descritas en este informe, es necesario seguir trabajando para comprender el contexto local y cómo estas intervenciones podrían adaptarse a los procesos existentes.

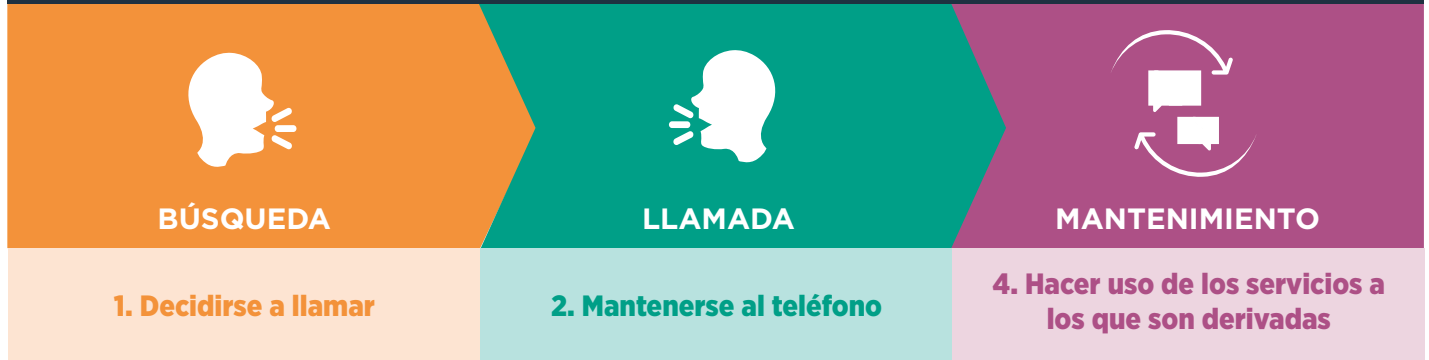
Aconsejamos evaluar rigurosamente las ideas de intervención presentadas para determinar qué funciona y qué no, y cuál es la mejor forma en que los gobiernos de la región pueden invertir recursos limitados. Somos conscientes de que llevar a cabo los comportamientos objetivo identificados, por ejemplo, reportar la VPI, puede no brindar el

<sup>2</sup> Las rutas descritas tienen por objetivo ser indicativas de la experiencia genérica de las sobrevivientes con ese servicio en América Latina y el Caribe, más que ser representativas de un determinado país.



**CÁPITULO 1:**  
**LÍNEAS TELEFÓNICAS**  
**DE AYUDA**

# CÁPITULO 1: LÍNEAS TELEFÓNICAS DE AYUDA



## 1.1 Sobrevivientes no llaman a las líneas telefónicas de ayuda



Reenmarcar las líneas telefónicas de ayuda para alentar más reportes



Minimizar el miedo a las repercusiones eliminando el registro de llamadas en teléfonos móviles



Disminuir la preocupación de que alguien la escuche realizando la llamada mediante el uso de apoyo en línea por chat

## 2.1 Las sobrevivientes cuelgan antes de llamar o durante la llamada



Introducir un mensaje mientras las sobrevivientes están en espera para superar el sesgo de representatividad y la aversión a la incertidumbre



Planificar para posibles interrupciones

## 3. Manejo de la llamada por parte de los operadores

### 3.1 Las sobrevivientes no revelan la situación de VPI



Presentar a los operadores de las líneas telefónicas de ayuda como personas confiables

## 4.1 Falta de seguimiento adecuado por parte de los operadores



Introducir ayudas para contrarrestar la fatiga de decisión de los operadores



Aliviar la carga cognitiva de los operadores con recordatorios automatizados

## 4.2 Falta de uso de los servicios por las sobrevivientes



Minimizar los costos de fricción utilizando la derivación directa por defecto



Utilizar las intenciones de implementación para ayudar a las sobrevivientes a superar los obstáculos para acceder a los servicios

Clave:	X. Etapa de la ruta3 del usuario	X.X Comportamiento de interés	Idea de intervención
--------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------

## INTRODUCCIÓN

Este capítulo analiza la experiencia de las sobrevivientes de VPI que interactúan con las líneas telefónicas de ayuda especializadas y que tienen como objetivo brindarles apoyo y orientación, facilitando las referencias a servicios como asistencia legal y servicios de salud mental.

En general, las rutas de las sobrevivientes que acceden a las líneas telefónicas de ayuda son similares en toda ALC. Muchos países de la región cuentan con líneas telefónicas de emergencia generales, además de líneas telefónicas de ayuda especializadas. Las líneas telefónicas de ayuda examinadas en este capítulo son facilitadas por el Ministerio de la Mujer o por un órgano gubernamental similar.<sup>3</sup> La única excepción es Honduras. Si bien Honduras solía disponer de una línea telefónica de ayuda diferenciada (114) a cargo de la Policía Nacional Preventiva, posteriormente fue absorbida, y ahora es una extensión dentro de la línea telefónica de servicios de emergencia generales 911 (CONATEL, 2016; El Heraldo, 2014; La Gaceta, 2015).

Si bien todas las líneas telefónicas de ayuda son atendidas por personal capacitado, existen ligeras variaciones en la conformación del personal de las líneas telefónicas de ayuda. Por ejemplo, algunas líneas telefónicas de ayuda son atendidas exclusivamente por funcionarios policiales especializados, mientras que otras son atendidas por abogados, psicólogos y trabajadores sociales, lo que permite adaptar la prestación de apoyo a las necesidades de las sobrevivientes. Algunas líneas telefónicas de ayuda también cuentan con unidades móviles que pueden proporcionar asistencia

inmediata a las supervivientes (Ministerio de la Mujer, 2016).

La ruta de las sobrevivientes de la VPI que utilizan las líneas telefónicas de ayuda se puede caracterizar en cuatro etapas: 1. Decidirse a llamar; 2. Mantenerse al teléfono; 3. Manejo de la llamada por parte del operador; y 4. Hacer uso de los servicios a los que son derivadas.



### 1. Decidirse a llamar

En general, las líneas telefónicas de ayuda operan las 24 horas del día, todo el año, y son gratuitas. En su mayoría, las líneas telefónicas de ayuda son ampliamente difundidas en los principales medios de comunicación, sobre todo en los periódicos, en la televisión, en la radio y en línea. A menudo hay un aumento en la promoción de las líneas telefónicas de ayuda después de casos de VPI de gran notoriedad.

Las sobrevivientes o terceros pueden llamar para buscar ayuda, obtener información sobre los servicios que están disponibles para ellas o simplemente para hablar acerca de su situación con una fuente imparcial y confidencial, sin hacer una denuncia ante la policía ni buscar asesoramiento legal.

Los operadores entrevistados declararon que uno de los principales desencadenantes para llamar a una línea telefónica de ayuda es un incidente violento, y que la proporción de llamadas luego de un incidente violento tiende a aumentar los viernes y sábados por la noche.

<sup>3</sup> Consejo Nacional de las Mujeres (CNM) en Argentina; Ministerio de la Mujer en República Dominicana; Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) en El Salvador.

## Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

En la etapa de búsqueda de ayuda de las sobrevivientes, hemos identificado los siguientes comportamientos de interés e ideas de intervención para cambiar esos comportamientos:

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
1.1 Sobrevivientes no llaman a las líneas telefónicas de ayuda	<p>Reenmarcar las líneas telefónicas de ayuda para alentar más reportes</p> <p>Minimizar el miedo a las repercusiones eliminando el registro de llamadas en teléfonos móviles</p> <p>Disminuir la preocupación de que alguien la escuche realizando la llamada mediante el uso de apoyo en línea por chat</p>

### 1.1 Sobrevivientes que no llaman a las líneas telefónicas de ayuda

Es difícil evaluar qué proporción de las sobrevivientes de VPI utilizan las líneas telefónicas de ayuda, ya que los datos sobre la prevalencia de VPI en los países objetivo son limitados. No obstante, pareciera que las sobrevivientes se abstienen por mucho tiempo de ponerse en contacto con las líneas telefónicas de ayuda. Por ejemplo, el 40 por ciento de las sobrevivientes que llamaron a la línea telefónica de ayuda por primera vez en Argentina informaron haber sufrido abusos durante un período de entre uno y cinco años, mientras que otro 40 por ciento declaró haber padecido abusos durante seis años o más (INM, 2015).

Las sobrevivientes pueden tener varias razones para no llamar a una línea telefónica de ayuda:

- **La heurística de la disponibilidad.** Tendemos a ponderar con más fuerza los acontecimientos que son más fáciles de recordar o que están más inmediatamente “disponibles” en nuestra memoria (Tversky & Kahneman, 1974). Las sobrevivientes pueden tener dificultades para reconocer que sus experiencias constituyen VPI o para identificarse como una “víctima” (Kelly & Radford, 1990) debido a que las

representaciones de VPI en los medios a menudo se centran en la violencia física extrema y no representan el abuso psicológico ni el control coercitivo (Donovan & Hester, 2010). Las sobrevivientes pueden, por lo tanto, pensar que una línea telefónica de ayuda no sea el canal adecuado para que ellas busquen apoyo. El etiquetar las líneas telefónicas de ayuda como exclusivas para mujeres (por ejemplo, “SOS Mujer”) también puede excluir a otros grupos de víctimas, como los niños o las víctimas hombres.

- **Aversión a la incertidumbre.** Tendemos a preferir los riesgos conocidos a los riesgos desconocidos (Fox & Tversky, 1995). Las sobrevivientes pueden temer las consecuencias inmediatas, por ejemplo, que el agresor las sorprenda hablando con una línea telefónica de ayuda, como también las consecuencias a largo plazo, tales como la pérdida de la custodia de sus hijos. Para evitar arrepentirse, las sobrevivientes pueden cambiar de opinión al esperar mientras esperan ser atendidas si no están seguras de cómo se abordará su llamada; por ejemplo, si tienen preocupaciones respecto a la confidencialidad o sobre lo que podría sucederle al agresor. Las sobrevivientes pueden sentirse particularmente preocupadas por los agresores que monitorean o interfieren con sus teléfonos móviles.

## Intervenciones de comportamientos



### Reenmarcar las líneas telefónicas de ayuda para alentar más reportes.

Presentar las líneas telefónicas de ayuda de una manera más amplia e inclusiva— en lugar de apoyo para “víctimas” o para “mujeres amenazadas”, puede alentar a sobrevivientes que luchan por reconocer que sus experiencias constituyen VPI a que acudan a ellas. Por ejemplo, una de las iniciativas de apoyo llevadas a cabo por el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de las Mujeres (ISDEMU) en El Salvador se llama *Línea Amiga de la Mujer*. Si bien no destacar a las sobrevivientes de la VPI puede generar un mayor número de llamadas acerca de una gama más amplia de temas, puede ayudar a estimular a aquellos



que aún no han reconocido la gravedad de su situación a que se acerquen, lo que podría conducir a intervenciones más tempranas.



### Minimizar el miedo a las repercusiones eliminando el registro de llamadas en teléfonos móviles.

Si las sobrevivientes son víctimas de abuso psicológico o control coercitivo, podría ser que los agresores revisan sus teléfonos móviles regularmente y monitorean con quién se comunican. Las sobrevivientes podrían ser reacias a ponerse en contacto con una línea telefónica de ayuda por temor a que el agresor vea el número de teléfono en su lista de llamadas salientes o en una factura telefónica. Varios fabricantes de teléfonos móviles en España han desarrollado una función que permite que las llamadas a la línea telefónica de ayuda nacional para sobrevivientes de VPI no aparezcan en la lista de llamadas salientes del teléfono móvil (Sanz Fernández, 2017). Garantizar que las llamadas a las líneas telefónicas de ayuda no se puedan rastrear fácilmente debería ayudar a minimizar la aversión a la incertidumbre y el temor a las repercusiones.



### Disminuir la preocupación de que alguien la escuche realizando la llamada mediante el uso de apoyo en línea por chat.

Revelar una instancia de VPI en una plataforma en línea puede ser menos abrumador y brindar mayor privacidad que hablar por teléfono. Una plataforma de 'chat' en línea debiera ofrecer el mismo nivel de confidencialidad, pero mayor flexibilidad y discreción, aliviando algunas de las preocupaciones relacionadas con el temor a las repercusiones y la aversión a la incertidumbre de las sobrevivientes. La Línea Nacional contra la Violencia Doméstica en los EE.UU. tiene una línea telefónica y un servicio de chat en línea. El servicio en línea también incluye una encuesta "previa al chat" para que los operadores puedan entregar apoyo personalizado tan pronto como sea posible (NBC News, 2014).



## RESPUESTA

### 2. Mantenerse al teléfono

Las sobrevivientes que llaman a una línea telefónica de ayuda deben esperar a que un operador esté disponible, con tiempos de espera que varían según la

cantidad de personal disponible y la hora del día. La mayoría de las líneas telefónicas de ayuda disponen de un número reducido de personal en cada rotación (entre uno y cinco operadores).

Si bien no se recopilan datos sobre cuánto tiempo deben esperar las sobrevivientes o terceros para que su llamada sea contestada, o cuántas llamadas quedan sin contestar, hay ciertos picos de demanda durante los cuales las sobrevivientes pueden tener que esperar más tiempo para que su llamada sea contestada. Según los datos de la línea telefónica de ayuda de Argentina, la mayoría de las llamadas se reciben los días laborales en los turnos de la tarde y la mañana, seguidos de los turnos de la tarde y noche durante el fin de semana (INM, 2015).

Cuando las sobrevivientes llaman a una línea telefónica de ayuda, sus números se almacenan en la base de datos de la línea para que los operadores puedan devolverles la llamada si ésta se interrumpe. Sin embargo, no siempre lo hacen, ya que pueden existir razones muy racionales que lleven a las sobrevivientes a colgar el teléfono (véase la sección 2.1 a continuación).

La pronta respuesta a las llamadas es esencial. La evaluación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) de la línea telefónica de ayuda 123 de Colombia determinó que las mujeres que recibieron asistencia dentro de los 10 minutos de haber realizado la llamada tenían un 25 por ciento menos de probabilidades de reportar eventos de violencia doméstica posteriores, en comparación con las que tuvieron que dejar un mensaje con sus datos de contacto y esperar 36 horas a que la operadora les devolviese la llamada (BID, 2016).

### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
2.1 Las sobrevivientes cuelgan antes o durante la llamada	Introducir un mensaje mientras las sobrevivientes están en espera para superar el sesgo del presente  Planificar para posibles interrupciones

## 2.1 Las sobrevivientes cuelgan antes o durante la llamada

En general, las líneas telefónicas de ayuda no capturan el número de las sobrevivientes o terceros que llaman a la línea de ayuda pero cuelgan antes de que un operador responda. Sin embargo, una vez que una llamada ha sido contestada, el abandono por parte de la persona que llama parece ser alto. Por ejemplo, de las 15.462 llamadas realizadas a la línea de ayuda salvadoreña en los primeros 6 meses de 2014, el 74 por ciento fueron calificadas como “incompleta” (ISDEMU, 2015).

Mientras esperan en línea o durante la llamada, las sobrevivientes pueden verse afectadas por:

- **El sesgo de representatividad.** El sesgo de representatividad se refiere a la noción de interpretar la probabilidad de un evento basándose en su similitud con otros eventos, en lugar de confiar en criterios más objetivos (Tversky & Kahneman, 1974); Puede que quienes llaman basen sus expectativas sobre llamar a una línea telefónica de ayuda en su experiencia previa llamando a servicios gubernamentales más rutinarios, como la oficina de impuestos o la oficina de pasaportes, y por lo tanto pueden sobrestimar la probabilidad de tener que esperar mucho tiempo hasta que su llamada sea contestada, o se que su llamada sea atendida de mala manera.<sup>4</sup>
- **Estados fríos y calientes.** Los estados fríos y calientes se refieren a condiciones contrastantes que sustentan la toma de decisiones. En un “estado caliente”, las personas toman decisiones basadas en una reacción emocional, visceral e impulsiva (Loewenstein, 2005). Un “estado frío” se refiere a una acción que se guía por un razonamiento más moderado,

separado de la emoción. Las sobrevivientes pueden decidir llamar a una línea telefónica de ayuda en un estado “frío”. Sin embargo, la mayoría de las sobrevivientes que llaman a una línea de ayuda han sido sometidas a VPI durante un tiempo prolongado y es probable que se encuentren en un estado de estrés considerable. Por lo tanto, ciertos desencadenantes, por ejemplo, una interrupción o una pregunta inesperada durante una llamada, o incluso tener que esperar a que una llamada sea contestada, puede provocar un estado “caliente” que las lleva a colgar el teléfono.

### Intervenciones de comportamiento



**Insertar un mensaje mientras las sobrevivientes esperan para superar el sesgo de representatividad y la aversión a la incertidumbre.** Mientras las sobrevivientes esperan que su llamada sea atendida, se puede reproducir un mensaje para asegurarles que un operador estará con ellas a la brevedad. El mensaje podría incluir:

- Tiempo de espera anticipado y qué puede esperar cuando se conteste su llamada (por ejemplo, el tipo de apoyo y asesoramiento que puede recibir quien llama). Richburg-Hayes et. al. (2014) sugieren que este tipo de intervención no solo ayudaría a aliviar las preocupaciones de las sobrevivientes en cuanto a la falta de certeza, sino que también les indicaría que hay más personas en situaciones similares para reducir el estigma.<sup>5</sup>
- Una grabación de la historia de una sobreviviente que buscó ayuda a través de la línea telefónica de ayuda, el apoyo que recibió y la diferencia que hizo en su vida. Escuchar testimonios positivos podría ayudar a tranquilizar a una persona con un sesgo de representatividad de que su llamada se manejará bien.

<sup>4</sup> Si bien el sesgo de representatividad puede desvirtuar la percepción de las sobrevivientes respecto a la duración de la espera para que se atienda la llamada, también es probable que, en muchos casos, dicha espera sea prolongada, ya que a menudo el personal es insuficiente. Para más información, véase Richburg-Hayes et al., (2014).

<sup>5</sup> Toda intervención que busque aprovechar las normas sociales en torno a la prevalencia de la VPI debe diseñarse con sumo cuidado para asegurarse de no normalizar la VPI.

Se podrían probar diferentes variantes de mensajes pregrabados para evaluar cuales conducen al mayor número de llamadas contestadas.



**Planificar para posibles interrupciones.** Se podría pedir a los operadores que inicien la conversación preguntando a la sobreviviente dónde está y si el agresor podría interrumpirlos. Si la sobreviviente cree que existe la posibilidad de que se interrumpa la llamada, el operador y la sobreviviente, juntos, podrían diseñar una estrategia (por ejemplo, devolver la llamada al día siguiente a una hora acordada) para superar cualquier respuesta de estado “caliente” que se pudiera desencadenar.

### 3. Manejo de la llamada por parte de los operadores

Lo primero que debe hacer un operador cuando habla con una sobreviviente es verificar si está segura. Esto generalmente se hace llevando a cabo una evaluación de riesgos, estableciendo qué tan recientemente pudo haber ocurrido un incidente violento y la proximidad del agresor. Si una sobreviviente está en peligro inmediato, la llamada debe transferirse inmediatamente a la policía, con el consentimiento de la sobreviviente.

Si el operador cree que la sobreviviente o un tercero está a salvo, le preguntará cuál es el motivo de su llamada. El operador hará hincapié en que toda la información revelada por quien llama será tratada con la máxima confidencialidad. Algunas líneas telefónicas de ayuda tienen guiones para sus operadores, que pueden utilizar para guiar la conversación y promover que la sobreviviente que comparta información, pero su uso no es obligatorio.

Con el consentimiento de la sobreviviente, el operador recopilará información para adaptar su respuesta e identificar los servicios de apoyo relevantes. A menudo, esto incluirá obtener: el nombre de la sobreviviente, su edad, su dirección, su número de teléfono, su estado civil, el número de dependientes, su situación de vivienda (es decir, si la sobreviviente y el agresor cohabitan), qué tipo de abuso ha sufrido, si esta es la primera instancia de VPI y, si no, el historial de abusos.

## Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
3.1 Sobrevivientes que no revelan la situación de VPI	Presentar a los operadores de la línea telefónica de ayuda como personas confiables

### 3.1 Sobrevivientes que no revelan la situación de VPI

Es posible que al hablar con un operador, las sobrevivientes no estén dispuestas a discutir los problemas en detalle y puede que sólo compartan cierta información sobre el abuso que han sufrido. Esto puede ser una consecuencia de lo siguiente:

- **Estigma.** Las sobrevivientes pueden temer el rechazo de aquellos a quienes revelan la situación porque han interiorizado creencias negativas acerca de las “víctimas” de VPI. (Overstreet & Quinn, 2013).
- **Aversión a la incertidumbre.** Las sobrevivientes pueden no estar seguras de cómo se manejará esta información, lo que aumenta sus temores sobre su seguridad y las posibles represalias de los agresores. Además, es posible que las sobrevivientes no quieran incriminar al agresor si aún tienen un vínculo emocional.

### Intervenciones de comportamiento



**Presentar a los operadores de la línea telefónica de ayuda como personas confiables.** La persona que comunica un mensaje puede afectar la forma en que respondemos a éste. Por ejemplo, es probable que confiemos en la información que nos transmita alguien que nos gusta, alguien con quien nos identifiquemos o alguien que consideremos un experto (Durantini, Albarracín, Mitchell, Earl & Gillette, 2006). La evaluación de la línea telefónica de apoyo realizada por el BID en Colombia halló que las sobrevivientes eran más “receptivas” cuando las llamadas eran atendidas por psicólogos en vez de funcionarios policiales (BID, 2016).

El asegurar que los operadores de la línea telefónica de ayuda sean vistos como una fuente de asesoría fidedigna e imparcial puede ayudar a mejorar el compromiso de las sobrevivientes con el proceso. Esto se puede lograr solicitándole a los operadores que indiquen su nombre cuando contesten una llamada y dándoles un título de trabajo que genere sentimientos de confianza como “trabajador de apoyo”, “oficial de bienestar” o “defensor de sobrevivientes”.



## MANTENIMIENTO

### 4. Hacer uso de los servicios a los que son derivadas

Una vez que un operador ha identificado el tipo de ayuda que busca una sobreviviente, la referirá a los servicios de apoyo relevantes. Dependiendo del país y del tipo de servicio, esto implicará: i) transferir la llamada; ii) proporcionar a la sobreviviente los detalles del servicio para que tome contacto por su cuenta; o iii) entregar los detalles de la sobreviviente a un servicio de apoyo.<sup>6</sup>

Los servicios de apoyo a los cuales se puede derivar a las sobrevivientes incluyen asistencia legal, servicios de salud mental, centros de salud y trabajadores sociales. Los datos sobre el número de sobrevivientes referidas a los servicios de apoyo son limitados, incluyendo la proporción referida a cada tipo de servicio.<sup>7</sup>

Las líneas telefónicas de ayuda suelen almacenar el número de teléfono de las sobrevivientes en su base de datos interna. Por ende, las líneas telefónicas de ayuda deberían poder realizar llamadas de seguimiento para verificar si las sobrevivientes han recibido el apoyo necesario y considerar la demanda futura. Sin embargo, las llamadas de seguimiento no se llevan a cabo de manera sistemática y, a menudo, dependen de las circunstancias de la persona.

<sup>6</sup> En los casos en que un servicio de apoyo se comunique con la sobreviviente, los operadores deben solicitar el consentimiento de la sobreviviente antes de compartir su información de contacto.

<sup>7</sup> No todas las sobrevivientes llaman para pedir una referencia. Algunas llaman, como se dijo en una de las entrevistas con los operadores, “solo para ser escuchados” y para contarle sus experiencias a una fuente imparcial y anónima. De hecho, el 32 por ciento de las llamadas a la línea telefónica de ayuda de Argentina en 2015 correspondieron a “información relacionada con la violencia de género” en lugar de referencias.

## Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
4.1 Falta de seguimiento adecuado por parte de los operadores	<p>Introducir ayudas para contrarrestar la fatiga de decisión de los operadores.</p> <p>Aliviar la carga cognitiva de los operadores con recordatorios automatizados</p>
4.2 Falta de uso de los servicios por las sobrevivientes	<p>Minimizar los costos de fricción utilizando la derivación directa por defecto</p> <p>Utilizar las intenciones de implementación para ayudar a las sobrevivientes a superar los obstáculos para acceder a los servicios.</p>

### 4.1 Falta de seguimiento adecuado por parte de los operadores

Los siguientes sesgos de comportamiento pueden afectar la capacidad de un operador para referir a las sobrevivientes a los servicios de apoyo apropiados o realizar un seguimiento adecuado:

- **Agotamiento profesional.** El agotamiento profesional puede surgir cuando las personas se enfrentan a estrés laboral y agotamiento emocional prolongados. Puede hacer que se sientan cada vez más desligados de su trabajo y que cometan más errores (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).
- **Fatiga de decisión.** En cada llamada, un operador tomará una serie de decisiones sobre cómo manejar el caso y a qué canales referir a la persona que llama. Los operadores que atienden un gran número de llamadas, cada una de ellas

con necesidades diferentes y complejas, pueden experimentar fatiga de decisión, lo que conlleva un deterioro en la calidad de las decisiones hacia el final del turno (Vohs et al., 2008).

- **Carga cognitiva.** Al igual que la fatiga de decisión, tratar de recordar los detalles de cientos de casos y procesar información compleja para respaldar el bienestar de la sobreviviente puede sobrecargar la memoria funcional del operador. A su vez, el agotamiento de los recursos cognitivos puede reducir el desempeño en tareas que dependen de procesos de toma de decisiones deliberativos en lugar de automáticos (Shiv & Fedorikhin, 1999).

## Intervenciones de comportamiento



**Introducir ayudas para contrarrestar la fatiga de decisión de los operadores.** Se ha demostrado que las ayudas simples para la toma de decisiones, como las listas de verificación, los árboles de decisión o las reglas generales, reducen los errores y mejoran la coherencia de la toma de decisiones en entornos de alta presión, como los quirófanos de los hospitales (Gigerenzer, 2008). Un árbol de decisiones podría mejorar las decisiones de referencia tomadas por los operadores de la línea telefónica de ayuda cuando experimenten fatiga de decisión.



**Aliviar la carga cognitiva de los operadores con recordatorios automatizados.** Para evitar que los operadores tengan que recordar cuándo realizar seguimiento a las sobrevivientes, se les puede enviar un mensaje de texto como recordatorio un mes después de que hayan derivado a una sobreviviente a un servicio de apoyo. Para simplificar aún más el proceso para los operadores, se podrían almacenar mensajes pre-redactados en el sistema de la línea telefónica de ayuda y enviarlos automáticamente a las sobrevivientes.

## 4.2 Falta de uso de los servicios por parte de la sobreviviente

Las sobrevivientes pueden evitar contactar o acceder a los servicios de apoyo por los siguientes motivos:

- **Costos de fricción.** Un esfuerzo minúsculo puede disuadirnos desproporcionadamente de realizar una determinada acción (Service et al., 2014). Incluso si a una sobreviviente se le da el número de teléfono y la dirección de un servicio de apoyo, el paso adicional de hacer la llamada, en lugar de ser derivada directamente, podría disuadirla de acceder al apoyo.
- **Baja autoeficacia.** La autoeficacia es la creencia en la propia capacidad para completar tareas, alcanzar metas y sobrellevar obstáculos (Bandura, 1994). Es posible que el trauma que puedan haber vivido las sobrevivientes haya erosionado su autoeficacia, reduciendo su capacidad psicológica para mantener su compromiso con los servicios de apoyo al enfrentarse a obstáculos tales como los de organizar el cuidado de los niños.

## Intervenciones de comportamiento



**Minimizar los costos de fricción utilizando la derivación directa por defecto.** En lugar de hacer que las sobrevivientes se pongan en contacto con el servicio de apoyo que requieren, la acción por defecto podría modificarse para que las sobrevivientes siempre sean derivadas directamente por la línea telefónica de ayuda (es decir, se transfiere su llamada al servicio de ayuda o el servicio de ayuda es responsable de comunicarse con la sobreviviente). Esto puede aumentar el uso de los servicios al reducir los costos de fricción para las sobrevivientes. Si bien esto puede no ser práctico en todos los países, ciertas líneas telefónicas de ayuda cuentan con equipos de campo de psicólogos especialistas que pueden responder y atender de inmediato los casos de alta prioridad.



### **Utilizar las intenciones de implementación para ayudar a las sobrevivientes a superar los obstáculos para acceder a los servicios.**

Las intervenciones llamadas “intenciones de implementación”, que ayudan a las personas a hacer planes concretos para lograr un objetivo, incluyendo prepararse para enfrentar obstáculos, han demostrado ser eficaces para promover una serie de comportamientos (Gollwitzer & Sheeran, 2006). En el contexto de la VPI, este enfoque ha

ayudado a las mujeres que han sufrido abuso a evitar tener relaciones sexuales sin protección (Meléndez, Hoffman, Exner, Leu, & Ehrhardt, 2003). Se podrían utilizar las intenciones de implementación para estimular a las sobrevivientes con baja autoeficacia a acceder a los servicios de apoyo, fijando objetivos personales y planificando cómo superar los obstáculos, en particular en lo relativo a la reparación de la violencia.

---

## **OBSERVACIONES FINALES**

Las líneas telefónicas de ayuda proveen una plataforma imparcial, anónima y centrada en las sobrevivientes, donde se pueden revelar y conversar casos de VPI. Pueden ayudar a aliviar algunos de los temores asociados a otros canales formales de búsqueda de ayuda, como la policía y el sistema de justicia penal, al reducir la probabilidad de repercusiones no deseadas. Las intervenciones que buscan destacar este aspecto de las líneas telefónicas de ayuda podrían promover la búsqueda de ayuda por parte de las sobrevivientes.

Las líneas telefónicas de ayuda también son un punto de partida fundamental para la prestación de servicios de apoyo a las supervivientes. El construir

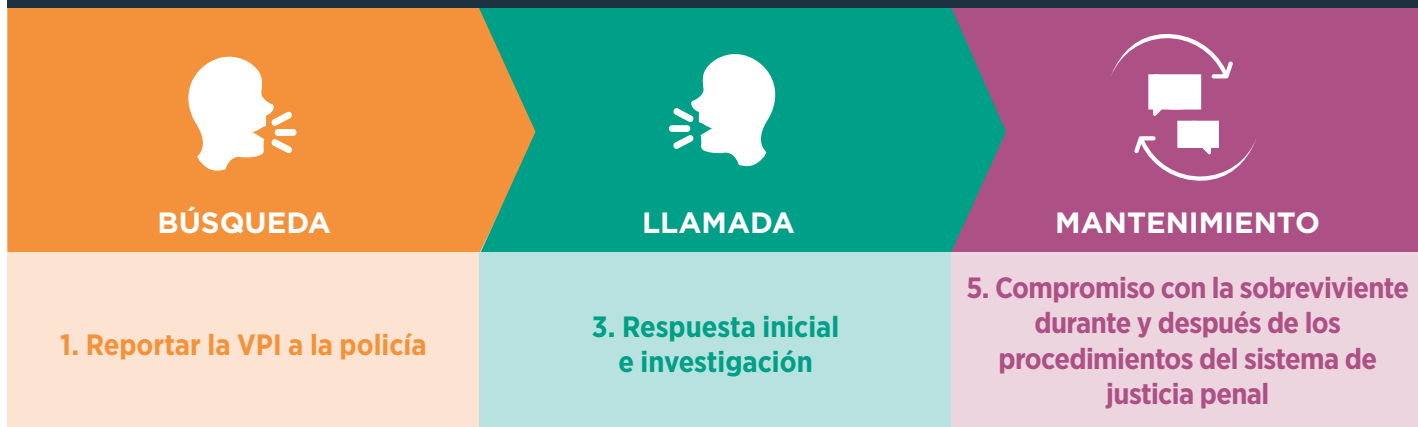
confianza al considerar cómo las personas que llaman pueden percibir a los operadores y eliminar las fricciones asociadas con las derivaciones podría mejorar el compromiso de las sobrevivientes con los servicios de apoyo.

Si bien los recursos pueden ser escasos y las líneas telefónicas de ayuda pueden tener una demanda muy alta, nuestras intervenciones de comportamiento apuntan a complementar las prácticas existentes mejorando la calidad de las interacciones entre las personas que llaman y los operadores, facilitando que las sobrevivientes y los prestadores de servicios logren mejores resultados.



## **CÁPITULO 2: SISTEMA DE JUSTICIA PENAL**

# CÁPITULO 2: SISTEMA DE JUSTICIA PENAL



### 1.1 Sobrevivientes no reportan la VPI



Mapear los pasos inmediatos y de mediano plazo que siguen a una llamada a la policía

### 2. Interponer una denuncia judicial

#### 2.1 Las sobrevivientes no interponen una denuncia



Simplificar el proceso para presentar una denuncia y limitar la información solicitada



Dar a las sobrevivientes la opción de comprometerse a interponer la denuncia en el futuro

### 3.1 La policía y el personal de la justicia penal no dan una respuesta adecuada a las sobrevivientes



Brindar retroalimentación al personal de la justicia penal sobre su impacto social



Desarrollar protocolos y plazos para una investigación efectiva de la VPI

### 3.2 Falta supervisión y cumplimiento efectivo de las medidas cautelares



Utilizar la tecnología para facilitar el seguimiento y la notificación de incumplimientos



Transmitir justicia procedimental para aumentar el cumplimiento y reducir la carga sobre los recursos de la policía y los juzgados

### 4. Audiencia preliminar y juicio

#### 4.1 Los jueces tienden a aplicar sentencias más leves en casos de VPI



Proporcionar a los jueces "reglas de oro" para dictaminar sentencias



Cambiar el foco a la violencia infligida en vez de a la relación

### 5.1 Abandono por parte de las víctimas



Introducir estándares más exigentes para retirar cargos



Proporcionar a las sobrevivientes actualizaciones regulares con instrucciones claras para reducir su carga cognitiva



Mejorar los mecanismos para compartir información entre jueces y tribunales especializados



Alentar a las sobrevivientes a nombrar defensores, amigos y familiares para brindarles apoyo

### 5.2 Falta de seguimiento en los casos en que el agresor no es condenado



Automatizar las comunicaciones de seguimiento con las sobrevivientes

Clave:

X. Etapa de la ruta del usuario

X.X Comportamiento de interés



Idea de intervención



## INTRODUCCIÓN

Este capítulo examina las experiencias de las sobrevivientes de VPI que interactúan con el sistema de justicia penal. En este capítulo sólo abordamos los problemas relacionados directamente con los casos de VPI. Los procedimientos policiales y judiciales además están afectados por barreras generales que dificultan el acceso a la justicia en la región, como la falta de transparencia, la corrupción, las dificultades para acceder a un abogado de oficio y los problemas de capacidad, como las demoras y la falta de cobertura en las zonas rurales (Morrison, Ellsberg, & Bott, 2004). Sin embargo, estas barreras van más allá del alcance de este capítulo. Además, hemos limitado el ámbito de nuestra investigación a los órganos con los que más comúnmente interactúan las sobrevivientes: las fuerzas policiales, las oficinas de la Fiscalía y los juzgados penales. Sin embargo, las experiencias de las sobrevivientes con el sistema de justicia pueden ser mucho más complejas, e incluyen procedimientos en los juzgados civiles y de familia (por ejemplo, casos de custodia y divorcio).

Si bien las experiencias de las sobrevivientes con el sistema de justicia penal son heterogéneas, la ruta de las sobrevivientes de VPI se puede caracterizar con las siguientes etapas: 1. Reportar la VPI a la policía; 2. Presentar una denuncia judicial; 3. Respuesta, investigación y medidas de protección iniciales; 4. Audiencia preliminar y juicio; 5. Interacción con la sobreviviente durante y después de los procesos penales.

### BÚSQUEDA

#### 1. Reportar la VPI a la policía

El primer punto de contacto con el sistema de justicia penal suele ser una llamada o visita a la comisaría. Según los datos de una encuesta, el 26,5 por ciento de las víctimas de VPI en El Salvador que buscaron

ayuda en 2008 lo hicieron primero a través de un reporte policial. Esta cifra es 18,7 por ciento en República Dominicana y 11 por ciento en Honduras (Bott et. al., 2014). Al ser una de las instituciones con mayor cobertura, en muchos casos la policía puede ser el primer o, de hecho, el único lugar al que acudir de entrada disponible para las mujeres.

Además de recibir reportes directos de las sobrevivientes, la policía puede presenciar un incidente o ser notificada de una instancia de VPI por una parte interesada, como un miembro de la familia, un vecino u otra entidad.

### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
1.1 Sobrevivientes no reportan la VPI	Mapear los pasos inmediatos y de mediano plazo que siguen a una llamada a la policía

#### 1.1 Sobrevivientes que no reportan la VPI

Más allá de las razones que impiden la búsqueda de ayuda de forma más generalizada, las sobrevivientes pueden abstenerse de reportar la VPI a la policía por las siguientes razones:

- **Aversión a la incertidumbre.** Las sobrevivientes pueden desconfiar de la policía y los tribunales, y temer desencadenar un proceso sobre el que ya no tendrían ningún control. Los riesgos desconocidos, como ser consideradas no aptas para cuidar niños, podrían propiciar una preferencia por los riesgos conocidos, como vivir con la VPI.

## Intervenciones de comportamiento

### **Mapear los pasos inmediatos y de mediano plazo que siguen a una llamada a la policía.**

Aclarar cuál es el proceso normal de la policía después de recibir un reporte de VPI podría ayudar a las mujeres a calcular los riesgos, tranquilizando a las que están preocupadas de que las consecuencias de llamar a la policía podrían ser peores que su situación actual. Esto podría hacerse tanto en las comunicaciones destinadas a alentar a las sobrevivientes a reportar la VPI como en su primer contacto con las fuerzas de seguridad.

## 2. Interponer una denuncia judicial

La denuncia judicial por VPI puede ser presentada por la sobreviviente o por un tercero que tenga conocimiento de un caso de violencia, ante la policía, la fiscalía, un juzgado local y, de haberla, una unidad especializada en violencia doméstica. La persona que presenta la denuncia debe hacer una declaración en la que describe los hechos que llevaron a la denuncia y acreditar su identidad.

### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
2.1 La sobreviviente no interpone una denuncia	<p>Simplificar el proceso para presentar una denuncia y limitar la información solicitada.</p> <p>Dar a las sobrevivientes la opción de presentar una denuncia más adelante.</p>

#### 2.1 Las sobrevivientes no interponen una denuncia


Las estadísticas exactas sobre la proporción de casos de VPI que son judicializados son limitadas, en gran parte debido a las deficientes prácticas de registro de datos en los sistemas de justicia penal. Por consiguiente, los estudios existentes se basan en su inmensa mayoría en datos auto declarados obtenidos de las mujeres en las encuestas de victimización. Estas encuestas sugieren que sólo se presentan denuncias contra la pareja abusiva en un número minoritario de casos de VPI, tanto en ALC

(Bott et al., 2014) como en otros lugares (García-Moreno et al., 2006).

Las sobrevivientes pueden abstenerse de interponer una denuncia judicial debido a:

- **Costos de fricción.** Las sobrevivientes pueden dejar de presentar una denuncia si el proceso requiere demasiado esfuerzo. Esto puede incluir pequeños costos de fricción, como un paso adicional o un detalle aparentemente irrelevante que hace que presentar una denuncia parezca desproporcionadamente más desafiante.
- **Carga cognitiva.** Todos tenemos una capacidad cognitiva limitada para realizar tareas deliberativas. El experimentar la VPI y orientarse en un complejo sistema de justicia penal pueden cargar los recursos cognitivos de las sobrevivientes, lo que dificulta la presentación de una denuncia.
- **Estados fríos y calientes.** Las mujeres pueden hacer un mal pronóstico de cómo actuarán en diferentes estados afectivos (Loewenstein, 2005). Dada la naturaleza cíclica de la violencia (Walker, 1979), si se presenta la opción de un proceso judicial cuando la violencia ha cesado, en lo que se denomina el “período de luna de miel”, es poco probable que las mujeres estén dispuestas a perseguir una prosecución debido a su deseo de proteger la relación o al agresor. Pueden sobreestimar la estabilidad de sus preferencias y no ser capaces de apreciar que éstas cambiarán cuando el ciclo de violencia vuelva a intensificarse.

## Intervenciones de comportamiento

-  **Simplificar el proceso para presentar una denuncia y limitar la información solicitada.** Para que las sobrevivientes de VPI presenten una denuncia, el proceso debe ser lo más sencillo y manejable posible. Por ejemplo, sólo se les debe pedir a las sobrevivientes proporcionar la información que sea estrictamente necesaria en ese momento.



### Dar a las sobrevivientes la opción de presentar una denuncia más adelante.

Ni en la literatura ni en la práctica queda claro cuál es el mejor momento para ofrecerle a las sobrevivientes la oportunidad de presentar una denuncia, bien en el momento en que ocurre un incidente (con el riesgo de que una alta carga cognitiva limite la capacidad de la sobreviviente para proporcionar todos los detalles necesarios para una acusación exitosa), o bien en el momento en el que se haya estabilizado la situación (con el riesgo de que la sobreviviente se haya reconciliado con el agresor) (Crown Prosecution Services, 2014). Un enfoque que puede ayudar a conciliar ambas teorías es alentar a las sobrevivientes a comprometerse a presentar una demanda en el futuro. Se necesitaría una evaluación rigurosa para determinar si los compromisos de las sobrevivientes son efectivos para generar la interposición de denuncias o, por el contrario, si esto desincentiva a las sobrevivientes porque sienten que han tomado medidas suficientes con sólo comprometerse.

## RESPUESTA

### 3. Respuesta inicial e investigación

Al serle presentada una denuncia, el juez podrá imponer medidas cautelares de oficio o según lo que solicite el fiscal o la demandante. En casos de alto riesgo, la policía o el fiscal pueden dictar medidas de protección inmediatas, o medidas cautelares, que están supeditadas a la posterior aprobación de un juez.

Las medidas cautelares están dirigidas a prevenir una mayor victimización y pueden incluir medidas como una orden de alejamiento u otorgar la custodia temporal de los niños a uno de los padres. El juez que impone medidas cautelares es responsable de supervisar su cumplimiento y será el que determine si se produce algún incumplimiento de éstas y la sanción asociada.

El juez asignado al caso decidirá si la denuncia se admite a trámite ante un tribunal, en función de si cumple con una serie de requisitos, en su mayoría formales. Si la denuncia fue presentada por la policía, se remitirá a la Fiscalía para que el fiscal pueda llevar a cabo o completar la investigación

previa de la fase de instrucción.

La investigación, que se lleva a cabo con la ayuda de la policía, tiene como objetivo determinar si existen motivos para presentar cargos judiciales contra el agresor. Las diligencias preliminares más comunes incluyen:

- Recopilación de las declaraciones de la sobreviviente y su pareja acusada.
- Recopilación de las declaraciones de testigos.
- Exámenes forenses y de salud mental.
- Recolección de pruebas de otras fuentes, por ejemplo, visitar la escena del crimen, compilar las pruebas documentales, etc.

Al final de la investigación, el o la fiscal emite una declaración fundamentada en la que presenta cargos penales contra el agresor o concluye que no hay suficiente fundamentación para hacerlo. Los casos de VPI pueden subsumirse en una variedad de figuras penales (desde el acoso hasta las lesiones corporales graves u homicidio).

Si se sigue adelante con el proceso penal, se notifica a las partes de los cargos, de sus derechos en el proceso judicial y de la fecha de la audiencia preliminar.

### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
3.1 La policía y el personal de la justicia penal no dan una respuesta adecuada a las sobrevivientes	<p>Brindar retroalimentación al personal de la justicia penal sobre su impacto social</p> <p>Desarrollar protocolos y plazos para una investigación efectiva de la VPI</p>
3.2 Falta de supervisión y cumplimiento efectivo de las medidas de protección	<p>Utilizar la tecnología para facilitar el seguimiento y la notificación de incumplimientos</p> <p>Transmitir justicia procedimental para aumentar el cumplimiento y reducir la carga sobre los recursos de la policía y los juzgados</p>

### 3.1 La policía y el personal de la justicia penal no dan una respuesta adecuada a las sobrevivientes

La mala calidad de la investigación (p. ej., negligencia en la recopilación de pruebas, negligencia en la identificación de sobrevivientes y partes responsables, demoras y lentitud en estos procedimientos, etc.) ha sido identificada como un obstáculo clave para el acceso de las mujeres a la justicia en la región (IACHR, 2007).

En las entrevistas con los prestadores de servicios y en la literatura existente se han planteado varios desafíos respecto a la respuesta del personal de la justicia penal y la investigación de las denuncias de VPI:

- Promover la resolución privada de la VPI. Se informó que en algunos casos, especialmente en áreas rurales, la policía y los jueces de nivel inferior (“Jueces de Paz”) inducen a las sobrevivientes a resolver los problemas con el agresor en privado.
- Hacer caso omiso de la violencia por no considerarla lo suficientemente grave. Los entrevistados también expresaron que era difícil que tanto la policía como, en menor medida, los fiscales se tomaran en serio las denuncias de VPI, especialmente en lo que respecta a la violencia psicológica.
- Culpar a la víctima. Las sobrevivientes informan que, al presentar una denuncia por VPI, el personal de la justicia penal las ha acusado de provocar la violencia, o al menos someterse a ella. Esta puesta en duda de la legitimidad de la sobreviviente para presentar una denuncia es más común cuando ha transcurrido bastante tiempo entre el inicio de la violencia y la denuncia de la sobreviviente.
- Hacer caso omiso de las denuncias presentadas por terceros. Cuando la denuncia es presentada por un tercero, puede que la policía o los fiscales no quieran invertir tiempo y recursos en el caso. Esto se debe a que es muy difícil que el fiscal tenga éxito si la sobreviviente no verifica lo denunciado.

Cabe señalar que las experiencias de las sobrevivientes varían mucho según dónde buscan ayuda. Como es esperable, las unidades especializadas en violencia doméstica tienen una

ventaja comparativa con respecto a: i) la gama de servicios disponibles; ii) el conocimiento especializado de su personal y su capacidad de respuesta al problema; y iii) su capacidad de seguimiento cuando una sobreviviente inicia la búsqueda de ayuda. Sin embargo, estas ventajas pueden no materializarse cuando dichas entidades no cuentan con el personal y los recursos adecuados (Malacalza, 2016).

Una respuesta inadecuada por parte del personal de la justicia penal, ejemplificada en los comportamientos descritos anteriormente, puede deberse a los siguientes factores:

- **Agotamiento profesional.** El estrés laboral o agotamiento profesional (Ullman & Townsend, 2007) que deviene de las exigentes interacciones con alta carga emocional con las destinatarias del servicio ha sido identificado como una importante barrera para la prestación adecuada de servicios por parte de quienes trabajan con sobrevivientes de VPI (Maslach, 1982; Schaufeli, Maslach, & Marek, 2017). También hay evidencia emergente de que los prestadores de servicios con agotamiento laboral son más susceptibles a los sesgos de comportamiento (Linos, Ruffini, & Wilcoxon, 2018; Michailidis & Banks, 2016) que podrían llevar a los intervinientes en la VPI a comportarse de acuerdo con su propia moral o creencias acerca de la capacidad de una sobreviviente para lidiar con una relación abusiva, en lugar de hacer cumplir la ley de una manera completamente neutral (Sherman et. al, 1992; Roa, Cabal, & Lemaitre, 2001).
- **Falta de conocimiento.** Los fiscales y la policía pueden carecer de conocimientos y capacitación sobre cómo responder e investigar los casos de VPI. Por ejemplo, reunir pruebas sobre la violencia psicológica es intrínsecamente difícil debido a la falta de rastros físicos.

### Intervenciones de comportamiento



**Brindar retroalimentación al personal de la justicia penal sobre su impacto social.** Los estudios sobre la motivación han encontrado que el desempeño en entornos profesionales aumenta

cuando se nos recuerda que nuestro trabajo tiene un impacto positivo en los demás (Grant, 2008). Por ejemplo, cuando los radiólogos escanearon una radiografía que incluía una foto del paciente, la precisión de su diagnóstico aumentó en un 46 por ciento (Turner, Hadas-Halperin, & Raveh, 2008). Se podría aplicar un enfoque similar para superar el agotamiento profesional entre los intervinientes en la VPI, por ejemplo, se podrían utilizar la información e historia personal de las sobrevivientes para resaltar al personal de la justicia penal el impacto positivo que tuvo su desempeño en las vidas de éstas.



### Desarrollar protocolos y plazos para una investigación efectiva de la VPI.

Las instrucciones claras, en forma de listas de verificación y plazos específicos que alientan a los fiscales y funcionarios policiales a agotar todas las fuentes de evidencia posibles temprano en la investigación (por ejemplo, tomar fotografías de la escena, entrevistar a todos los testigos, etc.) pueden contribuir a una acusación exitosa. Se han implementado intervenciones similares en San Diego y otras ciudades de los Estados Unidos, (Ellison, 2002), sin embargo, según nuestro conocimiento, el impacto de tales intervenciones en el éxito posterior de la prosecución aún no ha sido evaluado de forma rigurosa.

## 3.2 Falta de supervisión y cumplimiento efectivo de las medidas de protección

Los principales motivos reportados para la falta de supervisión adecuada son:

- **Falta de capacidad judicial y policial.** Debido a las limitaciones en la capacidad de los juzgados y la policía, suele ser la sobreviviente quien comunica al tribunal cualquier violación de las medidas de protección. La impunidad de los agresores puede, a su vez, estimular futuros incumplimientos (Rioseco Ortega, 2005).

### Intervenciones de comportamiento



### Utilizar la tecnología para facilitar el seguimiento y la notificación de incumplimientos.

Los tribunales de la región

utilizan cada vez más la tecnología para supervisar mejor el cumplimiento de las medidas de protección o cautelares. Dos iniciativas implementadas en Argentina destacan por ser prometedoras (Amaya, 2015). Primero, la entrega de botones de pánico a las sobrevivientes que dispongan de una orden de protección vigente. Los botones de pánico se pueden activar cuando ocurre un incidente de violencia y, cuando se presionan, no sólo alertan a la policía, sino que también comienzan a grabar audio que luego se puede usar como prueba en un juicio. Segundo, en casos de alto riesgo, tanto la sobreviviente como el agresor reciben brazaletes georreferenciados, que alertan automáticamente a la policía cuando ambos dispositivos se encuentran a una distancia más pequeña que la permitida por las disposiciones de la orden de alejamiento. Esta medida puede reforzar el sentimiento de impotencia de una sobreviviente y, por lo tanto, debe usarse sólo en casos de alto riesgo y con consentimiento de la sobreviviente.

Un enfoque alternativo, menos costoso y menos intrusivo sería proporcionar a ambas partes una aplicación móvil que alerte a la policía cuando se encuentran a cierta distancia entre sí. Las funcionalidades adicionales podrían incluir enviar recordatorios de cumplimiento a los agresores y alentar a las sobrevivientes a reportar un incumplimiento. Si bien existe evidencia prometedora de Australia sobre el impacto del envío de recordatorios de cumplimiento a los autores de VPI (*New South Wales Behavioral Insights Unit*, 2018), es esencial evaluar toda intervención de supervisión antes de su implementación.



### Transmitir justicia procedimental para aumentar el cumplimiento y reducir la carga sobre los recursos

**de la policía y los juzgados.** Todos podemos dejar de cumplir con las reglas cuando no entendemos cómo cumplirlas o las percibimos como injustas. (Brockner, 2002; Nagin & Telep, 2017). Un estudio en los EE.UU. encontró que cuando la policía se comportó de forma procedimentalmente justa al arrestar a los sospechosos de agresión, la tasa de agresiones por abuso doméstico disminuyó en relación con cuando no lo hicieron (Paternoster, Bachman, Brame, & Sherman, 1997). Para aumentar el cumplimiento de las órdenes de protección por parte de los autores de VPI (lo que reduce la necesidad de imponer el

cumplimiento y libera recursos para la supervisión), se les debe dar información clara sobre cómo cumplir y cómo se tomó la decisión.<sup>8</sup>

#### 4. Audiencia preliminar y juicio

Durante la audiencia preliminar, el juez evalúa si existen motivos para creer que el acusado puede ser responsable de los delitos que se le imputan, incluyendo si existen fallas en la investigación realizada por el fiscal o en los cargos presentados. El momento de la audiencia preliminar varía según la cantidad de casos de la corte. Los entrevistados informaron que puede realizarse de dos a cinco meses después de presentada la denuncia.

El resultado de la audiencia preliminar es una decisión en la que el juez puede terminar el proceso o abrir la etapa de juicio. Esta decisión también puede imponer, renovar, reemplazar o levantar las medidas de protección o cautelares.

Durante el juicio, el fiscal presentará los cargos y la defensa declarará su posición. Si el acusado se declara culpable o si se ha alcanzado un acuerdo entre las partes, el juez impondrá una sentencia. Si el acusado se declara inocente, se evaluarán las pruebas presentadas por las partes. El juicio se puede completar en una o varias audiencias, dependiendo de la complejidad del caso. El juicio finaliza cuando el juez emite un veredicto y, si el acusado es declarado culpable, impone una sentencia.

#### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
4.1 Los jueces tienden a aplicar sentencias más leves en casos de VPI	<p>Proporcionar a los jueces “reglas de oro” para dictaminar sentencias</p> <p>Cambiar el foco hacia la violencia infligida en vez de a la relación</p>

#### 4.1 Los jueces tienden a aplicar sentencias más leves en casos de VPI

Varios estudios de países de altos ingresos (Bond y Jeffries, 2014; Dawson, 2003; Dawson, 2016) han encontrado que, para delitos equivalentes, la probabilidad de un fallo condenatorio y la severidad de la sentencia son menores en los casos de abuso doméstico en comparación con los casos que no son de abuso doméstico. Hay que señalar, sin embargo, que la literatura no es consistente (Donnelly y Poynton, 2015) y, hasta donde sabemos, dichos estudios no se han realizado en América Latina.

Si bien nuestras entrevistas cualitativas con el personal de la justicia penal respaldan la hipótesis, se deben analizar los resultados de los juicios y los datos de las sentencia para desarrollar una mejor comprensión de la situación en la región.

Al igual que todos, los jueces pueden albergar sesgos inconscientes (Greenwald y Krieger, 2006; Levinson y Young, 2009). Si bien los jueces intentan ser imparciales y, en general, creen serlo, esto puede conllevar una mayor probabilidad de actuar sobre sus prejuicios debido a las “licencias morales” (Uhlmann y Cohen, 2007). Además, trabajar bajo presión respecto a cumplir plazos, por ejemplo, cuando se acumulan casos que se deben revisar, aumenta la toma de decisiones automática, lo que puede exacerbar los sesgos de comportamiento. Dos factores que pueden conducir a veredictos y sentencias sesgadas por parte de los jueces en casos de VPI son:

- **Estereotipos de relaciones.** A menudo se cree que la VPI está motivada por una emoción o pasión intensa en lugar de una decisión activa por parte del agresor. Los retrasos en las denuncias de las sobrevivientes de VPI o el no querer terminar la relación, reducen aún más la culpabilidad percibida del autor. Por otro lado, la violencia entre extraños se percibe como instrumental y, por lo tanto, digna de un castigo

<sup>8</sup> En Australia, el BIT colaboró con el Departamento del Primer Ministro y Gabinete de Nueva Gales del Sur y la Unidad de Percepciones de las Ciencias del Comportamiento (New South Wales Behavioral Insights Unit) para rediseñar las Órdenes de Protección de Detenidos por Violencia Doméstica. El impacto no ha sido evaluado, pero se puede encontrar más información aquí. <https://bi.dpc.nsw.gov.au/projects/reducing-domestic-violence/>

más severo. Como resultado, la ley se aplica más severamente según disminuye el grado de intimidad de la relación entre las partes (Dawson, 2006).

- **Identificarse con el agresor.** Durante una audiencia en la corte, los agresores pueden parecer tranquilos, respetuosos y persuasivos, mientras que las sobrevivientes pueden sentirse ansiosas, abrumadas por la situación o sufrir un trastorno por estrés postraumático. Como resultado, a los jueces les puede resultar más fácil identificarse con el agresor que con la sobreviviente, lo que puede llevarlos a aplicar estándares de pruebas más exigentes y sentencias menos severas en comparación con otros tipos de violencia (Epstein, 1999).

### Intervenciones de comportamiento



#### Proporcionar a los jueces “reglas de oro” para dictaminar sentencias.

En los EE.UU., se encontró que las pautas para dictaminar sentencias disminuyen el “ruido” o las discrepancias entre jueces al dictaminar sentencias que no se explican por las características del caso (Anderson, Kling y Stith, 1999). Estas “reglas de oro” también podrían estimular a los jueces a dictaminar sentencias que sean acordes con la gravedad de la ofensa de VPI, independientemente de la relación entre las partes.



#### Cambiar el foco a la violencia infligida en vez de a la relación.

Cuando los jueces evalúan la evidencia de un caso, pueden verse atraídos a ciertos detalles de acuerdo con sus sesgos inconscientes. Cambiar la forma en que se presentan las pruebas podría dirigir la atención de los jueces a información específica que pueda mejorar los resultados de las sentencias de abuso doméstico. Por ejemplo, la portada de las declaraciones de acusación y defensa podría diseñarse con un gran espacio en la parte superior para resumir la gravedad de la ofensa y la culpabilidad o inocencia del agresor, con sólo una pequeña sección en la parte inferior para resumir la naturaleza de la relación sobreviviente-agresor.



## MANTENIMIENTO

### 5. Compromiso con la sobreviviente durante y después del proceso de justicia penal

#### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
5.1 Abandono por parte de las víctimas	<p>Introducir estándares más exigentes para retirar cargos</p> <p>Proporcionar a las sobrevivientes actualizaciones regulares con instrucciones claras para reducir la carga cognitiva</p> <p>Mejorar los mecanismos para compartir información entre jueces y tribunales especializados</p> <p>Alentar a las sobrevivientes a nombrar defensores, amigos y familiares para brindar apoyo</p>
5.2 Falta de seguimiento en los casos en que el agresor no es condenado	<p>Automatizar las comunicaciones de seguimiento con las sobrevivientes</p>

#### 5.1 Abandono por parte de las víctimas

El abandono por parte de las víctimas, entendido como la falta de participación de las sobrevivientes en los procedimientos penales, es un desafío importante en las denuncias por VPI. Esto puede implicar que las sobrevivientes retracten su declaración en la denuncia inicial, que no colaboren con la investigación o no asistan a las audiencias judiciales.

Hay una escasez de estadísticas sobre el abandono por parte de las víctimas en ALC. Sin embargo, los datos de países de altos ingresos sugieren que las sobrevivientes toman la decisión de retractarse de su declaración los primeros días, o incluso horas, después de presentar una denuncia (Barrow-Grint, 2016; Robinson y Cook, 2006)

A continuación, describimos los principales factores que, según la literatura y las entrevistas con el personal de la justicia penal, impiden que las sobrevivientes se involucren en los procedimientos penales:

- **Estados fríos y calientes.** Los procedimientos penales pueden no comenzar sino hasta mucho después de que las sobrevivientes hayan vivido el estado afectivo en caliente que las llevó a presentar la denuncia. Una vez en un estado frío, su apego a la relación puede llevarlas a descomprometerse con el proceso de justicia penal, retractarse de su declaración y, en última instancia, volver con el agresor (Aizer y Dal Bó, 2009; Griffing et al., 2002; Sleath y Smith, 2017)
- **Sesgo de optimismo.** Los estudios demuestran que estamos predispuestos a ver el lado positivo de las cosas (Sharot, 2011). Las sobrevivientes pueden tener una creencia optimista de que el haber presentado una denuncia y/o la detención misma del agresor serán suficientes para disuadirlo.
- **Carga cognitiva.** La naturaleza fragmentaria del sistema de justicia significa que presentar una denuncia puede desencadenar varios procesos civiles y penales, potencialmente enmarcadas en distintas reglas de procedimiento, y en diferentes juzgados. Puede resultar difícil a las sobrevivientes participar activamente en cada uno de estos procesos cuando su “ancho de banda” cognitivo ya está muy sobrecargado por el solo hecho de sobrellevar la violencia.
- **Barreras económicas.** Participar en el proceso judicial implica costos financieros y de tiempo que pueden disuadir a las sobrevivientes de participar en él. Además, si la sobreviviente o su familia dependen económicamente del agresor, el proceso judicial puede tener un impacto negativo en su sustento.
- **Victimización secundaria.** El término “victimización secundaria”, a menudo utilizado en el contexto de la agresión sexual (Campbell

y Raja, 1999), se refiere a las respuestas negativas (como culpar a la víctima) hacia una sobreviviente, quien experimenta esto como una violación más de sus derechos (Orth, 2002). La victimización secundaria se ha asociado con la pérdida de la autoestima y la fe en el futuro, la falta de confianza en el sistema legal (Orth, 2002) y una menor disposición a buscar ayuda de los tribunales en el futuro (Rivera, Sullivan y Zeoli, 2012).

- **Aislamiento o rechazo social.** Los estudios cualitativos sugieren que las sobrevivientes con acceso a redes de apoyo social más fuertes tienen más probabilidades de colaborar con la fiscalía (Goodman, Bennett y Dutton, 1999).

## Intervenciones de comportamiento



### Introducir estándares más exigentes para retirar cargos.

Para superar el sesgo de optimismo y el apego emocional de las sobrevivientes hacia el agresor durante un estado afectivo frío, se podrían introducir estándares más exigentes para retirar una demanda. Por ejemplo, esto podría implementarse en forma de un período de reflexión que requiera que las mujeres confirmen su deseo de retirar los cargos unas horas o incluso días después de su solicitud inicial.

Se ha encontrado que las políticas de no retirar, que establecen que una vez que una mujer presenta una denuncia, la demanda continuará independientemente de que se intenten retirar los cargos, aumentan las denuncias de VPI (Aizer y Dal Bó, 2009). Sin embargo, estas políticas pueden tener consecuencias no deseadas, como contribuir a la sensación de impotencia de las sobrevivientes, ya que se transfiere el control desde el agresor al fiscal (Larrauri, 2003). Se requiere más investigación para evaluar el impacto de estas políticas en el bienestar de las sobrevivientes.



**Proporcionar a las sobrevivientes actualizaciones regulares con instrucciones claras para reducir su carga cognitiva.** Desglosar en pequeños pasos la



participación de una sobreviviente en los múltiples procedimientos judiciales que la VPI puede desencadenar, podría reducir la carga cognitiva. Esto requeriría mantener regularmente actualizadas a las sobrevivientes (por ejemplo, por SMS) sobre cómo ha progresado su caso, los pasos restantes e instrucciones sobre lo que se espera de ellas a continuación.



### Mejorar los mecanismos para compartir información entre jueces y tribunales especializados.

Tener que proporcionar la misma información a diferentes tribunales en diferentes formatos es una carga sobre los recursos cognitivos de una sobreviviente. En la medida de lo posible, los fiscales y los abogados defensores deben tener acceso y poder presentar al juez las pruebas ya proporcionadas por las sobrevivientes en otros casos judiciales. Si a los fiscales se les proporciona un formulario de acusación estándar para los casos de VPI, o si tienen que completar otros formularios al presentar esto ante el tribunal, se podrían incluir pautas para alentar a los fiscales a buscar las declaraciones y otras pruebas utilizadas en casos judiciales pasados. Un enfoque más radical sería centralizar los casos en un tribunal especializado, una solución que ha sido adoptada por varios países de la región. La evidencia de los países de altos ingresos sugiere que los tribunales especializados aumentan la probabilidad de que las sobrevivientes comparezcan ante el tribunal (Hartley y Frohmann, 2003).



### Alentar a las sobrevivientes a nombrar defensores, amigos y familiares para brindarle apoyo.

En un estudio realizado en los EE.UU., las sobrevivientes de VPI que recibieron el apoyo de voluntarios universitarios con algo de capacitación para acceder a servicios experimentaron una reducción significativa en la victimización primaria y las tasas de depresión, y un aumento en su autoeficacia (Sullivan y Bybee, 1999). Para conectar a las sobrevivientes con un defensor o persona de apoyo que las guíe en el proceso penal, se les podría pedir que nombren a alguien cuando presenten una denuncia judicial por VPI. Las personas de apoyo se pondrían en contacto con las sobrevivientes en los

momentos en que el abandono es más probable, como antes de la audiencia preliminar, y las apoyarán para que se mantengan comprometidas, por ejemplo, acompañando físicamente a las sobrevivientes al tribunal en los días de audiencia. La persona de apoyo podría ser parte del personal de la Fiscalía, pero también un voluntario o un amigo o familiar.

### 5.2 Falta de seguimiento en los casos en que el agresor no es condenado

En los casos en que el agresor no es condenado, o es condenado pero sin pena privativa de libertad, el final del proceso judicial puede conllevar un mayor riesgo para la sobreviviente (Dugan, Nagin y Rosenfeld, 2003). Las medidas cautelares se levantan cuando finaliza el proceso judicial, pero la demanda puede desencadenar un efecto de represalia.

La principal razón de la falta de seguimiento es:

- **Falta de protocolos y capacidad.** A menudo, ni los tribunales ni los fiscales tienen la obligación profesional de hacer un seguimiento con la víctima una vez que finaliza el proceso penal. Además, incluso si se desviaran de los protocolos establecidos, a menudo no tendrían la capacidad de contactar a las víctimas después de un juicio.

### Intervenciones de comportamiento



#### Automatizar las comunicaciones de seguimiento con las sobrevivientes.

Las sobrevivientes estarán más dispuestas a denunciar el abuso posterior al juicio si se les pide que lo hagan. Independientemente del resultado del juicio, las sobrevivientes podrían ser contactadas por SMS durante cierto tiempo después de finalizado el procedimiento judicial para confirmar su bienestar. Los mensajes podrían ser automatizados y solo se requeriría que el personal de la justicia penal realice un seguimiento activo con la víctima si ésta informa cualquier incidente de violencia posterior.

## **OBSERVACIONES FINALES**

Las leyes que criminalizan la VPI no solo proporcionan un marco para la acción, sino que también transmiten un mensaje poderoso. Definen una norma judicial clara, que establece que las personas bajo la jurisdicción de esas leyes no deben perpetrar ni tolerar la VPI (Cooper, Paluck y Fletcher, 2013).

Sin embargo, el impacto de una legislación sin precedentes promulgada en la región en las últimas décadas se ha visto obstaculizado por un sistema

de justicia penal que no siempre responde a las necesidades de las sobrevivientes (Epstein, 1999). Las conductas de interés identificadas aquí a menudo ejemplifican las inconsistencias entre lo que deben ser los procedimientos penales de acuerdo con la ley y lo que son en la práctica. Nuestras propuestas de intervenciones de comportamiento buscan ayudar a los responsables de la formulación de políticas que trabajan en este espacio a cerrar esta brecha.

**CÁPITULO 3:**  
**SECTOR DE**  
**LA SALUD**



# CÁPITULO 3: SECTOR DE LA SALUD



## BÚSQUEDA

### 1. Búsqueda de cuidados médicos

#### 1.1 Falta de búsqueda de ayuda de las sobrevivientes respecto a los cuidados médicos



Utilizar canales discretos y enfatizar la confidencialidad



Crear oportunidades para fomentar el autoestima a través de las visitas de los hijos



## LLAMADA

### 2. Primer contacto y evaluación de riesgos

#### 2.1 Falta de identificación adecuada de la VPI por parte del personal de salud



Capacitar a los profesionales de la atención sanitaria con protocolos para detectar signos y realizar pruebas condicionales de detección de VPI



Usar el reconocimiento social para cambiar el comportamiento de los pares

#### 2.2 Reticencia a revelar la VPI a los trabajadores de la salud



Utilizar el cuestionario asistido por computadora (CASI, por sus siglas en inglés) para reducir el estigma



Aprovechar la confianza médico-paciente para mejorar la detección



## MANTENIMIENTO

### 3. Derivación a servicios adicionales

#### 3.1 Falta de seguimiento por parte del personal de salud



Proporcionar retroalimentación sobre el progreso de la sobreviviente

#### 3.2 Falta de utilización de los servicios



Simplificar las opciones de derivación



Crear sitios de servicio de ventanilla única

Clave:

X. Etapa de la ruta del usuario

X.X Comportamiento de interés



Idea de intervención

## INTRODUCCIÓN

Este capítulo analiza las experiencias de las sobrevivientes de VPI que interactúan con el sector de la salud, con el objetivo de mejorar los servicios de VPI. La utilización de los servicios generales de salud es mayor entre las sobrevivientes de VPI que otras mujeres (García-Moreno y otros, 2015) aunque las sobrevivientes no necesariamente ingresan al sistema de salud con una estrategia explícita de buscar ayuda para la VPI (Liang, Goodman, Tummala-Narra y Weintraub, 2005). En las últimas décadas, ha habido mejoras considerables en toda la región en los niveles generales de salud, aunque siguen existiendo grandes disparidades con respecto al acceso a servicios de salud de calidad. Las personas y familias en áreas rurales enfrentan las mayores barreras para acceder a los servicios. El acceso a la atención preventiva es un desafío más amplio en toda la región, dados los niveles relativamente bajos de financiamiento.<sup>9</sup>

Para las sobrevivientes de la VPI, el contacto con los servicios médicos suele ser el punto inicial de ingreso a un grupo más amplio de posibles defensores y servicios. Si bien la experiencia del usuario en el sector de la salud varía de un país a otro, la ruta de las sobrevivientes de VPI puede caracterizarse en las siguientes etapas: 1. Búsqueda de cuidados médicos; 2. Primer contacto y evaluación de riesgos; y 3. Referencia a servicios adicionales.

### BÚSQUEDA

#### 1. Búsqueda de cuidados médicos

Las sobrevivientes pueden buscar cuidados médicos para la VPI u otras afecciones de salud general a través de una variedad de instalaciones o proveedores. Las instalaciones pueden distinguirse por su ubicación (por ejemplo, hospitales, centros de salud comunitarios o in situ para algunos servicios

de emergencia), así como por la naturaleza de los servicios (es decir, aquellos enfocados en condiciones nuevas o agudas versus aquellos enfocados en tratamientos preventivos, cuidados o afecciones crónicas).

Según las entrevistas con los trabajadores del área de la salud, el punto de entrada más común para las sobrevivientes de VPI es a través de servicios de cuidados intensivos en clínicas de salud y salas de emergencia. Es importante tener en cuenta que las sobrevivientes pueden ingresar al sector de la salud si los familiares, las personas circunstantes o la policía llaman a los servicios médicos de emergencia. A menudo, esto sucede en la escena de un incidente de VPI. Por lo tanto, estos ingresos al sector de la salud no necesariamente se producen directamente en los establecimientos de salud ni a solicitud directa de la sobreviviente.

### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
1.1 Falta de búsqueda de ayuda de las sobrevivientes respecto a los cuidados médicos	Utilizar canales discretos y enfatizar la confidencialidad. Crear oportunidades para fomentar el autoestima a través de las visitas de los hijos

#### 1.1 Falta de búsqueda de ayuda de las sobrevivientes respecto a los cuidados médicos

Para evitar la detección de la VPI, las sobrevivientes pueden postergar o evitar buscar atención médica, incluso en situaciones de urgencia. Esto pone en

<sup>9</sup> Los servicios de salud mental se abordan en el Capítulo 4.

riesgo su salud debido a condiciones no tratadas, además de la vulnerabilidad derivada de la VPI no reportada.

Las barreras de comportamiento que pueden impedir que las sobrevivientes busquen ayuda en el sector de la salud incluyen:

- **Evasión de la información.** Las sobrevivientes pueden esperar, a menudo basándose en experiencias anteriores, que un médico o profesional de la salud recomiende acciones para escapar de la violencia que pueden ser muy difíciles de llevar a cabo, por ejemplo, cambiar su situación de vivienda, buscar apoyo profesional, etc. Para evitar este consejo, las sobrevivientes pueden optar por no buscar atención médica aunque tengan un problema médico. Para justificar esta decisión, pueden decirse que el problema se resolverá solo con el tiempo o que pueden abordarlo personalmente (Golman, Hagmann y Loewenstein, 2017; Taber, Leyva y Persoskie, 2015).
- **Baja autoestima.** Está demostrado que hay una relación entre los bajos niveles de autoestima y evitar la atención médica. Un estudio reciente en el Reino Unido encontró que las mujeres informaron que evitaron ver a un médico por síntomas relacionados con el cáncer porque no querían armar un escándalo (Moffat, Hinchliffe, Ironmonger y Osborne, 2016).
- **Aversión a la incertidumbre.** A las sobrevivientes les puede preocupar que la búsqueda de atención médica implique que el personal de salud se dé cuenta de que están sometidas a VPI y les pregunte al respecto o lo informe a la policía. Debido a que buscar atención médica conlleva estos riesgos desconocidos, las sobrevivientes pueden preferir los riesgos conocidos asociados con no buscar dicha atención.

## Intervenciones de comportamiento



**Utilizar canales discretos y enfatizar la confidencialidad.** Para superar la evasión de la información, en una consulta inicial, a las sobrevivientes se les podría ofrecer servicios de salud confidenciales por teléfono y en línea. Este tipo de servicio podría garantizar que la derivación a una cita en persona se realice en el centro de atención médica del tipo más adecuado, por ejemplo, un centro exclusivo para mujeres. Además, en su contacto inicial con los profesionales de la salud, a las sobrevivientes se les debe proporcionar información clara en cuanto a bajo qué circunstancias los profesionales de la salud están obligados a revelar información del paciente a la policía u otros órganos públicos. Tener reglas básicas claras desde el principio contribuiría a generar confianza y ayudar a superar la aversión a la incertidumbre.<sup>10</sup>



**Crear oportunidades para fomentar el autoestima a través de las visitas de los hijos.** Las sobrevivientes pueden interactuar con los servicios de salud a causa de sus hijos, por ejemplo, visitas postnatales y de control de niño sano. Estos son momentos clave para fomentar el autoestima y la autoeficacia de las sobrevivientes a través de comentarios positivos sobre sus habilidades de crianza. Enfatizar que la crianza efectiva se basa en que las madres sean proactivas sobre su propia salud, así como sobre la salud de sus hijos, podría estimular a las mujeres a darse cuenta de que vale la pena invertir en su propia salud y que tienen la capacidad de hacerlo con éxito.

## RESPUESTA

### 2. Primer contacto y evaluación de riesgos

Las sobrevivientes pueden optar por revelar voluntariamente su estado de VPI al primer contacto con un profesional de la salud. Entre aquellas que inicialmente no revelan su situación, y bajo la

<sup>10</sup> La obligación de informar no ha sido rigurosamente evaluada como una política basada en la evidencia y ha sido criticada en varios grupos temáticos de sobrevivientes por infringir su autonomía y la confidencialidad.

condición de que un trabajador de la salud sospeche de una posible VPI, se preguntará un conjunto inicial de preguntas para detección. Una sobreviviente puede continuar negándose a revelar su estado, en cuyo caso se incluye una nota sobre las observaciones en su registro médico.

Si bien la detección condicional varía de un país a otro, muchos incluyen preguntas amplias para estimular la revelación, tales como: “En el último año, ¿alguien cercano a usted ha abusado de usted física o emocionalmente?” o “En el último año, ¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales?” Es importante tener en cuenta que la detección no se aplica universalmente a todas las pacientes,<sup>11</sup> y las preguntas de detección condicional no son calificadas por gravedad.

Se alienta al personal médico a buscar signos físicos evidentes de VPI, como quemaduras de cigarrillos, brazos fracturados y torcidos, así como moretones que parecen provenir de estrangulamiento o puñetazos. Otros signos físicos y psicológicos incluyen afecciones crónicas como problemas gastrointestinales, dificultades para dormir, ansiedad y depresión. Además de los signos físicos, las observaciones del personal de la salud sobre las interacciones entre la persona que busca asistencia médica y su pareja pueden despertar sospechas, incluyendo: i) un seguimiento o un acompañamiento muy cercano por parte de la pareja; ii) negación o minimización de la violencia por parte de la pareja; y iii) negarse a hablar o a estar en desacuerdo frente a la pareja.

Se solicita una evaluación de riesgo más completa si una sobreviviente hace una revelación voluntaria, o si la detección condicional básica revela una respuesta afirmativa. Esta evaluación tiene como objetivo diagnosticar la gravedad del riesgo de lesión inminente o muerte a manos del agresor y consiste en un cuestionario sistemático que se emplea para

para clasificar los casos de alto riesgo versus los de menor riesgo. El personal médico recibe una formación básica en la administración de la evaluación de riesgo. Para evitar un mayor trauma para la sobreviviente, lo ideal es que la evaluación de riesgo sea administrada por un defensor de víctimas que haya recibido una capacitación especializada para trabajar con sobrevivientes de VPI. En áreas rurales y desatendidas, esta tarea es realizada por médicos generales en lugar de defensores de víctimas.

Si bien las preguntas y los sistemas de calificación varían de un país a otro, las preguntas comunes incluyen: i) ¿Está actualmente en una relación en la que ha sido lesionada o amenazada por su pareja?; ii) ¿Hay armas en su casa?; y iii) ¿Alguien amenaza con usarlas cuando está enojado?

Ciertos factores contribuyen a una mayor evaluación del riesgo, como:

- El abuso de menores.
- Una denuncia legal formal del agresor en los últimos 6 meses.
- La violación de medidas cautelares por el agresor.
- Un historial de comportamiento violento por parte del agresor, ya sea con la sobreviviente u otros.
- Riesgo de suicidio por parte de la sobreviviente.

También se recopila información sobre la presente agresión actual, con el objetivo de detectar y tratar lesiones, evaluar la exposición a enfermedades sexuales y los riesgos de un embarazo, y guiar la recopilación de pruebas forenses. Normalmente, esta información se recopila en la misma entrevista con el defensor de las víctimas, pero se puede registrar en un formulario de admisión separado.

<sup>11</sup> La evaluación universal no ha logrado generar una base empírica convincente en términos de mejorar los resultados de bienestar de las mujeres, como se resume en la revisión sistemática (O’Doherty et al., 2014). La OMS no recomienda la detección universal como instrumento de política.

## Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
2.1 Falta de identificación adecuada de la VPI por parte del personal de salud	<p>Capacitar a los profesionales de la atención sanitaria con protocolos para detectar signos y realizar pruebas condicionales de detección de VPI</p> <p>Usar el reconocimiento social para cambiar el comportamiento de los pares</p>
2.2 Reticencia a revelar la VPI a los trabajadores de la salud	<p>Utilizar el cuestionario asistido por computadora (CASI, por sus siglas en inglés) para reducir el estigma</p> <p>Aprovechar la confianza médico-paciente para mejorar la detección</p>

### 2.1 Falta de identificación adecuada de la VPI por parte del personal de salud

En nuestras entrevistas, la falta de identificación, e incluso la falta de conocimiento sobre la VPI por parte de los profesionales de la salud se identificó como una barrera importante para la prestación efectiva de servicios. El personal de primera línea reportó resultados positivos de la implementación de programas de capacitación respecto a la sensibilización, pero también reportó desafíos continuos con respecto a alentar el tratamiento.

Las barreras que afectan la identificación de la VPI por parte del personal médico incluyen:

- **Sentimientos de incompetencia.** Varios estudios con profesionales de la atención sanitaria han señalado que los profesionales de asistencia médica expresan más confianza en sus áreas clínicas y carecen de competencias en lo que respecta a la violencia doméstica (Rose et al., 2011). En una encuesta reciente de profesionales médicos del Reino Unido, el 60 por ciento

consideraba que carecía de un conocimiento adecuado de los servicios de apoyo. Las enfermeras informaron una preparación significativamente mayor para evaluar y manejar la violencia doméstica que los psiquiatras, a pesar de que los psiquiatras informaron un mayor conocimiento general (Nyame, Howard, Feder y Trevillion, 2013).

- **Efecto avestruz.** Los trabajadores de la atención sanitaria pueden adoptar una actitud derrotista de “enterrar su cabeza en la arena” cuando no hay servicios de seguimiento disponibles. Por ejemplo, un experto describió la falta de servicios de seguimiento apropiados para los niños, tales como los hogares de acogida o los refugios, como un factor que desalentaba a los profesionales de la salud a preguntar sobre la situación de los niños.
- **Agotamiento profesional.** La gran carga de trabajo y los difíciles desafíos mentales que experimentan los profesionales médicos pueden contribuir a una toma de decisiones deficiente (Burgess, Irvine y Wallymahmed, 2010).

## Intervenciones de comportamiento



**Capacitar a los profesionales de la atención sanitaria con protocolos para detectar signos y realizar pruebas condicionales de detección de VPI.** Dada la evidencia contra la detección universal, la misma solo debe aplicarse cuando se hayan suscitado sospechas (O’Doherty y otros, 2014).<sup>12</sup> Una intervención en el Reino Unido que capacitó a médicos para identificar a mujeres sometidas a abuso tuvo resultados muy prometedores. Una pequeña evaluación experimental de la intervención encontró que los médicos que recibieron capacitación tenían aproximadamente 20 veces más probabilidades de tener registros de pacientes que revelaron VPI que los médicos que no habían recibido la capacitación (Feder et al., 2011).

<sup>12</sup> La detección universal no ha generado una base empírica convincente en términos de mejorar los resultados en el bienestar de las mujeres, tal como se resume en la revisión sistemática de O’Doherty et al., 2014. La OMS no recomienda la detección universal como instrumento de política.



Idealmente, la capacitación para identificar la VPI debería combinarse con protocolos de detección para evitar que el personal médico cometa errores de juicio debido a la alta carga cognitiva (Burgess, Irvine y Wallymahmed, 2010).



### Usar el reconocimiento social para cambiar el comportamiento de los pares.

Los profesionales están fuertemente influenciados por el comportamiento de sus pares (Gould y Lawes, 2016). Sin violar la confidencialidad de las sobrevivientes, podrían presentarse ejemplos de trabajadores de la atención sanitaria que regularmente aplican protocolos de detección a otro personal. Esto demostraría que estos procedimientos son reconocidos por la administración de alto nivel como un componente importante de la prestación general de asistencia médica y que deben adoptarse como la norma.

## 2.2 Reticencia a revelar la VPI a los trabajadores de la salud

Se ha informado que los trabajadores de la atención médica son la fuente formal de revelación preferida de las sobrevivientes de la VPI (García-Moreno et al., 2006). Además, la revelación a los trabajadores médicos aumenta en comparación con las redes informales (amigos y familiares) cuando el abuso se agrava (Ansara y Hindin, 2010). Aun así, las sobrevivientes pueden dudar en revelar la VPI a un profesional de la atención médica por razones similares a las descritas en los capítulos anteriores.

Las barreras de comportamiento que pueden limitar la revelación de la VPI por parte de las sobrevivientes incluyen:

- **Estigma.** Además del temor al estigma explorado en capítulos anteriores (por ejemplo, consulte el Capítulo 1, Sección 3.1), estudios cualitativos realizados en todo el mundo han revelado que las víctimas suelen expresar su preocupación ante el miedo a la estigmatización por parte de los profesionales de la atención sanitaria, que pueden considerar a la víctima como responsable del abuso (Rose et al., 2011;

McCleary-Sills, Crockett y Cooper, 2018). Los sentimientos de vergüenza de las víctimas son precedidos por posibles declaraciones verbales o señales no verbales por parte de los profesionales de la atención sanitaria (Battaglia, Finley y Liebschutz, 2003).

En las entrevistas realizadas con el personal de primera línea, la falta de una relación continua con el prestador de asistencia médica se planteó como una barrera clave para que la víctima revelara su situación, y las barreras para la revelación se describieron como más altas en los puntos de ingreso por cuidados intensivos. A las mujeres que reciben atención por afecciones crónicas o más estándares (relacionadas con la VPI o de otro tipo) se les puede hacer más fácil revelar la VPI a su profesional de la salud, ya que las múltiples visitas le permiten al profesional de la salud demostrar una actitud imparcial y establecer una relación con la víctima.

- **Aversión a la i a la incertidumbre.** Ver Capítulo 3, sección 1.1.

## Intervenciones de comportamiento



### Utilizar el cuestionario asistido por computadora (CASI, por sus siglas en inglés) para reducir el estigma.

El uso de la tecnología CASI o los cuestionarios en papel permitiría a las mujeres responder preguntas sensibles con menos interacción con trabajadores de la salud potencialmente mal capacitados. Una evaluación afirmativa puede ir seguida de una entrevista con un defensor de víctimas que ha recibido capacitación especializada en VPI.

En un ensayo de control aleatorizado (ECA) que comparó entrevistas con trabajadores de la salud, autoinformes escritos y CASI, las mujeres reportaron una mayor satisfacción con las opciones de autoinforme y tuvieron tasas más bajas de falta de respuesta con el cuestionario computarizado (MacMillan et al., 2006). Sin embargo, no se ha demostrado el impacto del análisis CASI más allá de la mejora en la revelación. En general, los estudios

han tenido poca potencia, es decir, no han sido lo suficientemente grandes como para demostrar diferencias estadísticamente significativas y, en algunos casos, también han sufrido un abandono diferenciado entre los grupos de control y tratamiento (MacMillan et al., 2009).



**Aprovechar la confianza médico-paciente para mejorar la detección.**

La capacitación para detectar y tratar la VPI debe extenderse a los profesionales de la salud que trabajan con afecciones no agudas. En este contexto, los síntomas de VPI pueden ser mucho más sutiles de detectar, pero las mujeres pueden estar más dispuestas a revelar sus experiencias después de desarrollar una relación de confianza con un profesional de la salud.



**MANTENIMIENTO**

**3. Derivación a servicios adicionales**

Las sobrevivientes que, después de haber sido evaluadas, se consideran de menor riesgo son referidas a un conjunto de servicios de acuerdo a su perfil y necesidades. Estos suelen incluir la oportunidad de denunciar al agresor y acceder a servicios de asesoramiento y trabajadores sociales. Las sobrevivientes con alto riesgo de lesión o mortalidad inminente son referidas a servicios adicionales que incluyen casas de acogida y servicios legales. Se aplican protocolos específicos de protección infantil si se ha abusado de menores.

**Comportamientos de interés e intervenciones propuestas**

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
3.1 Falta de seguimiento por parte del personal de salud	Proporcionar retroalimentación sobre el progreso de la sobreviviente
3.2 Falta de utilización de los servicios	Simplificar las opciones de derivación  Crear sitios de servicio de ventanilla única

**3.1 Falta de seguimiento por parte del personal de la salud**

Los trabajadores de la salud pueden enfrentar las siguientes barreras cuando derivan a las sobrevivientes a servicios adicionales:

- **Falta de conocimiento y opciones.** Sumado a que el personal de asistencia médica recibe una capacitación limitada sobre cómo responder a la VPI, a menudo no existen sistemas formales de derivación. Por lo tanto, no debería sorprender que, si bien la evidencia es limitada y solo en contextos de países desarrollados, tres estudios rigurosos no encontraron pruebas de que la detección en entornos de la salud aumente la derivación a otros servicios para VPI, incluyendo los refugios (O’Doherty et al., 2014). A su vez, las derivaciones inapropiadas pueden interpretarse como una invalidación de la revelación de la víctima (Keeling y Fisher, 2015), haciendo que sea menos probable que vuelva a revelar la VPI en el futuro.
- **La heurística de la disponibilidad.** No se observan las derivaciones que tienen mejores resultados, mientras que aquellas con resultados pobres a menudo vuelven a ingresar al sector de la salud. Esto puede llevar a los trabajadores de la salud a creer que no tiene sentido recomendar servicios de apoyo adicionales a las sobrevivientes, porque es poco probable que su calidad de vida mejore.

**Intervenciones de comportamiento**



**Proporcionar retroalimentación sobre el progreso de la sobreviviente.**

Con el consentimiento de las sobrevivientes, a los trabajadores de la salud se les puede enviar retroalimentación regular sobre una muestra de las sobrevivientes a las que se refirieron a servicios adicionales, para comprender su avance hacia la recuperación. Esto podría hacerse a través de testimonios, que generan más involucramiento emocional que los datos agregados, para hacer más evidentes los beneficios de referir e impulsar nuevas derivaciones para otras sobrevivientes.

### 3.2 Falta de utilización de los servicios

Según las entrevistas con el personal de salud, la utilización de las derivaciones entre las sobrevivientes es baja.

Las barreras clave a la utilización de los servicios adicionales por las sobrevivientes son:

- **Carga cognitiva.** Las sobrevivientes de la VPI pueden sentirse abrumadas por las numerosas opciones que se les presentan al mismo tiempo, desde iniciar un proceso judicial penal hasta cómo lograr la seguridad económica y el cuidado de los niños sin su pareja. Esta pesada carga cognitiva puede llevar a una baja utilización de servicios adicionales.
- **Costos de fricción.** Los pequeños obstáculos pueden disuadir a las sobrevivientes de utilizar los servicios. Por ejemplo, se informó que la denuncia formal a través de procedimientos legales era más probable si se encontraban recursos legales in situ en el centro médico. Del mismo modo, se informó que la utilización de los servicios de asesoramiento psicológico era alta porque se ubicaban en el mismo lugar.

### Intervenciones de comportamiento



#### **Simplificar las opciones de derivación.**

Se le debe proveer a las sobrevivientes algunas opciones de servicios adicionales a los que podrían acceder, en lugar de una larga lista que sumará a la fatiga de decisión. El proceso de derivación debería no ser un evento de una sola vez, ya que la sobreviviente puede no estar en el mejor estado anímico para tomar una decisión en ese momento. El defensor de la víctima o el trabajador social debe ayudar a la sobreviviente a navegar y reevaluar su situación.



#### **Crear sitios de servicio de ventanilla**

**única.** A menudo, a las sobrevivientes se les proporciona la información de contacto de los prestadores de servicios relevantes y luego estas tienen que arreglárselas para visitar múltiples ubicaciones de servicio. La integración de tantos servicios como sea posible en el mismo sitio reduce el esfuerzo para utilizar los servicios.

Si los sitios de servicio de ventanilla única no son factibles, el trabajador de la salud o el defensor de víctimas que hace la referencia debe asegurarse de que la sobreviviente tenga transporte y apoyo social adecuados para hacer uso de los servicios adicionales recomendados. Turan et al., (2013) informan hallazgos cualitativos positivos sobre un proyecto piloto en una zona rural de Kenia donde los voluntarios de la comunidad brindaron apoyo a las sobrevivientes de VPI, incluyendo los costos de transporte, acompañar a las mujeres a los servicios, llamar por teléfono a los prestadores de servicios y ofrecerles apoyo emocional. Guedes, Bott, Gúezmes y Helzner (2002), notan que algunas clínicas de salud en América Latina han asignado personal clínico para acompañar a las mujeres cuando buscan exámenes forenses e interactúan con la policía y los tribunales, y que estas referencias con apoyo fueron evaluadas positivamente por las sobrevivientes.

## **OBSERVACIONES FINALES**

Dadas las graves consecuencias para la salud que pueden derivarse de la VPI, el sector de la salud brinda servicios invaluableles a esta población. Además, ya que a menudo es el primer punto de contacto de las sobrevivientes con los servicios formales, representa una oportunidad clave para detectar la VPI y derivar a las sobrevivientes a otros servicios.

Muchas de las oportunidades para mejorar los servicios para sobrevivientes en el sector de la salud son las mismas que en otros sectores: reducir el estigma y la incertidumbre y simplificar los procesos. Sin embargo, la diferencia clave es que las sobrevivientes pueden entrar en contacto con el

sector de la salud a través de necesidades de salud no relacionadas a la VPI y las necesidades de salud de sus hijos. Esto crea oportunidades no planificadas para la detección y respuesta al abuso, incluyendo la construcción de la autoestima de las sobrevivientes y la confianza en los prestadores de servicios. Para responder a estas oportunidades de manera efectiva, los trabajadores de la salud necesitan una capacitación y herramientas adecuadas.

Las intervenciones de comportamiento propuestas en este capítulo serían relativamente sencillas de implementar y, en muchos casos, incrementarían lo que ya funciona bien para crear un acceso más equitativo a los servicios de alta calidad.



**CÁPITULO 4:**  
**SERVICIOS DE**  
**SALUD MENTAL**

# CÁPITULO 4: SERVICIOS DE SALUD MENTAL



### 1.1. Falta de uso de los servicios de salud mental



Normalizar el uso de los servicios de salud mental



Usar estímulos para mantener a las sobrevivientes en la lista de espera

### 2.1 Falta de identificación adecuada de la VPI por parte de los prestadores de servicios y falta de revelación por parte de las sobrevivientes

*Consulte el Capítulo 3, Sección 2*

### 2.2 Falta de uso de prácticas basadas en la evidencia por parte de los prestadores de servicios



Realizar capacitaciones sobre la mentalidad de crecimiento



Realizar ejercicios de afirmación de valores


### 3.1 Falta de cumplimiento por parte de las sobrevivientes



Destacar los avances para transmitir progreso



Utilizar grupos de apoyo entre pares para promover la adhesión al tratamiento

Clave:	X. Etapa de la ruta del usuario	X.X Comportamiento de interés	 Idea de intervención
--------	---------------------------------	-------------------------------	--

## INTRODUCCIÓN

Las sobrevivientes de la VPI pueden sufrir una variedad de problemas de salud mental, como depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad, autolesiones, drogadicción y alcoholismo, y trastornos del sueño. Estas condiciones de salud mental se ven agravadas cuando la violencia es más grave, sostenida y cuando se ha infligido más de una forma de violencia (Dillon, Hussain, Loxton y Rahman, 2013). Sin embargo, independientemente de si las sobrevivientes abandonan o no la relación abusiva, estas condiciones pueden disminuir su bienestar en el largo plazo (Zlotnick, Johnson y Kohn, 2006).

En Latinoamérica, los servicios de salud mental que se ofrecen a través del sistema de salud pública son escasos, particularmente en los entornos de atención primaria (Aparicio, Saxena y Rodríguez, 2009). La atención privada de salud mental está disponible, pero no es asequible para una gran parte de la población.

Las sobrevivientes pueden acceder a servicios de salud mental especializados y no especializados. Los servicios destinados a las sobrevivientes de VPI son administrados por unidades especializadas en violencia doméstica, centros de salud, organizaciones de la sociedad civil y albergues. Estos servicios normalmente son atendidos por psicólogos y, en una minoría de los casos, psiquiatras. Sin embargo, la cobertura es limitada, particularmente en las áreas rurales. En un estudio de las políticas y guías clínicas para VPI en ALC, los servicios especializados de salud mental estaban disponibles en solo 7 de 12 países.

Si bien la experiencia de las sobrevivientes varía de un país a otro, la ruta de una sobreviviente de VPI que interactúa con los servicios de salud mental se

puede dividir en tres etapas: 1. Primer contacto con los servicios de salud mental; 2. Recibir tratamiento; y 3. Mantener el compromiso mientras dure el servicio.

### BÚSQUEDA

#### 1. Primer contacto con los servicios de salud mental

Las sobrevivientes pueden acceder a los servicios de salud mental a través de la autorreferencia o la derivación desde otros servicios, como el sistema de salud, la policía o los tribunales.

Las sobrevivientes también pueden entrar en contacto con profesionales de la salud mental en casos de crisis inmediata. Por ejemplo, se llama al personal de salud mental cuando la policía responde a un incidente de violencia. Las intervenciones de crisis normalmente se centran en garantizar la seguridad de la víctima, escuchar activamente su relato de los hechos y sus preocupaciones, y planificar los próximos pasos (IMO, 2008).

#### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
1.1 Falta de uso de los servicios de salud mental	Normalizar el uso de los servicios de salud mental  Usar estímulos para mantener a las sobrevivientes en la lista de espera

##### 1.1 Falta de uso de los servicios de salud mental

A pesar de la falta de estadísticas sistemáticas sobre el uso de los servicios de salud mental por

las sobrevivientes de VPI en la región, en línea con estudios en países de altos ingresos (Próspero y Vohra-Gupta, 2008), anticipamos que el uso es bajo. Los estudios epidemiológicos han encontrado que la brecha de tratamiento, es decir, la proporción de individuos afectados por un trastorno de salud mental que no recibe tratamiento, sigue siendo alta en ALC (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004). Los estudios que analizan el acceso al tratamiento entre la población general han encontrado que más de la mitad de las personas con trastornos de ansiedad, y las tres cuartas partes de las que sufren abuso o dependencia del alcohol, nunca reciben tratamiento (Kohn et al., 2005).

A pesar de la subutilización, la investigación cualitativa en países de altos ingresos indica que los servicios de salud mental son uno de los servicios más demandados y valorados por las sobrevivientes (Chang et al., 2005; Ford-Gilboe et al., 2015). Con respecto a los factores desencadenantes que llevan a las sobrevivientes a buscar servicios de salud mental, los estudios cualitativos han determinado que es más probable que las sobrevivientes busquen ayuda en casos de depresión severa, así como cuando los niños presentan síntomas de trastornos de salud mental (Álvarez y Pernía, 2007).

Los siguientes factores podrían afectar el uso de la asistencia médica de salud mental por las sobrevivientes, tanto a través de la autorreferencia como cuando son derivadas por otros prestadores de servicios:

- **Falta de conciencia sobre los trastornos de salud mental.** A diferencia de los problemas de salud física, las sobrevivientes pueden experimentar dificultades para reconocer que padecen un trastorno de salud mental debido a la falta de conocimiento o consciencia.
- **Estigma.** La enfermedad mental se asocia con puntos de vista estereotípicos y estigmas con los que las sobrevivientes pueden no querer identificarse (por ejemplo, “Los servicios psicológicos o psiquiátricos son solo para personas con enfermedades mentales. No quiero

verme a mí mismo ni ser visto por otros como alguien con problemas de salud mental”).

- **Falta de motivación para soportar largas listas de espera.** Los tiempos de espera para recibir apoyo de salud mental pueden ser largos debido a la falta de capacidad de los servicios de salud mental. Por lo tanto, a pesar de haber expresado un interés inicial, las sobrevivientes pueden desistir mientras esperan recibir tratamiento.

## Intervenciones de comportamiento



**Normalizar el uso de los servicios de salud mental.** Las campañas de divulgación, así como la información proporcionada a las sobrevivientes de VPI cuando son referidas a servicios de salud mental, deben apuntar a normalizar el tratamiento, con el fin de superar el estigma y aumentar la adopción (Álvarez y Pernía, 2007). Esto se podría hacer mostrando la diversidad de los pacientes de salud mental en términos de raza, estatus socioeconómico y otras características, así como difundiendo los diferentes tipos de problemas psicológicos que las sobrevivientes pueden experimentar (es decir, desafiando la idea errónea de que sólo aquellos con trastornos graves de la salud mental necesitan a los psicólogos).

Las campañas de divulgación podrían aprovechar aún más el hecho de que estamos muy influenciados por las normas sociales, siguiendo el modo en que percibimos el comportamiento de las personas que nos rodean. En este sentido, cuando esto sea correcto, las campañas de información deben transmitir un alto uso de los servicios de salud mental (por ejemplo, “más de 3,000 mujeres utilizaron los servicios de salud mental en este centro en los últimos 12 meses”).



**Usar estímulos para mantener a las sobrevivientes en la lista de espera.** Los recordatorios regulares, por ejemplo a través de SMS, podrían mantener a las sobrevivientes comprometidas con los servicios de salud mental mientras están en la lista de espera.



Los recordatorios podrían incorporar una serie de ideas de comportamiento:

- **Hipótesis de gradiente de metas y efecto de progreso alcanzado.** La “hipótesis del gradiente de la meta” dice que nuestra motivación aumenta a medida que nos acercamos a nuestra meta deseada (Hull, 1932), mientras que el “efecto de progreso alcanzado” se refiere a nuestra mayor persistencia en una tarea cuando percibimos progreso hacia ella (Nunes y Drèze, 2006). Ambos podrían usarse para motivar a las sobrevivientes a permanecer en la lista de espera, al expresar qué tan cerca están de su objetivo y cuánto progreso han logrado al unirse y avanzar en la lista de espera (por ejemplo, “Pedir ayuda es el paso más difícil, felicitaciones por llegar tan lejos. Serás atendida dentro de x días”).
- **Aversión a la pérdida y sesgo de costo hundido.** Preferimos evitar una pérdida que experimentar una ganancia equivalente, incluso si el resultado es el mismo. También tendemos a seguir invirtiendo en una propuesta perdedora si ya hemos invertido mucho tiempo, dinero o esfuerzo en ella. Basándose en estas ideas, los mensajes de la lista de espera podrían enfatizar cómo abandonar la lista de espera significaría perder su lugar y representar una pérdida del tiempo que ya ha invertido en esperar (por ejemplo, “Pasó 10 días en una larga lista de espera para acceder al tratamiento psicológico gratuito. No pierda su lugar y el tiempo que ha invertido”).
- **Reciprocidad.** Tenemos una tendencia natural a tratar a los demás en función de cómo nos tratan (Service et al., 2014). Esta información se puede aprovechar en los mensajes a las sobrevivientes, por ejemplo, enviando mensajes de apoyo del psicólogo que las va a tratar (tales como, “Ya revisé su caso y estoy deseando conocerla”).



## RESPUESTA

### 2. Recibir tratamiento

Las sobrevivientes que reciben apoyo psicológico son sometidas a una evaluación inicial, lo que suele implicar una entrevista en profundidad y pruebas psicológicas.

Basándose en este diagnóstico, el profesional de la salud mental define un plan de tratamiento. Existe una gran variación en la naturaleza de las intervenciones psicológicas, su duración y si se realizan en sesiones individuales o grupales. Estas características dependen tanto de las prácticas de la institución que presta el servicio (por ejemplo, las casas de acogida tienden a ofrecer intervenciones más cortas, ya que la duración de la estadía de una sobreviviente es limitada) y la condición de salud mental de la sobreviviente según la evaluación inicial. Como anécdota, los prestadores de servicios entrevistados en los países de nuestro estudio de caso informaron que las intervenciones de salud mental normalmente involucran sesiones individuales y grupales, y tienen una duración de 1,5 meses a 9 meses.

### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
2.1 Falta de identificación adecuada de la VPI por parte de los prestadores de servicios y falta de revelación por parte de las sobrevivientes	Consulte el Capítulo 3, Sección 2
2.2 Falta de uso de prácticas basadas en la evidencia por parte de los prestadores de servicios	Realizar capacitaciones sobre la mentalidad de crecimiento
	Realizar ejercicios de afirmación de valores

#### *2.1 Falta de identificación adecuada de la VPI por parte de los prestadores de servicios y falta de revelación por parte de las sobrevivientes*

Para diagnosticar y tratar adecuadamente los trastornos psicológicos asociados con la VPI, los profesionales de la salud mental deben tener una comprensión integral de la situación de la paciente. Esto se ve obstaculizado por la falta de identificación adecuada de la VPI por parte de los profesionales de la salud mental y la falta de revelación, ya sea total o parcial, de sus experiencias de abuso por parte de las sobrevivientes.

Las posibles razones de estos comportamientos e intervenciones para abordarlos se analizan en el Capítulo 3, “Servicios de salud”.

## 2.2 Falta de uso de prácticas basadas en la evidencia por parte de los prestadores de servicios

Las personas que entrevistamos informaron que las intervenciones psicológicas implementadas por los prestadores de servicios de salud mental no siempre están respaldadas por investigaciones rigurosas. En algunos casos, esto puede deberse a que los prestadores carecen del tiempo, los recursos humanos y financieros para brindar tratamientos basados en la evidencia (Belizan et al., 2006; Majid et al., 2011). En la región, la capacitación en el trabajo para los prestadores de atención primaria en el área de la asistencia médica de salud mental es muy limitada (Aparicio et al., 2009). Sin embargo, más allá de estas limitaciones de capacidad, los factores de comportamiento también pueden contribuir.

La falta de adopción de prácticas basadas en evidencia por parte de los prestadores de servicios, ya sea a nivel individual o institucional, puede ser impulsada por:

- **Una mentalidad fija.** Dos teorías sobre la propia inteligencia son: “mentalidad fija” - nuestras habilidades no pueden ser cambiadas; y “mentalidad de crecimiento” - nuestras habilidades son maleables y pueden mejorar con esfuerzo (Dweck, 2006). Se ha demostrado que las personas con una mentalidad de crecimiento trabajan más, utilizan estrategias de aprendizaje más efectivas y logran mejores resultados (Dweck, 2012; Yeager et al., 2014; Yeager y Dweck, 2012). Si los prestadores de servicios tienen una mentalidad fija, pueden creer que no tienen la capacidad para adoptar nuevas prácticas y mejorar los resultados para las sobrevivientes.
- **Sesgo del statu quo.** A menudo preferimos que las cosas permanezcan igual al no hacer nada o al apearse a una decisión

previa. Los profesionales de la salud mental pueden continuar implementando técnicas terapéuticas en las que están capacitados o tienen experiencia, independientemente de que se sustente en la evidencia (Belizan et al., 2006; Majid et al., 2011), debido a que prefieren trabajar con técnicas que les son familiares en lugar de posiblemente perder el control o experimentar consecuencias profesionales negativas al probar un nuevo enfoque.

- **Agotamiento profesional.** Las demandas de casos complejos con grandes cargas de trabajo y presiones de tiempo pueden llevar al agotamiento profesional entre los profesionales de la salud mental.

## Intervenciones de comportamiento<sup>13</sup>



### Realizar capacitaciones sobre la mentalidad de crecimiento.

Las intervenciones para promover una mentalidad de crecimiento pueden tomar tan solo 30 minutos (Schleider y Weisz, 2018). Por lo general, implican explicar la naturaleza maleable del cerebro y cómo el cerebro crece si se le dedica esfuerzo (Dweck, 2006). Las investigaciones experimentales han encontrado que las intervenciones de mentalidad de crecimiento pueden aumentar la creatividad y el bienestar de los empleados (Holm, 2015). Además, la mentalidad de crecimiento de los gerentes se ha asociado con una formación más efectiva y, a su vez, una mayor disposición de los empleados para contribuir a la eficacia del equipo con acciones que no se requieren explícitamente como parte de su trabajo (Özdoğan y Tanova, 2017). Realizar capacitación sobre mentalidad de crecimiento antes de introducir nuevas prácticas basadas en evidencia para los trabajadores de salud mental puede aumentar su disposición a adoptar estas prácticas.



### Realizar ejercicios de afirmación de valores.

Los ejercicios de afirmación de valores

<sup>13</sup> Describimos intervenciones psicológicas prometedoras que se basan en percepciones de las ciencias del comportamiento. No se pretende que lo anterior sea una revisión en profundidad de la evidencia clínica sobre intervenciones efectivas para tratar los trastornos de la salud mental asociados con la VPI, lo cual está fuera del alcance de este informe.

pueden hacer que las personas estén más abiertas a aceptar información nueva y a cambiar sus opiniones, mientras que aumentan su autoeficacia (Sherman y Cohen, 2006; Salles, Mueller, y Cohen, 2016; Miyake et al., 2010). Una forma sencilla de implementar esta estrategia es pedir a las personas que identifiquen y reflexionen sobre sus valores, por ejemplo, seleccionando valores que consideren importantes de una lista y escribiendo sobre por qué son relevantes para ellos. Se podría pedir a los trabajadores de la salud mental que completen un ejercicio de afirmación de valores antes de ser introducidos a nuevas prácticas basadas en la evidencia. BIT incorporó exitosamente esta técnica para cambiar las actitudes de los maestros hacia los castigos corporales en un campo de refugiados en Tanzania (De Filippo y Rodriguez, 2017).



## Mantenimiento

### 3. Mantener el compromiso durante todo el tratamiento

Dada la escasez de los servicios de salud mental, en particular aquellos prestados por el sector público, a menudo los psicólogos y psiquiatras no pueden realizar sesiones con sobrevivientes con la frecuencia que consideran necesaria (HAI, 2016). Además, los prestadores a menudo carecen de capacidad para mantener la comunicación con las sobrevivientes entre citas y para realizar un seguimiento si la sobreviviente no asiste a una sesión.

Cuando se completan las sesiones de tratamiento, se realiza una segunda evaluación. Si la terapia se considera exitosa, la intervención de salud mental termina en ese momento. Si no, se programan sesiones adicionales. El tratamiento también puede terminar debido al abandono por parte de la sobreviviente o cuando se finaliza la intervención y no hay capacidad para realizar sesiones adicionales.

## Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
3.1 Falta de participación continuada por parte de las sobrevivientes	<p>Destacar los avances para transmitir progreso</p> <p>Utilizar grupos de apoyo entre pares para estimular la adhesión al tratamiento</p>

### 3.1 Falta de participación continuada por parte de las sobrevivientes

Por diversos motivos, las sobrevivientes que inician un tratamiento psicológico pueden abandonarlo antes de que finalice. Estos motivos suelen incluir:

- **No percibir los avances.** Si las sobrevivientes no sienten que están avanzando, ya sea porque objetivamente es así o porque no lo perciben, pueden perder la motivación y dejar de asistir a las sesiones de salud mental. Es probable que las sobrevivientes que se atribuyen a sí mismas la responsabilidad por la falta de progreso, en lugar de a la situación, muestren una menor motivación para perseguir su objetivo (Zhang y Huang, 2010).
- **Falta de autoeficacia.** La baja autoeficacia puede mermar la capacidad de las sobrevivientes para mantener un compromiso sostenido con el apoyo en desarrollo.
- **Barreras económicas.** Es posible que las sobrevivientes no puedan pagar los costos directos del tratamiento de salud mental privado, o cuando se les brinda gratuitamente, sus costos indirectos en términos de tiempo, transporte y gastos asociados, como el cuidado de niños. Además, los medicamentos psicotrópicos son muy caros. Por ejemplo, en El Salvador el costo de la dosis diaria de antidepresivos asciende al 28 por ciento del salario mínimo (Aparicio et al., 2009).

## Intervenciones de comportamiento



### Destacar los avances para transmitir progreso.

Para ayudar a las sobrevivientes a darse cuenta de sus avances, el personal de salud mental podría proporcionarles un folleto que incluya su plan de tratamiento, y los pasos que han completado para avanzar hacia su meta final. Esto podría actualizarse en cada sesión de terapia, para asegurar un reconocimiento regular de su avance y superar la tendencia a centrarse sólo en los problemas no resueltos. Se podría pedir a las sobrevivientes que escriban comentarios en su plan de tratamiento, para que reconozcan los momentos en que los factores situacionales han llevado a avances más lentos y que desarrollen estrategias para mitigar estos factores, a fin de tranquilizar a las sobrevivientes de que el objetivo final es alcanzable.



### Utilizar grupos de apoyo entre pares para promover la adhesión al tratamiento.

Los grupos de apoyo entre pares, que reúnen a las sobrevivientes que utilizan los servicios de salud mental, podrían emplearse para alentar a las sobrevivientes a continuar con el tratamiento. Este enfoque tiene dos ventajas principales. Primero, el tener redes de apoyo social más sólidas se ha asociado con un menor riesgo de trastornos de la salud mental entre las sobrevivientes de VPI (Coker et al., 2002). En segundo lugar, las sobrevivientes que están en una etapa más avanzada o que han finalizado con éxito la terapia pueden actuar como modelos positivos para las sobrevivientes con experiencias similares (Sowards, O'Boyle y Weissman, 2006). Una tercera posible ventaja es la oportunidad de compartir los costos indirectos, especialmente el cuidado de niños, que podría ser más barato si se organiza para un grupo de niños.

## OBSERVACIONES FINALES

Los servicios de salud mental son un componente clave del proceso de recuperación para las sobrevivientes afectadas por trastornos de la salud mental, los cuales pueden perdurar mucho tiempo después de que termine la relación abusiva. Una primera barrera para recibir la ayuda que necesitan es la falta de servicios disponibles. Existen notables desigualdades socioeconómicas y geográficas en la cobertura de los servicios de salud mental en la región. Hay una escasez de servicios especializados para sobrevivientes de VPI y los que sí están disponibles no siempre utilizan intervenciones basadas en evidencia. Además, más allá de los problemas de oferta, las sobrevivientes enfrentan una serie de desafíos, desde barreras económicas hasta el

estigma, que les impiden beneficiarse plenamente de las intervenciones de apoyo psicológico. En este capítulo, sugerimos acciones inmediatas prácticamente a costo cero que estos servicios pueden implementar para aumentar su uso, por ejemplo, cambiando sus estrategias de divulgación para transmitir la diversidad de usuarios del apoyo psicológico. Además, una de las áreas más prometedoras para la experimentación son las intervenciones psicológicas innovadoras, como la mentalidad de crecimiento y los ejercicios de afirmación de valores, que podrían ayudar a los prestadores de salud mental a adoptar más prácticas de tratamiento basadas en la evidencia.



## **CÁPITULO 5:** **REFUGIOS**

# CÁPITULO 5: REFUGIOS



## BÚSQUEDA

### 1. Ingresar a los refugios

#### 1.1 Falta de acceso de las sobrevivientes a los refugios



Crear un directorio de refugios y los servicios que ofrecen



Revisar el uso del término “refugio”



## LLAMADA

### 2. Llegada y servicios utilizados en el refugio

#### 2.1 Las sobrevivientes no eligen los servicios más adecuados



Simplificar la selección de servicios



Asignar a las sobrevivientes a los servicios esenciales por defecto



## MANTENIMIENTO

### 3. Salida del refugio y seguimiento

#### 3.1 Las sobrevivientes abandonan los refugios antes de que estén listas para hacerlo



Reformular las reglas para que sean más acogedoras y menos alienantes



Dar privilegios adicionales a las sobrevivientes a medida que aumenta la duración de su estadía



Reforzar el apoyo social de Mentores, familiares y amigos



Facilitar el acceso a recursos financieros

Clave:

X. Etapa de la ruta del usuario

X.X Comportamiento de interés



Idea de intervención

## INTRODUCCIÓN

El siguiente capítulo explora las experiencias de las sobrevivientes de VPI que interactúan con refugios. Los refugios se relacionan con la vivienda temporal y la protección para las mujeres que escapan de la violencia.<sup>14</sup> En ALC, los refugios para sobrevivientes de la VPI han existido hace bastante tiempo. De los 18 países latinoamericanos incluidos en el último inventario completo de refugios, todos tenían al menos un refugio, con la excepción de Uruguay. Algunos países, como Brasil y Perú, tenían refugios administrados por el gobierno en múltiples ubicaciones, mientras que otros, como República Dominicana y Nicaragua, tenían algunos refugios administrados por organizaciones no gubernamentales (ONG) (MESECVI, 2008). El número de refugios ha aumentado desde 2008, pero no existe un inventario actualizado y completo. Al igual que en otras partes del mundo, los refugios en ALC varían en la gama de servicios que brindan, desde sólo alojamiento hasta terapia, servicios de salud y capacitación técnico-profesional.

Si bien la ruta de las sobrevivientes varía de un país a otro, sus experiencias al interactuar con refugios se pueden dividir en tres etapas: 1. Ingresar a los refugios; 2. Llegada y uso de los servicios; y 3. Salida de los refugios y seguimiento.

### BÚSQUEDA

#### 1. Ingresar a los refugios

Las sobrevivientes pueden llegar a un refugio a través de una referencia de otros prestadores de servicios,

generalmente la policía, los servicios de salud y las líneas telefónicas de ayuda, o por su propia voluntad (auto derivación). Según nuestras entrevistas, el consenso general entre los expertos en El Salvador y Honduras es que el sector de la salud proporciona un camino de referencia a los refugios más efectivo que el de la policía y el sistema judicial.

#### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
1.1 Falta de acceso de las sobrevivientes a los refugios	<p>Crear un directorio de refugios y los servicios que ofrecen</p> <p>Revisar el uso del término “refugio”</p>

#### 1.1 Falta de acceso de las sobrevivientes a los refugios

Más allá de la falta de disponibilidad, es posible que las sobrevivientes no se deriven a sí mismas a los refugios o no actúen sobre las derivaciones que reciben por los siguientes motivos:

- **Falta de información.** Los prestadores de servicios en El Salvador y Honduras identificaron la falta de información sobre la disponibilidad de servicios de refugio como un factor limitante para que las mujeres se auto deriven a los refugios. Esta falta de información puede extenderse a los tipos de servicios que proveen,

<sup>14</sup> En los países desarrollados, puede haber una variedad de diferentes tipos de refugios: centros de emergencia que ofrecen viviendas a corto plazo; viviendas de emergencia de primera etapa, también conocidas como viviendas de transición, que ofrecen viviendas de corto o mediano plazo; viviendas de segunda etapa que ofrecen viviendas a largo plazo con apoyo y otros servicios de referencia; y redes domésticas seguras, que son redes de casas privadas en áreas remotas o rurales donde no hay refugios (ver Beattie y Hutchins, 2014). Sin embargo, los países en desarrollo suelen contar con sólo uno o dos tipos de servicios de refugio.

o incluso al objetivo final de los refugios, que es empoderar a las mujeres a vivir una vida sin violencia, en lugar de protegerlas temporalmente de la violencia.

- **Desafíos económicos y logísticos.** Entrar a un refugio puede conllevar una serie de dificultades económicas y logísticas para las sobrevivientes. Por ejemplo, los refugios pueden estar lejos de los lugares de trabajo y redes de apoyo de las sobrevivientes. Además, puede que no se les permita a los dependientes de las sobrevivientes residir en el refugio, especialmente sus padres e hijos mayores, lo que significa que las sobrevivientes necesitarían coordinar el cuidado de aquellos. Si se les permite traer a sus hijos, el refugio puede estar lejos de la escuela o de las guarderías.
- **Aversión a la incertidumbre.** Las sobrevivientes de la VPI pueden desconfiar de la capacidad de los refugios provistos por el sector público para protegerlas del agresor, en particular de los hombres violentos vinculados a pandillas o al crimen organizado.<sup>15</sup> Incluso pueden preferir saber la probabilidad de violencia de permanecer en su vivienda actual y cómo enfrentarla, en comparación con no saber la probabilidad de violencia de entrar en un refugio y sus consecuencias.
- **La heurística de la disponibilidad.** Las sobrevivientes pueden subestimar el riesgo que enfrentan al permanecer en su vivienda actual (Fugate, Landis, Riordan, Naureckas y Engel, 2005). Es posible que no conozcan personalmente a nadie que haya sufrido violencia física grave o haya sido asesinada por un abusador, o que tal evento no haya ocurrido recientemente.

- **Estigma.** Las sobrevivientes que buscan albergarse en refugios pueden creer que están violando las normas sociales (por ejemplo, la cohesión familiar). La expectativa de este estigma social puede impedir que busquen ayuda y hagan uso de estos servicios.

## Intervenciones de comportamiento



### Crear un directorio de refugios y los servicios que ofrecen.

Proporcionar a las sobrevivientes un directorio de refugios que sea fácil de usar y que contenga información estandarizada sobre los servicios disponibles podría ayudarles a superar las barreras logísticas y de limitaciones en el conocimiento para que puedan acceder a ellos. El incluir una experiencia o escenario típico del usuario para las sobrevivientes que ingresan, permanecen y salen de un refugio podría reducir la aversión a la incertidumbre.



### Revisar el uso del término “refugio”.

En lugar de “refugio”, podría emplearse una palabra más empoderadora, que lo caracterice como un paso de transición hacia una vida libre de violencia. El nuevo término debe garantizar que el estigma asociado con la palabra “refugio” (fracaso, incapacidad de protegerse a sí misma) sea reemplazado por una asociación a un cambio positivo y al empoderamiento que proporcione una descripción más precisa del objetivo a largo plazo de los refugios. Según una clasificación de los 100 mejores refugios y programas contra la violencia doméstica en los Estados Unidos, los cuatro programas principales que ofrecen servicios de refugio no mencionan el refugio; sus nombres son “*Project Woman*” (Proyecto Mujer), “*Safe Center*” (Centro Seguro), “*What is Your Voice*” (Cuál es Tu Voz) y “*Rise*” (Elevarse).<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Algunas mujeres en los países de América Central consideran que el sistema de refugio está “comprometido” (“el sistema está infiltrado”). Ha habido al menos un caso de corrupción en el sistema de justicia penal de Honduras que condujo a que se divulgara la ubicación de una mujer y su refugio a su abusador, quien luego llegó al refugio con un grupo de hombres enmascarados y la retiró físicamente de ahí. Al mismo tiempo, se percibe que los nuevos tipos de violencia, como el tráfico y las amenazas de los hombres involucrados en el tráfico de drogas, conducen a un aumento general de la demanda de servicios de refugio.

<sup>16</sup> Consulte [domesticshelters.org](https://www.domesticshelters.org), “Lista de los mejores refugios y programas contra la violencia doméstica”. <https://www.domesticshelters.org/domestic-violence-reports-and-rankings/best-domestic-violence-programs>. Consultado el 21 de enero de 2019.



## RESPUESTA

### 2. Llegada y servicios utilizados en el refugio

Ya sea que las sobrevivientes sean referidas a los refugios por otros prestadores de servicios o se auto deriven, cuando llegan a un refugio, generalmente se enfrentan a una de tres situaciones:

- I. No hay espacio disponible. En toda la región, hay una cantidad limitada de camas en los refugios en comparación con la alta prevalencia de violencia grave. Las estimaciones del exceso de demanda de espacio en los refugios oscilaron entre 40 por ciento en Honduras y 60-70 por ciento en El Salvador, según nuestras entrevistas con informantes expertos.<sup>17</sup>
- II. Si hay espacio disponible, el personal del refugio administra un cuestionario de admisión para determinar si una sobreviviente es apta para los servicios del refugio, el historial de violencia de la sobreviviente y su riesgo futuro. En la mayoría de los casos, a las sobrevivientes se les ofrece el ingreso y deciden quedarse en el refugio. Cabe señalar que denunciar la violencia a las autoridades pertinentes no es una condición para el ingreso.
- III. En algunos casos, se le niega el ingreso a una sobreviviente por otras razones que la falta de espacio disponible. Las razones más frecuentes para que se le niegue el ingreso a una sobreviviente son porque su edad está fuera del rango permitido (pueden ser demasiado jóvenes para ser admitidas) o debido a drogadicción o alcoholismo.

Una vez admitidas en el refugio, las sobrevivientes deben acceder a seguir un código de conducta. Este código de conducta puede variar significativamente según el refugio y, a veces, puede ser bastante restrictivo (por ejemplo, no mantener contacto con el mundo exterior, entregar el teléfono móvil). Con frecuencia incluye reglas sobre el uso del espacio

compartido, cómo se debe tratar a los niños (por ejemplo, sin castigo corporal) y estar de acuerdo con participar en las actividades y programas del refugio.

A las sobrevivientes también se les presenta una gama de servicios más allá del alojamiento y las comidas, que incluyen: asesoría legal, capacitación empresarial o laboral, servicios médicos básicos, educación sobre los derechos de las mujeres, orientación individual y grupal, planificación de la seguridad, organización de la escolarización de los niños y, a veces, apoyo para la vivienda futura (Castillo-Ruiz, 2001; Macy, Giattina, Sangster, Crosby y Montijo, 2009; Sullivan, 2011). En El Salvador y Honduras, existe una gama más amplia de servicios en refugios administrados por ONG en comparación con los administrados por los gobiernos municipales.

### Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
2.1 Las sobrevivientes no eligen los servicios más adecuados	Simplificar la elección de servicios Asignar a las sobrevivientes a los servicios esenciales por defecto

#### 2.1 Las sobrevivientes no eligen los servicios más adecuados

Existe evidencia limitada sobre si los servicios prestados por los refugios en toda la región satisfacen las necesidades de las sobrevivientes (Lyon, Lane y Menard, 2008) reunió dichos datos para los EE.UU. a través de una encuesta a mujeres que residen en 215 albergues en ocho estados de EE.UU. Se les pidió a las mujeres que identificaran sus necesidades principales, que van desde “seguridad para mí” y “apoyo emocional” hasta “dejar mi relación” y “presupuestar y manejar mi dinero”, y si su estadía en un refugio ayudó a satisfacer sus necesidades. Para cada una de las 27 necesidades identificadas, al menos el 75 por ciento de las encuestadas dijo que se había cumplido algunas de

<sup>17</sup> No existen datos formales sobre el porcentaje de sobrevivientes de violencia en los países latinoamericanos cuyo ingreso a un refugio ha sido rechazado porque no hay espacio disponible. En los EE.UU., las estimaciones del porcentaje de mujeres rechazadas oscilan entre el 3,5% ([DomesticShelters.org](http://DomesticShelters.org), 2018) hasta el 14,5% ([thinkrprogress.org](http://thinkrprogress.org), 2018).

sus necesidades, y al menos el 50 por ciento dijo que se habían cumplido todas sus necesidades.<sup>18</sup> Suponiendo que las estadísticas sean similares para ALC, si una gran proporción de mujeres no tienen sus necesidades cubiertas, una pregunta importante es si los refugios apoyan a las mujeres para que identifiquen y elijan servicios de manera óptima.

Las siguientes barreras pueden impedir que las sobrevivientes accedan a los servicios que más necesitan:

- **Sobrecarga de opciones.** La amplia gama de servicios ofrecidos, combinada con un modelo de práctica definido por la sobreviviente, puede resultar en una sobrecarga de opciones para las sobrevivientes. Es posible que se sientan abrumadas por la cantidad de opciones que tienen disponibles, lo que puede llevarlas a tomar peores decisiones y estar menos satisfechas con las decisiones tomadas que si hubiera un número menor de alternativas disponibles (Iyengar y Lepper, 2000).
- **Aversión al arrepentimiento.** Para evitar culparnos por resultados decepcionantes, a menudo reaccionamos de manera exagerada (ya sea comportándonos de manera extremadamente conservadora o exhibiendo un comportamiento de rebaño) cuando nos enfrentamos a la incertidumbre. Si las sobrevivientes no están familiarizadas con los tipos de servicios que se ofrecen y lo que se espera de ellas como participantes, pueden elegir sub-óptimamente para evitar el arrepentimiento futuro.

## Intervenciones de comportamiento



### Simplificar la elección de servicios.

Las ayudas para la toma de decisiones, como las “reglas de oro” o los “árboles de decisión”, que permiten a las mujeres tomar decisiones informadas rápidas respecto a los servicios a los que deben acceder, pueden conducir a mejores resultados (Schoar y Datta, 2014).



### Asignar a las sobrevivientes a los servicios esenciales por defecto.

Si hay servicios que el personal de los refugios considera más importantes para la gran mayoría de las mujeres, estos deberían convertirse en la opción por defecto, para reducir las posibilidades de que las mujeres se sientan abrumadas por las opciones o tomen decisiones basadas en el arrepentimiento esperado. Cuando sea posible, los prestadores de estos servicios más importantes podrían ofrecerlos dentro del refugio o mediante un enlace de video, para que las mujeres no tengan que abandonar un entorno en el que hayan comenzado a sentirse seguras. Estos servicios también podrían ofrecerse en los intervalos de tiempo más deseables.



## MANTENIMIENTO

### 3. Salida del refugio y seguimiento

La duración de las estadías de las sobrevivientes en los refugios varía significativamente tanto en los diferentes tipos de refugios como en los distintos países. Algunos refugios de emergencia tienen una estadía máxima de un sólo día (que puede extenderse ocasionalmente si es imposible acomodar a la sobreviviente en una vivienda alternativa), mientras que otros permiten estadías de varios meses o más.

Si el personal del refugio y la sobreviviente acuerdan que es hora de irse, la sobreviviente generalmente producirá un plan de vida antes de irse, que identificará una serie de acciones que realizará para alcanzar sus metas de vida. En Honduras, aproximadamente el 70 por ciento de las residentes del refugio se van en un momento acordado mutuamente.

En algunos casos, una sobreviviente puede abandonar el refugio antes de que el personal considere que es el momento adecuado para hacerlo, ya sea porque alcanzó la duración máxima de la estadía o porque “abandonó”.

Los refugios pueden o no hacer un seguimiento de las “graduadas”, dependiendo de las limitaciones de

<sup>18</sup> Las tres necesidades más comunes identificadas fueron la seguridad para mí, la búsqueda de viviendas asequibles y aprender acerca de mis opciones y elecciones.

capacidad. En Honduras y El Salvador, se describió que el seguimiento ocurría con poca frecuencia. Consulte la discusión relevante en el Capítulo 3, Sección 3, sobre cómo estimular el seguimiento por los servicios de salud.

## Comportamientos de interés e intervenciones propuestas

Comportamiento de interés	Ideas de intervención para superar el comportamiento de interés
3.1 Las sobrevivientes abandonan los refugios antes de que estén preparadas para hacerlo	<p>Reformular las reglas para que sean más acogedores y menos alienantes</p> <p>Dar privilegios adicionales a las sobrevivientes a medida que aumenta la duración de su estadía</p> <p>Reforzar el apoyo social de mentores, amigos y familiares</p> <p>Facilitar el acceso a recursos financieros</p>

### 3.1 Las sobrevivientes abandonan los refugios antes de que estén preparadas para hacerlo

Existe evidencia de que las sobrevivientes en refugios subestiman sistemáticamente la probabilidad de regresar con su abusador (Griffing et al., 2002). Esto ocurre por una amplia gama de razones, entre ellas: miedo a las represalias; porque piensan que es mejor para los niños; falta de autoestima; culpa y deseo de ayudar a su pareja; dependencia económica; el estigma asociado a la disolución de un matrimonio o relación; satisfacción con la relación más allá de los episodios de violencia; u optimismo (a menudo mal enfocado) de que su pareja va a cambiar. Muchas de estas cuestiones se tratan en capítulos anteriores; El enfoque aquí, por lo tanto, es sobre razones alternativas para que las sobrevivientes abandonen los refugios antes de que estén listas para hacerlo.

Los factores que reducen la duración de la estadía de las sobrevivientes en refugios incluyen:

- **Reglas opresivas.** Las sobrevivientes pueden no sentirse satisfechas con las reglas del refugio

que rigen su comportamiento. Según un estudio llevado a cabo en las residentes de refugios en EE.UU., los reclamos más comunes respecto a las reglas de los refugios fueron: límites de tiempo para la estadía en el refugio; toques de queda; disciplina y supervisión de los niños; y las tareas que se esperan de las residentes del refugio (Lyon et al., 2008). Los prestadores de servicios en El Salvador y Honduras no consideraron que las reglas restrictivas sean un desincentivo para que las mujeres ingresen a los refugios. Sin embargo, tales reglas pueden tener consecuencias negativas para el proceso de recuperación de las sobrevivientes, ya que exacerbaban la angustia emocional y el aislamiento social, lo que las induce a abandonar los refugios antes de tiempo. (Glenn y Goodman, 2015; Haj-Yahia y Cohen, 2009; Sullivan y Gillum, 2001).

- **Presión financiera.** Las sobrevivientes pueden abandonar los refugios prematuramente porque necesitan ingresos para mantener a su familia, y pueden no poder trabajar tantas horas (o nada) mientras residen en un refugio como podrían hacerlo mientras están afuera. Se debe considerar que aunque es probable que las sobrevivientes tengan a sus hijos más pequeños junto a ellas en los refugios, aún hay gastos de los niños, como las cuotas escolares, que se mantienen mientras la sobreviviente esté en el refugio. Además, otros miembros de la familia, que no residen en el refugio con la sobreviviente, pueden depender económicamente de ella.
- **Sesgo del presente.** Las sobrevivientes pueden atribuir menos importancia a las ganancias futuras que se podrían obtener al permanecer en el refugio que a los desafíos actuales, como las reglas opresivas y la presión financiera.
- **Autoeficacia.** Las sobrevivientes pueden sufrir de baja autoeficacia y autoestima, careciendo de confianza en su propia capacidad para alcanzar objetivos y completar tareas. Estar aisladas de sus familiares y su comunidad también podría agravar estos sentimientos de impotencia.

## Intervenciones de comportamiento



**Reformular las reglas para que sean más acogedoras y menos alienantes.** Además de simplificar las reglas, los refugios podrían cambiar la forma en que se escriben y publican las reglas, centrándose en los mensajes positivos en lugar de los de “comando y control”. El término “reglas”, que suena controlador y represivo, también podría replantearse como “expectativas” o “pautas”.



**Dar privilegios adicionales a las sobrevivientes a medida que aumenta la duración de su estadía.** Las frustraciones de las sobrevivientes con las reglas pueden aumentar con el tiempo. Una forma de contrarrestar esto podría ser reducir el número de reglas que las residentes deben obedecer según el tiempo que pasan en el refugio. Por ejemplo, después de tres semanas en un refugio, se podría permitir el uso del teléfono o relajar el toque de queda.<sup>19</sup>

En los refugios destinados a alojamientos más a largo plazo, las propias residentes podrían participar en el proceso de decidir cuáles reglas se mantienen y cuáles no, cómo se supervisarán y aplicarán las reglas, y cuáles serían los castigos por no cumplirlas. Aumentar el sentido de justicia procedimental podría llevar a un mayor cumplimiento y satisfacción con las reglas (Gover, Brank y MacDonald, 2007) y contribuir a aliviar la sensación de impotencia asociada a residir en un refugio.



**Reforzar el apoyo social de mentores, amigos y familiares.** Es más probable que respondamos al estímulo de las personas con las que nos identificamos. Se les puede pedir a las antiguas residentes del refugio y a amigos o familiares que sean un apoyo para mantener a las residentes motivadas para permanecer en el refugio.

Se podría emplear a las antiguas residentes como mentores para que comuniquen lo mucho que les ayudaron los servicios del refugio y por qué es importante completar los cursos en lugar de retirarse prematuramente. Si el refugio permite teléfonos, se les podría entregar ejemplos de mensajes de textos de apoyo a los amigos y familiares que podrían enviar a las sobrevivientes, para contrarrestar su sentimiento de aislamiento o separación de su comunidad (Sullivan y Gillum, 2001).<sup>20</sup>



**Facilitar el acceso a recursos financieros.** Después de un período inicial, durante el cual a las sobrevivientes no se les permite salir del refugio para garantizar su seguridad física, los refugios podrían facilitar actividades económicas que generen ingresos para las sobrevivientes. Podrían hacer esto proporcionando guarderías para los niños mientras las sobrevivientes trabajan o conectando directamente a las sobrevivientes con oportunidades laborales.

<sup>19</sup> Cualquier intervención consideraría cuidadosamente cualquier posible riesgo a la protección de las sobrevivientes antes de implementarse.

<sup>20</sup> El trabajo reciente del Behavioral Insights Team ha confirmado la importancia de las fuentes de apoyo social y los mentores. En un estudio, se invitó a los estudiantes a nombrar a un “patrocinador del estudio”: un padre, hermano mayor, mentor o amigo, quien recibiría mensajes de texto regulares. Estos mensajes de texto recordaban a los “patrocinadores” a hablar regularmente con el estudiante sobre sus estudios. Los resultados mostraron que los estudiantes con patrocinadores de estudio tuvieron tasas de asistencia 7 por ciento más altas y un rendimiento 27 por ciento más alto. Otro estudio de Behavioral Insights descubrió que los estudiantes de escuelas de bajo rendimiento que recibieron una carta de un modelo a seguir que los alentaba a postularse a la universidad tenían un 34 por ciento más de probabilidades de hacerlo.

Ver <https://www.bi.team/blogs/helping-everyone-reach-their-potential-new-education-results/>

## **OBSERVACIONES FINALES**

Los refugios brindan alojamiento temporal que es clave para permitir a las sobrevivientes abandonar relaciones abusivas y garantizar su seguridad física. Las intervenciones propuestas aquí tienen como objetivo facilitar el acceso de las sobrevivientes a los refugios y garantizar que los servicios que se brindan en estos respondan a las necesidades de las sobrevivientes.

Enmarcar los refugios de manera tal que resalten

sus beneficios y se busque superar el estigma asociado a ellos podría aumentar su uso. Una vez que las sobrevivientes han accedido a los refugios, las intervenciones que buscan contrarrestar el sesgo actual y aprovechar el apoyo social podrían ser claves para asegurar que se satisfagan las necesidades de las sobrevivientes y que salgan en el momento adecuado, en las mejores condiciones posibles para continuar su proceso de recuperación.



# CONCLUSIÓN

## CONCLUSIÓN

Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales han utilizado las ciencias del comportamiento para prestar servicios más efectivos a los ciudadanos en una amplia gama de áreas de políticas (BIT, 2016; OECD, 2017). Este informe ha intentado mostrar cómo una comprensión más realista y matizada del comportamiento humano también podría mejorar la calidad de vida de las sobrevivientes de VPI.

A lo largo de este informe, hemos identificado algunas de las barreras que obstaculizan la utilización y la prestación efectiva de servicios de VPI en ALC, informados por nuestras entrevistas con profesionales de la región. Estos incluyen sesgos de comportamiento y barreras estructurales, que reconocemos que no son exhaustivos ni aplicables en todos los casos. Sin embargo, esperamos que al resaltar una amplia gama de barreras en las tres etapas clave de la ruta de una sobreviviente: Búsqueda, Respuesta y Mantenimiento, promoveremos que los prestadores de servicios analicen más detenidamente sus propios servicios para comprender dónde se dejan de satisfacer las necesidades de las sobrevivientes.

Proponemos intervenciones basadas en las ciencias del comportamiento para abordar las barreras que identificamos, focalizadas tanto en las sobrevivientes como en los prestadores de servicios. Es importante recordar que todos somos susceptibles a los sesgos de comportamiento, pero que la medida en que nos dirigen a tomar malas decisiones depende del diseño de nuestro entorno. En este informe hemos tratado de proporcionar ejemplos de intervenciones

que son de bajo costo y relativamente fáciles de implementar. Aunque muchas en número, estas ideas no representan los límites de lo posible. Más bien, esperamos que contagien la emoción entre los prestadores de servicios sobre el poder que tienen para innovar y realizar pequeños cambios en su entorno de servicio que podrían transformar las vidas de las sobrevivientes.

### ¿Cuál es el mensaje que los lectores deben rescatar de este informe?

Se puede aplicar sistemáticamente una lente de comportamiento a un conjunto diverso de servicios, en todas sus etapas, para mejorar los resultados para las sobrevivientes de VPI. Hay temáticas clave que surgen a lo largo del informe que creemos que deben priorizarse. Estos son:



**BÚSQUEDA:** Brindar claridad a las sobrevivientes sobre los procesos para superar la aversión a la incertidumbre, la cual puede reducir su disposición a utilizar los servicios.



**RESPUESTA:** Equipar a los prestadores de servicio con ayudas para la toma de decisiones para superar la fatiga de decisión y mejorar la calidad de su respuesta ante la VPI.



**MANTENIMIENTO:** Construir apoyo para las sobrevivientes en los puntos del proceso en que sea posible, para superar su baja autoeficacia y fomentar su motivación para mantener un compromiso a largo plazo con los servicios.



## BÚSQUEDA



## RESPUESTA



## MANTENIMIENTO

Comportamiento de interés		
Las sobrevivientes pueden dejar de utilizar servicios debido a la incertidumbre sobre el proceso que se avecina, incluyendo el temor a represalias por parte del agresor y al estigma	Es posible que los proveedores no identifiquen las mejores opciones para las sobrevivientes después de tomar muchas decisiones dentro de un turno	Las sobrevivientes no pueden mantener el compromiso con los servicios debido a la interrupción que esto causa en sus vidas
Barreras de comportamiento		
Aversión a la incertidumbre	Agotamiento profesional y fatiga de decisión	Baja autoeficacia
Ejemplo de intervención		
Entregar claridad desde un inicio a las sobrevivientes sobre los pasos necesarios para acceder a un servicio y usar interfaces tecnológicas para aumentar la confidencialidad cuando se les pregunta información sensible.	Presentar ayudas para la toma de decisiones, tales como “reglas de oro”, “árboles de decisiones”, protocolos y procesos automatizados para ayudar a los prestadores de servicios a responder adecuadamente cuando no tienen la capacidad mental para pensar en la envergadura completa de un problema.	Incluir oportunidades para que las sobrevivientes reciban apoyo, estímulos y refuerzo positivo de parte de sus pares y de los prestadores de servicios, con el fin de reforzar la autoeficacia.

### Próximos pasos para que los formuladores de políticas y los profesionales generen evidencia

Existen numerosas oportunidades para aplicar las ciencias del comportamiento a los servicios de VPI, sin embargo, la evidencia sobre qué funciona sigue siendo escasa. Gran parte de la investigación existente se centra en mejorar el comportamiento de las sobrevivientes, sin embargo, existe un gran potencial para centrar más investigaciones en mejorar el comportamiento de los prestadores de servicios. Además, a pesar de las intervenciones prometedoras (Steel, Blakeborough y Nicholas, 2011), hay una escasez de evidencia sobre cómo coordinar mejor los servicios entre los órganos que los brindan.

Como se indica en la introducción de este informe, si bien algunas de las intervenciones que hemos propuesto ya se han probado en el contexto de los servicios de VPI, muchas otras no han sido probadas. En cualquier caso, para llevar estas ideas a la práctica, deben evaluarse rigurosamente dentro de las condiciones locales donde se implementan, ya que los pequeños detalles pueden tener una gran influencia en la efectividad. En un dominio de acción de los poderes públicos donde los riesgos para las mujeres son muy altos, es fundamental contar con evidencia rigurosa sobre el impacto de la acción del gobierno en el bienestar de las sobrevivientes. Esperamos colaborar con los gobiernos de la región para evaluar rigurosamente intervenciones para mejorar los servicios contra la VPI.



Es importante tener en cuenta que las limitaciones de datos representan una barrera generalizada para desarrollar políticas basadas en evidencia en este área. Si bien sabemos mucho más que hace una década sobre la prevalencia de la VPI en ALC, se sabe mucho menos sobre el uso, la calidad y el impacto de los servicios que se brindan a las mujeres sobrevivientes. Las prioridades aquí incluyen el desarrollo de sistemas de monitoreo e información que capturan el uso de servicios por parte de las mujeres (y, en el mejor de los casos, abarcan dar información a los prestadores sobre la calidad de

los servicios recibidos, y sistemas de recolección de datos de que registren el impacto a largo plazo de la prestación de servicios sobre las mujeres.

Garantizar el derecho de las mujeres a una vida sin violencia no es sólo un compromiso que los países de la región han contraído en virtud del derecho internacional;<sup>21</sup> también es una obligación moral. Este informe tiene como objetivo ayudar a los gobiernos de ALC a mejorar el cumplimiento con esta responsabilidad.

---

21 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belem do Para”) (1994). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW (1979) y Protocolo Facultativo de la Convención (1999).

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

**Aizer, & Dal Bó.** (2009). *Love, hate and murder: Commitment devices in violent relationships*. *Journal of Public Economics*, 93(3), 412-428.

<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2008.09.011>

**Álvarez, L., & Pernía, L.** (2007). *Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe*. *MedUNAB*, 10(1).

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed>

**Amaya, S.** (2015). *Órdenes de restricción: los especialistas explican por qué falla la protección a la mujer y cómo se podría mejorar*. *La Nación*. Retrieved from <http://www.lanacion.com.ar/1814875-ordenes-de-restriccion-los-especialistas-explican-por-que-falla-la-proteccion-a-la-mujer-y-como-se-podria-mejorar>

**Anderson, J. M., Kling, J. R., & Stith, K.** (1999). *Measuring Interjudge Sentencing Disparity: Before and after the Federal Sentencing Guidelines*. *The Journal of Law and Economics*, 42(S1), 271-308.

<https://doi.org/10.1086/467426>

**Ansara, D. L., & Hindin, M. J.** (2010). *Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada*. *Social Science & Medicine* (1982), 70(7), 1011-1018. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009>

**Aparicio, V., Saxena, S., & Rodríguez, J.** (2009). *Evaluación de los Sistemas de Salud Mental*

*en Centroamérica y la República Dominicana*.

In J. J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar-Gaxiola, & Organización Panamericana de la Salud, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 289-299). Washington, D.C.: OPS.

**Bandura, A.** (1994). *Self-efficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-82). New York: Academic Press.

**Barrow-Grint, K.** (2016). *Attrition Rates in Domestic Abuse: Time for a Change? An Application of Temporal Sequencing Theory.*, 10(3), 250-263.

**Battaglia, T. A., Finley, E., & Liebschutz, J. M.** (2003). *Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out*. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 617-623. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21013.x>

**BBC.** (2016). *#NiUnaMenos: miles de mujeres se toman las calles de América Latina para exigir el fin de la violencia de género*. BBC. Retrieved from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-37711297>

**Belizan, M., Meier, A., Althabe, F., Codazzi, A., Colomar, M., Buekens, P., Belizan, J., Walsh, J. and Campbell, M.K.** (2006). *Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study*. *Health Education Research*, 22(6), 839-853. <https://doi.org/10.1093/her/cym012>

- Bond, C. E. W., & Jeffries, S.** (2014). *Similar Punishment? Comparing Sentencing Outcomes in Domestic and Non-Domestic Violence Cases*. *The British Journal of Criminology*, 54(5), 849–872. <https://doi.org/10.1093/bjc/azu034>
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M., & Mendoza, J. A.** (2014). *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Organización Panamericana de la Salud. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.
- Brockner, J.** (2002). *Making Sense of Procedural Fairness: How High Procedural Fairness Can Reduce or Heighten the Influence of Outcome Favorability*. *The Academy of Management Review*, 27(1), 58–76. <https://doi.org/10.2307/4134369>
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A.** (2010). *Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study*. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129–140. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x>
- Campbell, R., & Raja, S.** (1999). *Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence*. (Statistical Data Included). *Violence and Victims*, 14(3), 261–275.
- Castillo-Ruiz, P.** (2001). *Violencia doméstica: Intervenciones para su prevención y tratamiento: 5: Refugios para mujeres en situación de violencia doméstica*. Retrieved from <http://publications.iadb.org/handle/11319/639>
- Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M., Scholle, S. H.** (2005). *Health care interventions for intimate partner violence: What women want*. *Women's Health Issues*, 15(1), 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2004.08.007>
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E.** (2002). *Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health*. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(5), 465–476. <https://doi.org/10.1089/15246090260137644>
- CONATEL.** (2016). *Numero-Emergencia-Nacional-Codigo-911.pdf*. Retrieved from <http://www.conatel.gob.hn/wp-content/uploads/2016/02/Numero-Emergencia-Nacional-Codigo-911.pdf>
- Cooper, L. B., Paluck, E. L., & Fletcher, E. K.** (2013). *Reducing Gender-Based Violence*. In *The SAGE Handbook of Gender and Psychology* (pp. 359–377). 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP: SAGE Publications, Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446269930.n22>
- Covert, B.** (2016, March 1). *Thousands of Domestic Violence Victims Who Seek Help Are Turned Away Every Day* (Blog). ThinkProgress. Retrieved from <https://thinkprogress.org/thousands-of-domestic-violence-victims-who-seek-help-are-turned-away-every-day-7a513d1e9eb2/>
- CPS** (Crown Prosecution Services). (2014). *Consultation Paper*. The Prosecution of Domestic Violence Cases.
- Dawson, M.** (2003). *The Cost of 'Lost' Intimacy The Effect of Relationship State on Criminal Justice Decision Making*. *The British Journal of Criminology*, 43(4), 689–709. <https://doi.org/10.1093/bjc/43.4.689>
- Dawson, M.** (2006). *Intimacy and Violence: Exploring the Role of Victim-Defendant Relationship in Criminal Law*. *The Journal of Criminal Law and Criminology* (1973-), 96(4), 1417–1449.
- Dawson, M.** (2016). *Punishing femicide: Criminal justice responses to the killing of women over four decades*. *Current Sociology*, 64(7), 996–1016. <https://doi.org/10.1177/0011392115611192>
- DeFilippo and Rodrigues** (2017, November 7). *Changing teachers' attitudes toward corporal punishment* (Blog). Retrieved from <https://www.bi.team/blogs/encouraging-empathy-sharing-science-or-raising-awareness-of-rights/>
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S.** (2013). *Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature* [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>

**DomesticShelters.org.** (2018). *People turned away by domestic violence shelters*. Retrieved from <https://www.domesticshelters.org/domestic-violence-reports-and-rankings/people-turned-away-by-domestic-violence-shelters-by-state>

**Donnelly, N., & Poynton, S.** (2015). *Prison Penalties for Serious Domestic and Non-domestic Assault*. NSW Bureau of Crime Statistics and Research.

**Donovan, C., & Hester, M.** (2010). *'I hate the word "victim"': An exploration of recognition of domestic violence in same sex relationships*. *Social Policy and Society*, 9(2), 279-289. - Google Search. (n.d.). Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Catherine\\_Donovan/publication/231924313\\_%27I\\_Hate\\_the\\_Word\\_Victim%27\\_An\\_Exploration\\_of\\_Recognition\\_of\\_Domestic\\_Violence\\_in\\_Same\\_Sex\\_Relationships/links/5523c3fd0cf27b5dc3796ddd.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Catherine_Donovan/publication/231924313_%27I_Hate_the_Word_Victim%27_An_Exploration_of_Recognition_of_Domestic_Violence_in_Same_Sex_Relationships/links/5523c3fd0cf27b5dc3796ddd.pdf)

**Dugan, L., Nagin, D. S., & Rosenfeld, R.** (2003). *Exposure Reduction or Retaliation? The Effects of Domestic Violence Resources on Intimate-Partner Homicide*. *Law & Society Review*, 37(1), 169-198. <https://doi.org/10.1111/1540-5893.3701005>

**Durantini, M. R., Albarracin, D., Mitchell, A. L., Earl, A. N., & Gillette, J. C.** (2006). *Conceptualizing the Influence of Social Agents of Behavior Change: A Meta-Analysis of the Effectiveness of HIV-Prevention Interventionists for Different Groups*. *Psychological Bulletin*, 132(2), 212-248. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.212>

**Dweck, C. S.** (2006). *Mindset: The New Psychology of Success*. Random House.

**Dweck, C. S.** (2012). *Mindsets and human nature: Promoting change in the Middle East, the schoolyard, the racial divide, and willpower*. *American Psychologist*, 67(8), 614-622. <https://doi.org/10.1037/a0029783>

**El Heraldo.** (2014). *Gobierno de Honduras habilita la línea 911*. Retrieved, from <http://www.elheraldo.hn/sucesos/328395-219/gobierno-de-honduras-habilita-la-linea-911>

**El País.** (2017, June 22). *Las llamadas al 016 no dejarán rastro alguno en los móviles LG y Huawei*. Retrieved, from [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/06/22/smartphones/1498142079\\_236696.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/06/22/smartphones/1498142079_236696.html)

**Ellison, L.** (2002). *Prosecuting Domestic Violence without Victim Participation*. *The Modern Law Review*, 65(6), 834-858. <https://doi.org/10.1111/1468-2230.00412>

**Epstein, D.** (1999). *Effective Intervention in Domestic Violence Cases: Rethinking the Roles of Prosecutors, Judges, and the Court System*. *Yale Journal of Law and Feminism*, 11, 3-50.

**Essayag, S.** (2017). *From Commitment to Action: Policies to End Violence Against Women in Latin America and the Caribbean*. Regional Analysis Document. UNDP and UN Women. Panama: United Nations Development Programme and UN Women. Retrieved from [www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/Empoderamiento%20de%20la%20Mujer/UNDP-RBLAC-ReportVCMEnglish.pdf](http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/Empoderamiento%20de%20la%20Mujer/UNDP-RBLAC-ReportVCMEnglish.pdf).

**Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., ... Sharp, D.** (2011). *Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial*. *Lancet* (London, England), 378(9805), 1788-1795. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61179-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61179-3)

**Ford-Gilboe, M., Varcoe, C., Noh, M., Wuest, J., Hammerton, J., Alhalal, E., & Burnett, C.** (2015). *Patterns and Predictors of Service Use Among Women Who Have Separated from an Abusive Partner*. *Journal of Family Violence*, 30(4), 419-431. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9688-8>

**Fox, C. R., & Tversky, A.** (1995). *Ambiguity Aversion and Comparative Ignorance*. *The Quarterly Journal of Economics*, 110(3), 585-603. <https://doi.org/10.2307/2946693>

**Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S., & Engel, B.** (2005). *Barriers to Domestic Violence Help Seeking: Implications for Intervention*. *Violence Against Women*, 11(3), 290-310. <https://doi.org/10.1177/1077801204271959>

**García-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. H. Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team.** (2006). *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic*

violence. *Lancet* (London, England), 368(9543), 1260–1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)

**García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., Montoya, O., Bhate-Deosthali, P., Kilonzo, N., Watts, C.** (2015). *Addressing violence against women: a call to action*. *Lancet* (London, England), 385(9978), 1685–1695. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61830-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61830-4)

**Glenn, C., & Goodman, L.** (2015). *Living With and Within the Rules of Domestic Violence Shelters: A Qualitative Exploration of Residents' Experiences*. *Violence Against Women*, 21(12), 1481–1506. <https://doi.org/10.1177/1077801215596242>

**Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P.** (2006). *Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes*. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol 38 (Vol. 38, pp. 69–119). San Diego: Elsevier Academic Press Inc.

**Golman, R., Hagmann, D., & Loewenstein, G.** (2017). *Information avoidance*. *Journal of Economic Literature*, 55(1), 96–135.

**Goodman, L., Bennett, L., & Dutton, M. A.** (1999). Obstacles to Victims' Cooperation with the Criminal Prosecution of Their Abusers: The Role of Social Support. *Violence and Victims*, 14(4), 427–444.

**Gould, I. M., & Lawes, T.** (2016). *Antibiotic stewardship: prescribing social norms*. *The Lancet*, 387(10029), 1699–1701.

**Gover, A. R., Brank, E. M., & MacDonald, J. M.** (2007). *A Specialized Domestic Violence Court in South Carolina: An Example of Procedural Justice for Victims and Defendants*. *Violence Against Women*, 13(6), 603–626. <https://doi.org/10.1177/1077801207301553>

**Grant, A. M.** (2008). *The significance of task significance: Job performance effects, relational mechanisms, and boundary conditions*. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 108–124. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.108>

**Greenwald, A. G., & Krieger, L. H.** (2006). *Implicit Bias: Scientific Foundations Symposium on Behavioral Realism*. *California Law Review*, 94, 945–968.

**Griffing, S., Ragin, D. F., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E., & Primm, B. J.** (2002). *Domestic Violence Survivors' Self-Identified Reasons for Returning to Abusive Relationships*. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(3), 306–319. <https://doi.org/10.1177/0886260502017003005>

**Guedes, A., Bott, S., Güezmes, A., & Helzner, J. F.** (2002). *Gender-Based Violence, Human Rights, and the Health Sector: Lessons from Latin America*. *Health and Human Rights*, 6(1), 177–193. <https://doi.org/10.2307/4065320>

**Haj-Yahia, M. M., & Cohen, H. C.** (2009). *On the Lived Experience of Battered Women Residing in Shelters*. *Journal of Family Violence*, 24(2), 95–109. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9214-3>

**Hartley, C., & Frohmann, L.** (2003). *Cook County Target Abuser Call TAC: An evaluation of a specialized domestic violence court*. Revised Final Report. Grant Number 2000-WT-VX-0003 from the National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.

**HAI (Heartland Alliance International).** (2016). *Trauma of a Generation. The Urgent Need for Specialized Mental Health Solutions in Central America's Northern Triangle*. Retrieved from [https://www.heartlandalliance.org/wp-content/uploads/2016/01/Trauma-of-a-Generation\\_HAI-2016.09.pdf](https://www.heartlandalliance.org/wp-content/uploads/2016/01/Trauma-of-a-Generation_HAI-2016.09.pdf)

**Holm, M.** (2015). *Cultivating alternate mindsets to enhance organisational Well-being and creativity*. *International Journal of Business and Economic Development (IJBED)*. The Academy of Business and Retail Management (ABRM), 3(2).

**Hull, C. L.** (1932). *The goal-gradient hypothesis and maze learning*. *Psychological Review*, 39(1), 25–43. <https://doi.org/10.1037/h0072640>

**IACHR (Inter-American Commission on Human Rights).** (2007). *Access to Justice for Women Victims of Violence in the Americas*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 68. January 20. Washington, DC: General Secretariat, Organization of American States. Retrieved from [www.cidh.org/women/Access07/Report%20Access%20to%20Justice%20Report%20English%20020507.pdf](http://www.cidh.org/women/Access07/Report%20Access%20to%20Justice%20Report%20English%20020507.pdf).

**IDB.** (2016, November 1). *The 123 Mujer Hotline: Reducing Domestic Violence in Colombia* (Blog). Retrieved from [https://blogs.iadb.org/desarrolloefectivo\\_en/2016/11/01/the-123-mujer-hotline-colombia](https://blogs.iadb.org/desarrolloefectivo_en/2016/11/01/the-123-mujer-hotline-colombia)

**IMO (Instituto de la Mujer Oaxaqueña).** (2008). *Protocolo para la Atención en Trabajo Social de los Casos de Violencia de Género contra las Mujeres / Enclave Equidad Social y Transparencia* (Colección Instituto de la Mujer Oaxaqueña Ediciones: serie Buenas Prácticas). Retrieved from <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/Oaxaca/oax08.pdf>

**(INM) Instituto Nacional de las Mujeres.** (2015). *Informe Anual: Estadísticas Línea 144*. CNM – Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres. Retrieved from [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estadisticaslinea144\\_informeanual2015.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estadisticaslinea144_informeanual2015.pdf)

**ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer).** (2015). *Informe sobre el Estado y Situación de la Violencia contra las Mujeres en El Salvador*. Retrieved from [http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=137%3Ainformes-nacionales-de-violencia-contra-las-mujeres&download=851%3Aisdemu-presenta-informe-anual-sobre-el-estado-y-situacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-2015&Itemid=0&lang=es](http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=137%3Ainformes-nacionales-de-violencia-contra-las-mujeres&download=851%3Aisdemu-presenta-informe-anual-sobre-el-estado-y-situacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-2015&Itemid=0&lang=es)

**Iyengar, S. S., & Lepper, M. R.** (2000). *When choice is demotivating: Can one desire too much of a good thing?* *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 995–1006. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.6.995>

**Kahneman, D.** (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY, US: Farrar, Straus and Giroux.

**Keeling, J., & Fisher, C.** (2015). *Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence*. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), 2363–2378. <https://doi.org/10.1177/0886260514552449>

**Kelly, L., & Radford, J.** (1990). *"Nothing really happened": the invalidation of women's experiences of sexual violence*. *Critical Social Policy*, 10(30), 39–53. <https://doi.org/10.1177/026101839001003003>

**Kohn, R., Levav, I., Almeida, J.M.C.D., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena, S. and Saraceno, B.** (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229–240. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900002>

**Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B.** (2004). *The treatment gap in mental health care*. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862004001100011>

**Krug, E., Mercy, J., Dahlberg, L., & Zwi, A.** (2002). *The world report on violence and health*. *The Lancet*, 360(9339), 1083–1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)

**La Gaceta.** (2015). *Ley del Sistema Nacional de Emergencia 911*. Tegucigalpa, Honduras. Retrieved from <https://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session22/HN/SecondCycleMid-TermReportAnnex3.pdf>

**Larrauri Pijoan, E.** (2003). *¿Por qué retiran las mujeres maltratadas las denuncias?* *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (12), 0271–307.

**Levinson, J. D., & Young, D.** (2009). *Different Shades of Bias: Skin Tone, Implicit Racial Bias, and Judgments of Ambiguous Evidence*. *West Virginia Law Review*, 112, 307–350.

**Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S.** (2005). *A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence*. *American journal of community psychology*, 36(1-2), 71–84. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6233-6>

**Linos, Ruffini, & Wilcoxon.** (2018). *Understanding 911 Dispatcher Burnout: A Field Experiment*. Working Paper.

**Loewenstein, G.** (2005). *Hot-cold empathy gaps and medical decision making*. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(4S), S49–56. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.S49>

- Lyon, E., Lane, S., & Menard, A.** (2008). *Meeting Survivors' Needs: A Multi-State Study of Domestic Violence Shelter Experiences*, Final Report, National Institute of Justice, 146.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.A., Worster, A., Lent, B., Webb, M. and McMaster Violence Against Women Research Group** (2006). *Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial*. JAMA, 296(5), 530-536.  
<https://doi.org/10.1001/jama.296.5.530>
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M.H., Shannon, H.S., Ford-Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben, J.H., Campbell, J.C. and McNutt, L.A** (2009). *Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial*. JAMA, 302(5), 493-501.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.1089>
- Macy, R. J., Giattina, M., Sangster, T. H., Crosby, C., & Montijo, N. J.** (2009). *Domestic violence and sexual assault services: Inside the black box*. Aggression and Violent Behavior, 14(5), 359-373.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.06.002>
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.-L., Chang, Y.-K., & Mokhtar, I. A.** (2011). *Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers*. Journal of the Medical Library Association : JMLA, 99(3), 229-236. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.99.3.010>
- Malacalza, L.** (2016). *Informe 2015 Observatorio de Violencia de Género de la Defensora del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires: monitoreo de políticas públicas y violencia de género*. Retrieved from <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/bibliotecavirtual/publicaciones/informe-ovg-2014-2015/download/Informe-Anual-OVG-2014-2015-Monitoreo-de-Policas-Publicas-y-Violencia-de-Genero.pdf>
- Maslach, C.** (1982). *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P.** (2001). *Job burnout*. Annual review of psychology, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCleary-Sills, J., Crockett, C., & Cooper, B.** (2018). *Invisible Survivors: Causes and Consequences of Violence Against Older Women and Promising Solutions*. In S. Choudhury, J. T. Earausquin, & M. Withers (Eds.), *Global Perspectives on Women's Sexual and Reproductive Health Across the Lifecourse* (pp. 255-271). Cham: Springer International Publishing.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-60417-6\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-60417-6_15)
- Melendez, R. M., Hoffman, S., Exner, T., Leu, C.-S., & Ehrhardt, A. A.** (2003). *Intimate Partner Violence and Safer Sex Negotiation: Effects of a Gender-Specific Intervention*. Archives of Sexual Behavior, 32(6), 499-511. <https://doi.org/10.1023/A:1026081309709>
- MESECVI (Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará).** (2008). *Informe hemisférico del MESECVI-Primera ronda de evaluación y aprobado por el comité de expertos*. Caracas: Secretaría Técnica del MESECVI, Segunda Conferencia de Estados Partes.
- Ministerio de la Mujer.** (2016, Junio 7). *MUJERES DEBEN DENUNCIAR AGRESORES PARA SALVAR SUS VIDAS* (Blog). Ministerio de la Mujer. Retrieved from <http://mujer.gov.do/index.php/noticias/item/161-mujeres-deben-denunciar-agresores-para-salvar-sus-vidas>
- Moffat, J., Hinchliffe, R., Ironmonger, L., & Osborne, K.** (2016). *Identifying anticipated barriers to help-seeking to promote earlier diagnosis of cancer in Great Britain*. Public Health, 141, 120-125.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.08.012>
- Morrison, A., Ellsberg, M., & Bott, S.** (2004). *Addressing Gender-Based Violence in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Review of Interventions*. World Bank, Washington, DC. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10986/13997>
- Michailidis, E., & Banks, A. P.** (2016). *The relationship between burnout and risk-taking in workplace decision-making and decision-making style*. Work & Stress, 30(3), 278-292.  
<https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1213773>

**Miyake, A., Kost-Smith, L. E., Finkelstein, N. D., Pollock, S. J., Cohen, G. L., & Ito, T. A.** (2010). *Reducing the gender achievement gap in college science: A classroom study of values affirmation*. *Science*, 330(6008), 1234-1237.

<https://doi.org/10.1126/science.1195996>

**Nagin, D., & Telep, C.** (2017). *Procedural Justice and Legal Compliance*. *Annual Review of Law and Social Science*, 13, 1. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-110316-113310>

**NBC (National Broadcasting Company).** (2014, September 19). *Domestic Abuse: Online Chat Offers Survivors a Digital Lifeline*. Retrieved September 22, 2017, from <https://www.nbcnews.com/tech/internet/domestic-abuse-online-chat-offers-survivors-digital-lifeline-n204646>

**New South Wales Behavioral Insights Unit.** (2018). *The Behavioral Insights Unit Report April 2018*. Retrieved from [https://bi.dpc.nsw.gov.au/assets/dpc-nsw-gov-au/files/Behavioural-Insights-Unit/files/67b0800ebf/2018-Behavioural-Insights-Report.pdf?\\_ga=2.160244605.136606390.1552756697-985200484.1530376869](https://bi.dpc.nsw.gov.au/assets/dpc-nsw-gov-au/files/Behavioural-Insights-Unit/files/67b0800ebf/2018-Behavioural-Insights-Report.pdf?_ga=2.160244605.136606390.1552756697-985200484.1530376869)

**Nunes, J. C., & Drèze, X.** (2006). *The Endowed Progress Effect: How Artificial Advancement Increases Effort*. *Journal of Consumer Research*, 32(4), 504-512. <https://doi.org/10.1086/500480>

**Nyame, S., Howard, L. M., Feder, G., & Trevillion, K.** (2013). *A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence*. *Journal of Mental Health*, 22(6), 536-543. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.841871>

**O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G.** (2014). *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, 348, g2913. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2913>

**OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)** (2017), *Behavioural Insights and Public Policy: Lessons from Around the World*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270480-en>

**Orth, U.** (2002). *Secondary Victimization of Crime Victims by Criminal Proceedings*. *Social Justice Research*, 15(4), 313-325. <https://doi.org/10.1023/A:1021210323461>

**Overstreet, N. M., & Quinn, D. M.** (2013). *The Intimate Partner Violence Stigmatization Model and Barriers to Help-Seeking*. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 109-122. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746599>

**Özduran, A., & Tanova, C.** (2017). *Manager mindsets and employee organizational citizenship behaviours*. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 29(1), 589-606. <http://doi.org/10.1108/IJCHM-03-2016-0141>

**Paternoster, R., Bachman, R., Brame, R., & Sherman, L. W.** (1997). *Do Fair Procedures Matter - The Effect of Procedural Justice on Spouse Assault*. *Law & Society Review*, 31, 163-204.

**Sowards, K. A., O'Boyle, K., & Weissman, M.** (2006). *Inspiring Hope, Envisioning Alternatives: The Importance of Peer Role Models in a Mandated Treatment Program for Women*. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(4), 55-70. [https://doi.org/10.1300/J160v06n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J160v06n04_04)

**Próspero, M., & Vohra-Gupta, S.** (2008). *The Use of Mental Health Services Among Victims of Partner Violence on College Campuses*. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 16(4), 376-390. <https://doi.org/10.1080/10926770801926450>

**Richburg-Hayes, L., Anzelone, C., Dechausay, N., Datta, S., Fiorillo, A., Potok, L., Darling, M., Balz, J.** (2014). *Behavioral Economics and Social Policy Designing Innovative Solutions for Programs Supported by the Administration for Children and Families* (No. OPRE Report No. 2014-16a). Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from [http://www.mdrc.org/sites/default/files/bias\\_final\\_full\\_report\\_rev4\\_15\\_14.pdf](http://www.mdrc.org/sites/default/files/bias_final_full_report_rev4_15_14.pdf)

**Rincón Henao, D.** (2017). *"Ni una menos": el grito de las mujeres latinoamericanas*. *El Tiempo*. Retrieved from <https://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/ni-una-menos-marcha-en-latinoamerica-50943>



- Rioseco Ortega, L.** (2005). *Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo.
- Rivera, E. A., Sullivan, C. M., & Zeoli, A. M.** (2012). *Secondary Victimization of Abused Mothers by Family Court Mediators*. *Feminist Criminology*, 7(3), 234-252. <https://doi.org/10.1177/1557085111430827>
- Roa, M., Cabal, L., & Lemaitre, J.** (2001). *Cuerpo y derecho: legislación y jurisprudencia en América Latina*. Bogotá, Colombia: Editorial Temis SA.
- Robinson, A., & Cook, D.** (2006). *Understanding Victim Retraction in Cases of Domestic Violence: Specialist Courts, Government Policy, and Victim-Centred Justice*. *Contemporary Justice Review*, 9(2), 189-213. <https://doi.org/10.1080/10282580600785017>
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G., & Howard, L.** (2011). *Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study*. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198(3), 189-194. <https://doi.org/10.1192/bjpp.109.072389>
- Salles, A., Mueller, C. M., & Cohen, G. L.** (2016). *A values affirmation intervention to improve female residents' surgical performance*. *Journal of graduate medical education*, 8(3), 378-383. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00214.1>
- Sanz Fernández, J.** (2017). *Las llamadas al 016 no dejarán rastro alguno en los móviles LG y Huawei.* El País. June 22. Retrieved from [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/06/22/smartphones/1498142079\\_236696.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/06/22/smartphones/1498142079_236696.html)
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T.** (2017). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. London: Taylor and Francis.
- Schleider, J., & Weisz, J.** (2018). *A single-session growth mindset intervention for adolescent anxiety and depression: 9-month outcomes of a randomized trial*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(2), 160-170. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12811>
- Schoar, A., & Datta, S.** (2014). *The Power of Heuristics*. Ideas42. Retrieved from <http://www.ideas42.org/blog/new-white-paper-power-heuristics/>
- Service, O., Hallsworth, M., Halpern, D., Algate, F., Gallagher, R., Nguyen, S., Ruda, S., Sanders, M., Pelenur, M., Gyani, A., Harper, H., Reinhard, J., & Kirkman, E.** (2014). *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights*. London: The Behavioural Insights Team Ltd., in partnership with Cabinet Office and NESTA. Retrieved from [www.behaviouralinsights.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/BIT-Publication-EAST\\_FA\\_WEB.pdf](http://www.behaviouralinsights.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/BIT-Publication-EAST_FA_WEB.pdf).
- Sharot, T.** (2011). *The optimism bias*. *Current biology*, 21(23), R941-R945.
- Sherman, D. K., & Cohen, G. L.** (2006). *The Psychology of Self-defense: Self-Affirmation Theory*. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 183-242. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(06\)38004-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(06)38004-5)
- Sherman, L. W., Schmidt, J. D., Rogan, D. P., Smith, D. A., Gartin, P. R., Cohn, E. G., Collins, D. J., Bacich, A. R.** (1992). *The variable effects of arrest on criminal careers: the Milwaukee domestic violence experiment*. (Symposium on Domestic Violence). *Journal of Criminal Law and Criminology*, 83(1), 137-145.
- Sleath, E., & Smith, L. L.** (2017). *Understanding the factors that predict victim retraction in police reported allegations of intimate partner violence*. *Psychology of Violence*, 7(1), 140-149. <https://doi.org/10.1037/vio0000035>
- Steel, N., L. Blakeborough, and S. Nicholas.** (2011). *“Supporting High-Risk Victims of Domestic Violence: A Review of Multi-Agency Risk Assessment Conferences (MARACs)”*. London: Home Office, Government of the United Kingdom. Available at <https://socialcare.wales/research-and-data/research-on-care-finder/supporting-high-risk-victims-of-domestic-violence-a-review-of-multi-agency-assessment-conferences-maracs-summary>.
- Sullivan, C. M.** (2011). *Victim services for domestic violence*. In *Violence against women and children*, Vol 2: Navigating solutions (pp. 183-197). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12308-000>

- Sullivan, C. M., & Bybee, D. I.** (1999). *Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 43–53. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.43>
- Sullivan, C. M., & Gillum, T.** (2001). *Shelters and other community-based services for battered women and their children*. In *Sourcebook on violence against women* (pp. 247–260). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Taber, J. M., Leyva, B., & Persoskie, A.** (2015). *Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data*. *Journal of General Internal Medicine*, 30(3), 290–297. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3089-1>
- BIT (The Behavioural Insights Team).** (2016). *Update Report 2015-16*. London: The Behavioural Insights Team Ltd., in partnership with Cabinet Office and NESTA. Retrieved from <https://www.bi.team/publications/the-behavioural-insights-teams-update-report-2015-16/>
- [thinkprogress.org](http://thinkprogress.org). (2018). *Thousands Of Domestic Violence Victims Who Seek Help Are Turned Away Every Day*. Retrieved from <https://thinkprogress.org/thousands-of-domestic-violence-victims-who-seek-help-are-turned-away-every-day-7a513d1e9eb2/>
- Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M.** (2018). *A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and Implications for Practitioners*. *Trauma, Violence & Abuse*, 1524838018767934. <https://doi.org/10.1177/1524838018767934>
- Turan, J.M., Hatcher, A.M., Odero, M., Onono, M., Kodero, J., Romito, P., Mangone, E. and Bukusi, E.A.** (2013). *A Community-Supported Clinic-Based Program for Prevention of Violence against Pregnant Women in Rural Kenya*. *AIDS research and treatment*. <https://doi.org/10.1155/2013/736926>
- Turner, Y. N., Hadas-Halperin, I., & Raveh, D.** (2008). *Patient photos spur radiologist empathy and eye for detail*. Paper Presented at the Annual Meeting of the Radiological Society of North America.
- Tversky, A., & Kahneman, D.** (1974). *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*. *Science* (New York, N.Y.), 185(4157), 1124–1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- Tversky, A., & Kahneman, D.** (1979). *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk*. *Econometrica* Issue 2, 263–91., Vol. 47(Issue 2), 263–91.
- Uhlmann, E. L., & Cohen, G. L.** (2007). *“I think it, therefore it’s true”: Effects of self-perceived objectivity on hiring discrimination*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 104(2), 207–223. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2007.07.001>
- Ullman, S. E., & Townsend, S. M.** (2007). *Barriers to Working With Sexual Assault Survivors: A Qualitative Study of Rape Crisis Center Workers*. *Violence Against Women*, 13(4), 412–443. <https://doi.org/10.1177/1077801207299191>
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime).** (2018). *Global Study on Homicide 2018*. Vienna. Retrieved from [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18\\_Gender-related\\_killing\\_of\\_women\\_and\\_girls.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf)
- Vives-Cases, C., Parra-Casado, L., Goicolea, I., Felt, E. B., Briones Vozmediano, E., Ortiz Barreda, G. M., & Gil-González, D.** (2014). *Preventing and Addressing Intimate Partner Violence against Migrant and Ethnic Minority Women: The Role of the Health Sector*. *Policy Brief*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Available at [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/270180/21256-WHO-Intimate-Partner-Violence\\_low\\_V7.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/270180/21256-WHO-Intimate-Partner-Violence_low_V7.pdf).
- Yeager, D. S., & Dweck, C. S.** (2012). *Mindsets That Promote Resilience: When Students Believe That Personal Characteristics Can Be Developed*. *Educational Psychologist*, 47(4), 302–314. <https://doi.org/10.1080/00461520.2012.722805>
- Yeager, D. S., Johnson, R., Spitzer, B. J., Trzesniewski, K. H., Powers, J., & Dweck, C. S.** (2014). *The far-reaching effects of believing people can change: Implicit theories of personality shape stress, health, and achievement during adolescence*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(6), 867–884. <https://doi.org/10.1037/a0036335>

**Vohs, K. D., Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J., Twenge, J. M., Nelson, N. M., & Tice, D. M.** (2008). *Making Choices Impairs Subsequent Self-Control: A Limited-Resource Account of Decision Making, Self-Regulation, and Active Initiative*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 883–898.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.5.883>

**Walker, L. E.** (1979). *The battered woman* (1st ed.). New York: Harper & Row.

**WHO (World Health Organization).** (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=244AF4AE02B61BAEA5C966A1137204AB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=244AF4AE02B61BAEA5C966A1137204AB?sequence=1)

**Zhang, Y., & Huang, S.-C.** (2010). *How Endowed versus Earned Progress Affects Consumer Goal Commitment and Motivation*. *Journal of Consumer Research*, 37(4), 641–654.  
<https://doi.org/10.1086/655417>

**Zlotnick, C., Johnson, D. M., & Kohn, R.** (2006). *Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women*. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 262–275. <https://doi.org/10.1177/0886260505282564>

