



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN PARA
AMÉRICA CENTRAL DE DERECHOS HUMANOS

LA SALUD LESBICA EN COSTA RICA
- Estudio exploratorio -

AGOSTO 2007

M.B.A. Daria Suárez R.
Licda. Elin Lundén
Bach. Paulina Torres

INDICE DE CONTENIDOS

<i>PRESENTACIÓN</i>	3
<i>ANTECEDENTES</i>	6
<i>METODOLOGÍA</i>	13
<i>HIPÓTESIS</i>	17
<i>ANÁLISIS</i>	18
a) Socio – demográfico	
b) Entorno Social y discriminación	
c) Salud	
d) Sexo Seguro	
e) Participación en grupos	
f) Violencia entre mujeres	
<i>Hallazgos más importantes</i>	41
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	46

PRESENTACIÓN

A nivel nacional e internacional las políticas de la salud han sido sumamente hetero - normativas y enfocadas en el hombre. Todavía existe la idea que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen los mismos problemas de la salud y las mismas necesidades que las mujeres heterosexuales aunque, últimamente varias investigaciones indican que las mujeres lesbianas y bisexuales viven experiencias diferentes a las de las mujeres heterosexuales y por lo tanto tienen necesidades distintas, en los ámbitos de la salud, la socialización, la información, entre otros.

El VIH y el sida pusieron el tema de la sexualidad y de la salud de los hombres gay en la agenda política alrededor del mundo, que los hombres gay tenían condiciones y necesidades distintas de los hombres y mujeres heterosexuales ya no se podía ignorar. Aparecieron cientos de organizaciones para trabajar su salud y la prevención del sida, aparecieron otras muchas para la defensa de sus derechos y la promoción de los mismos, cientos de miles de dólares fueron canalizados para trabajar sus problemáticas de vida, incluyendo su autoestima, sus derechos, sus necesidades de alianzas y otras.

Mundialmente, se han realizado varias investigaciones en el tema de la salud de los hombres gay y, por lo tanto, tenemos bastante información actualizada sobre sus conductas y sobre sus necesidades. Especialmente lo que está relacionado con el VIH o sida.

Todas estas investigaciones alrededor de la conducta y la sexualidad gay han servido para tomar medidas y gestionar acciones para evitar y prevenir conductas riesgosas y para promover una vida saludable en esta población. Sin embargo, todo este interés en la salud y estilos de vida de los hombres gay han colaborado poco o casi nada para promover acciones ni visibilidad para las mujeres lesbianas y bisexuales.

La cuestión de la salud y las conductas riesgosas en la población lésbica ha continuado oculta e invisibilizada por parte de la sociedad, las autoridades en salud y las agencias de cooperación. Las organizaciones o grupos lésbicos y las mismas lesbianas en forma individual han carecido de apoyo para promover su cuidado, investigar sus realidades de vida y visibilizar la problemática.



Las razones de esta situación de invisibilidad pueden ser varias, pero alrededor del mundo el heterocentrismo y el machismo son muy fuertes. El heterocentrismo nos permite interpretar situaciones y problemas de ciertas maneras, basadas en la relación entre hombre y mujer y sirve para invisibilizar a las personas gays, lesbianas y bisexuales. El machismo también juega un rol muy importante en esta situación, con mayor fuerza en América Latina y discrimina a la mujer en diferentes y diversas maneras: las investigaciones en enfermedades (excepto, obviamente, las ligadas o vinculadas con la maternidad) siempre están enfocadas a los hombres (presumiendo que si en ellos es así, en las mujeres será igual), las calidades personales que están relacionadas con la masculinidad valen más que aquellas vinculadas a la femineidad, entre otras.

Entonces, las mujeres lesbianas y bisexuales sufren la doble discriminación por ser mujeres, por tener relaciones sexuales con otras mujeres, así como también por vivir condiciones distintas de las mujeres heterosexuales y de los hombres gay, esto se incrementa por vivir en el tercer mundo.

Como dijimos anteriormente, hay muy pocas investigaciones sobre el tema de la salud en las mujeres lesbianas y bisexuales y en Costa Rica no conocemos ninguna. Por lo tanto, no sabemos que problemas sufrimos con mayor frecuencia o con niveles de peligrosidad, tampoco las formas de discriminación que vivimos o si recibimos suficiente apoyo e información de lo que necesitamos, desconocemos nuestros niveles de consumo de alcohol y drogas, el nivel de conocimiento de los ITS y VIH y la incidencia de violencia entre mujeres, los niveles de tabaquismo o el grado de interés en la incidencia política a favor de las derechos de las mujeres lesbianas.

Para poder brindar el apoyo a mujeres lesbianas o bisexuales que realmente se ajuste a sus necesidades y realidades, es de suma importancia que tengamos este tipo de información o, de otra forma, podríamos caer en el error de que los pocos recursos o intervenciones específicos para nosotras, sean realizadas con base en la especulación o en juicio de unas pocas mujeres.

Por ser una población tan invisibilizada y desconocida para las ciencias de la salud, la economía, las ciencias sociales y otras, las mujeres lesbianas pueden ser más

vulnerables al VIH y al sida, las ITS y el cáncer de mama y de cérvix, así como vivir la violencia doméstica en grados que atenten contra su integridad física y mental.

Un paso inicial necesario e importante es esta investigación, la cual pretende brindar más luz sobre el tema de salud en mujeres lesbianas y bisexuales en el contexto costarricense, no pretende ser un estudio exhaustivo ni representativo de su población lésbica. Anhela convertirse al menos, en una base para la elaboración de mayores cuestionamientos que permitan dirigir esfuerzos en el futuro para mejorar la calidad de vida de las mujeres lesbianas o bisexuales, recordemos que lo que no se ve o no se nombra, no existe para la sociedad y mucho menos, para las agencias de cooperación!.

M.B.A. Daria Suárez
Directora Ejecutiva
CIPAC - 2007



ANTECEDENTES

Con la aprobación del proyecto para el Fondo Global ingresaron al país, en el año 2003, más de 4 millones de dólares para trabajar la prevención del VIH y el sida en poblaciones vulnerabilizadas en nuestro país, el proyecto si incluía trabajo con niñas y mujeres adolescentes, pero no así trabajo directo con la salud de las mujeres lesbianas del país.

El proyecto del Fondo Global proveyó al país con fondos para realizar investigaciones sobre consumo de drogas y alcohol en hombres gays y bisexuales, así como un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de estos hombres relacionados con el VIH o el sida.

En la imaginación social las mujeres lesbianas, no traemos niños o niñas al mundo, ni tenemos sexo con hombres... así que debemos pagar nuestra NO CONTRIBUCIÓN con la sociedad machista latinoamericana, el precio es invisibilidad, silencio y, finalmente, la muerte por causas que pudieron ser prevenidas con información y atención temprana.

La necesidad de contar con este conocimiento, aunque fuera de una manera empírica y poco formal nos impulsó a buscar alguna luz sobre estas situaciones. El presente estudio, al que llamaremos exploratorio, fue realizado sin recursos ni cooperación internacional, fue hecho con voluntariado y mucho deseo de apoyar a miles de mujeres costarricenses en su diario vivir.

Para tener una aproximación a la situación de salud de las mujeres costarricenses en general, incluimos a continuación algunos cuadros y gráficos, información proveniente del IAFA, el Ministerio de Salud Pública y la Caja Costarricense del Seguro Social:

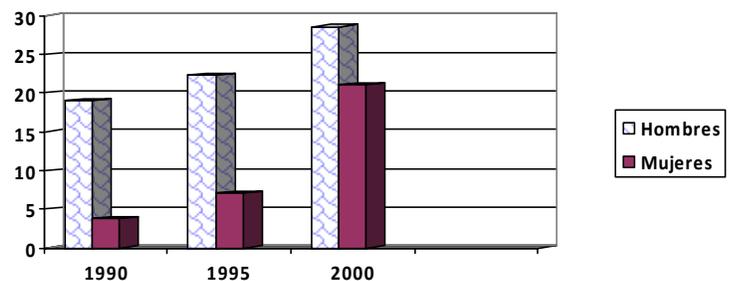
Opiniones de la población entre 12 y 70 años de edad
acerca del principal problema nacional
Costa Rica, 1990, 1995 y 2000
Fuente: IAFA

Variable	1990	1995	2000
Costo de vida	47,9	35,1	24,3
Drogas	23,3	29,9	24,0
Alcoholismo	5,4	7,4	6,6
Corrupción	0,3	7,0	15,7
Delincuencia	0,6	6,9	10,8
Vivienda	5,0	4,0	5,5
Violencia familiar	--	3,2	10,6
Otros	17,5	6,5	2,6

Llama la atención la percepción que tiene la población general de las problemáticas nacionales y como ubican a las drogas y el alcohol entre los primeros lugares, superados únicamente por el costo de la vida.

Distribución porcentual de los tomadores y las tomadoras de 12 a 24 años, en población general, según experiencia de haberse embriagado dos o más días seguidos
Costa Rica, 1990, 1995 y 2000
Fuente: IAFA

Sexo	1990	1995	2000
Masculino	19,0	22,3	28,6
Femenino	3,8	7,0	21,0



Como puede observarse más claramente en el gráfico, el crecimiento entre 1990 y el 2000 en la población de mujeres, es alarmantemente más elevado que en los hombres, pasando de 7% a un 21% (triplicándose), mientras que en ellos este crecimiento fue del 22.3% al 28.6%.

**Niveles de prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes
de 12 a 24 años, en la población general, según sexo
Costa Rica, 1990, 1995 y 2000**
Fuente: IAFA

Prevalencia	Hombres			Mujeres		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
En la vida	23,5	34,0	27,6	9,4	10,4	15,9
En el último año	18,2	21,9	19,5	4,8	4,6	9,3
En el último mes	17,8	20,4	16,7	4,4	4,3	6,8

Este cuadro refleja más la situación de salud de las mujeres costarricenses, toda vez que en los hombres el consumo de Tabaco tiende a bajar para el 2000 en los tres indicadores de prevalencia, en las mujeres tiene al aumento, también en los tres indicadores.

A continuación un cuadro que refleja la situación del embarazo adolescente en el país:

Cuadro N°5
Nacimientos de madres menores de 20 años de edad.
Costa Rica 1992- 2003

Año	Nacimientos	Nacimientos de madres < 15 años	Nacimientos de madres de 15 a 19 años	Nacimientos de madres < 20 años (#)	Nacimientos de madres < 20 años (%)
1992	80164	459	12741	13200	16,5
1993	79714	480	12901	13381	16,8
1994	80391	501	13838	14339	17,9
1995	80306	564	14196	14760	18,4
1996	79203	538	14416	14954	18,9
1997	78018	526	14723	15249	19,5
1998	76982	569	14805	15374	20
1999	78326	597	15444	16041	20,4
2000	78178	611	15999	16610	21,2
2001	76401	601	14860	15461	20,2
2002	71144	473	13981	14454	20,3
2003	72938	479	14356	14835	20,3

Fuente: Estado de la Nación (2004).

Inicio de actividad sexual:

En cuanto a la práctica de las relaciones sexuales, la Encuesta de Salud Reproductiva señaló que el 85,6% de las mujeres en Costa Rica entre 18 y 44 años ha tenido relaciones sexuales. El 50% tuvo su primera relación sexual entre los 16 y los 21 años habiendo en promedio iniciado su vida sexual activa a los 18,6 años, siendo para las mujeres rurales seis meses menor. A mayor escolaridad, el inicio de las relaciones sexuales es más tardío. Las mujeres con nivel de primaria las iniciaron a los 18 años, mientras que las que tienen educación superior las iniciaron a los 21,3 años.

El 40% de las mujeres han iniciado su práctica sexual estando solteras; otro aspecto importante es la frecuencia de las relaciones sexuales en función directa con el nivel de escolaridad, a mayor nivel de escolaridad más alta es la frecuencia y la condición o estado de la unión al inicio de su vida en convivencia en donde las mujeres en el área metropolitana se unen en matrimonio con mayor frecuencia que el área rural, es decir que la práctica de unión libre es más frecuente en el área rural.

Según esta encuesta, el 50% de las mujeres costarricenses tuvo su primera relación sexual entre los 16-21 años, la edad promedio se centra en 18,6 años ⁷².

También se determinó que los compañeros sexuales de las mujeres en la primera relación tuvieron 23,3 años en promedio. Sin embargo el 50% de las mujeres tuvieron su primera experiencia sexual con compañeros 18 años mayores que ellas. Además, a mayor escolaridad se reporta relaciones sexuales más frecuentes: las mujeres con educación superior presentaron una práctica sexual 23% más frecuente que las mujeres con nivel de secundaria. La práctica de la sexualidad premarital fue más frecuente en las zonas rurales donde alcanzó un porcentaje de un 43,5% en comparación con un 33% y un 40% en el área metropolitana y el resto urbano del país respectivamente.

El estudio de la CCSS en adolescentes reveló que 20% de las mujeres de 13 a 17 años y 31% de los varones de la misma edad refirieron haber iniciado actividad sexual. La edad de inicio se estableció entre los 14 y los 16 años, el punto máximo en los 15.

VIH / SIDA

Según la Unidad de Estadística del Ministerio de Salud sobre VIH / SIDA, desde 1986 (año en que se reporta el primer caso para mujeres) se registraron en el país un total de 2.467 casos de SIDA de los cuales 314 eran mujeres, que representan el 12,8 % del total de casos.⁸⁸ La tasa de morbilidad para el 2003 es 2,7 por 100.000.

En Costa Rica se registra una tendencia ascendente en el número de casos de SIDA desde 1983 hasta 1998. Desde 1998 la tendencia es descendente. La infección por VIH muestra una tendencia ascendente sostenida.

3. Tabaquismo

En relación al tabaquismo, factor asociado a más riesgo de varios tumores, según la ENSR, el tabaquismo en las mujeres en edad fértil ha disminuido. Comparando los resultados con la encuesta de 1992, tanto el porcentaje de mujeres que alguna vez ha fumado diariamente como la prevalencia del fumado (fuman actualmente) presenta una ligera disminución. El porcentaje de mujeres que ha fumado alguna vez diariamente pasó de 17% en 1992 a 14% en 1999. La reducción en la prevalencia del fumado es de dos puntos porcentuales, pasando de 8% en 1992 a un 6% en 1999.

Estudios del IAFA revelan que en 1995, el 35,2% de la población de 12 a 70 años ha fumado tabaco alguna vez en la vida. La prevalencia en el último año alcanzó 18,3% y en el último mes llega a 17,5%. La misma fuente revela que 17% de varones y 11,1% de mujeres iniciaron el consumo de tabaco antes de los 12 años. Entre los 13 y los 15 años inicia un 33,8% de varones y 24,2% de mujeres⁹⁴. En 2002, esta misma fuente reveló 30% de prevalencia de vida de consumo de tabaco.⁹⁵

Un estudio en una muestra significativa de adolescentes 12 a 19 años reveló una prevalencia de consumo en el último año de 20,5%.⁹⁶

6. Violencia

Entre los grandes grupos de causas de muerte, el de causas externas es el que mayores diferencias por sexo exhibe, mientras la tasa de mortalidad por este grupo de causas en el

2001 fue de 17,96 para las mujeres, fue de 66,03 por 100.000 para los hombres. La razón de masculinidad en la mortalidad por estas causas tiene una tendencia relativamente estable, habiendo sido de 3,37 en 1972, de 3,42 en 1992, de 3,96 en 1997 y de 3,67 en el 2001.¹¹⁷

Estas diferencias por sexo se acentúan en los grupos de edad que abarcan de los 15 a los 64 años, como puede observarse en el cuadro a continuación. Llama la atención las altas tasas de mortalidad para ambos sexos en el grupo de 65 años y más.

Cabe destacar que la suma de todas las causas violentas (39,6%), ocupa el primer lugar en años de vida potencial perdidos (AVPP), lo que evidencia que este tipo de causas está afectando población joven y en edad productiva.

Cuadro N° 7

Mortalidad por causas externas por grupo de edad y sexo
Costa Rica 2001
 (tasas por 100.000 habitantes)

Edad	2001		
	total	hombres	mujeres
General	42,36	66,03	17,96
Menor de uno*	7,85	5,10	10,76
De uno a 4	16,12	17,89	14,27
De 5 a 9	8,13	10,22	5,91
De 10 a 14	10,91	15,79	5,73
De 15 a 19	29,93	50,33	8,49
De 20 a 44	50,18	87,09	11,50
De 45 a 64	58,69	100,84	16,44
De 65 y más	178,21	216,27	144,47

Fuente: CCSS 2003.

b) Suicidio

El suicidio ocupa el cuarto lugar entre las muertes por causas violentas, mostrando una tendencia constante al aumento. Su tasa pasó de 2,39 por 100.000 habitantes en 1970 a 6,97 en el 2002.¹¹⁹

Según el Ministerio de Salud, en Costa Rica en el 2003 ocurrieron un total de 317 suicidios para una tasa ajustada de 7,3 por 100.000 habitantes, lo cual representa un incremento del 12.8% de los casos con respecto al año anterior. Con relación al sexo, 264 fueron en hombres (83,3%) y 53 mujeres (16,7%).

La tasa total ajustada por sexo y edad en el trienio 2000-2002 fue de 6,2 por 100.000 habitantes, mostrando importantes diferencias por sexo. El riesgo de morir es mucho mayor para los hombres para quienes, en el período que se menciona, fue de 10,5 mientras que la de las mujeres fue de 1,7 por 100.000.¹²⁰ Los datos disponibles no permiten establecer las diferencias por sexo en intentos de suicidio.

7. Violencia Intrafamiliar

De acuerdo con la información suministrada en el documento "La violencia social en Costa Rica", el problema de la violencia intra familiar tiende a hacerse cada vez más visible en la sociedad costarricense¹²¹. Una muestra de ello es el aumento sostenido de las denuncias ante el Poder Judicial y otros organismos que se ha producido particularmente desde 1995 en que fue aprobada la Ley contra la Violencia Doméstica.

De acuerdo con las informaciones mencionadas, las solicitudes de medidas de protección ante las oficinas judiciales, pasaron de 32.643 en el 2000 a 43.929 en el 2001, lo que implica un aumento casi del 35%. De las mismas, el 89,6% fueron solicitadas por mujeres y el 86,5% fueron solicitadas en contra de sus compañeros o ex-compañeros.¹²²

La línea telefónica especializada "Rompe el Silencio" en el 2002 atendió 70.128 llamadas por violencia doméstica y violencia sexual, de las cuales el 94% correspondieron solicitudes de apoyo para mujeres víctimas de violencia.¹²³ De las llamadas denunciando situaciones de violencia sexual, el 98% correspondió a casos de mujeres.



METODOLOGÍA

La presente investigación es exploratoria (Hernández Samperi et al 1998: 58). Los estudios exploratorios sirven para establecer tendencias, relaciones potenciales entre variables y generar hipótesis y preguntas relevantes para investigaciones posteriores (ibid 59).

Estos estudios aunque son más flexibles metodológicamente, tienen con consecuencia que sus resultados o conclusiones no se pueden generalizar. De manera tal que su objetivo es entonces lograr una idea más clara de lo que se quiere investigar en el futuro con mayor rigurosidad científica.

Para el presente caso, el objetivo de llevar a cabo este esfuerzo por parte del CIPAC es que se nos brinde una luz o guía en relación a lo que es más urgente que empecemos a mejorar en el apoyo y la información a las mujeres lesbianas o bisexuales costarricenses. Por lo tanto, esta investigación debe ser considerada como el inicio de investigaciones más profundas y amplias.

Para realizar esta investigación se elaboró una encuesta de preguntas cerradas, método que permite una muestra más grande y de más bajo costo, la misma tenía 82 preguntas cerradas que cubren aspectos privados tanto como generales de la encuestada.

La encuesta contiene preguntas socio demográficas (edad y el estado civil), preguntas para conocer el estado de conocimientos sobre VIH o SIDA y otras ITS, la auto - definición sexual, la violencia en las relaciones, el nivel de consumo de alcohol y prácticas sexuales.

Las encuestas fueron realizadas entre octubre 2006 y febrero 2007, en el área urbana de San José, principalmente entre mujeres lesbianas jóvenes. Estos límites geográficos fueron decididos por varias razones, a saber: al ser una investigación exploratoria, nos pareció razonable y realizable hacerla en un área geográfica limitada,



además en San José hay bares y discos y grupos de encuentro para lesbianas los cuales sirven para poder tener acceso a estas mujeres, entendiendo que es en estos espacios de socialización, donde las mujeres lesbianas se encuentran contenidas como grupo y esto facilitaba la aplicación de la entrevista.

Es importante tomar en cuenta que las mujeres lesbianas y bisexuales que viven en San José tienen diferentes posibilidades de socialización, acceso a información y cuidados de la salud que aquellas mujeres que viven en el campo o en zonas rurales.

La población lésbica es bastante oculta y por lo tanto es casi imposible estimar el tamaño de la población y, por ende, el tamaño de la muestra. Se realizaron 180 encuestas a mujeres, el instrumento fue diseñado para ser aplicado por entrevistadores/as, sin embargo por falta de tiempo y recursos, en la mayoría de los casos, la misma tuvo que ser auto aplicada (n130).

Otra dificultad que presentó este estudio fue la de identificar y ubicar a la población meta, la población lésbica- bisexual en Costa Rica no es muy visible: muchas veces las mujeres se encuentran en espacios privados, como en fiestas o reuniones privadas en sus casas de habitación o encuentros en espacios abiertos donde no se identifican como lesbianas. Por lo tanto, es problemático llegar a ellas y obtener una muestra representativa. La mejor opción en este caso fue seleccionar unos bares gay donde llegan mujeres lesbianas y bisexuales y también ir a los diferentes grupos de apoyo, que para ellas, hay en San José, igualmente, se realizaron entrevistas durante el festival del orgullo gay/lésbico, el 9 de diciembre del 2006 en San José.

En total se realizaron entrevistas y encuestas en 7 lugares diferentes, todos ellos espacios de socialización – encuentro o grupos de auto apoyo para gays y/o lesbianas, de manera que solo fue posible llegar a mujeres que son bastante abiertas con su orientación sexual, hecho que se tiene que tomar en cuenta cuando se interpreten los resultados.

Para identificar a la población que nos interesa para el estudio, es decir asegurarnos que las encuestadas son mujeres lesbianas o bisexuales y no heterosexuales, se les cuestionó específicamente sobre su auto concepto o auto definición sexual, esta pregunta se cruzó con otra sobre la actividad sexual de la



encuestada. La entrevista continua en aquellos casos en los que se autodefinieron como lesbianas o bisexuales o las que se identificaron como heterosexuales pero que tenían sexo con mujeres, esto último ya que es posible que aún no se identifican como lesbianas o mujeres bisexuales, algo que podría tener que ver con la discriminación y la lesbofobia o, igualmente, con un rechazo a visibilizarse como tales por su proceso de identidad.

Otra dificultad que tuvimos que enfrentar para realizar esta investigación fue el hecho de que la misma tuvo que efectuarse en bares y discotecas donde no había manera de asegurar la privacidad para las mujeres que participaron y muchas veces llenaron la encuesta rodeadas de las amigas o la pareja. Un aspecto muy importante que pudo haber afectado las respuestas brindadas.

La hipótesis que guiará el proceso y sobre todo la formulación de las preguntas en la encuesta fue basada en estudios internacionales y en la experiencia profesional y de campo del CIPAC. Estos estudios internacionales son, principalmente, de Europa y de los Estados Unidos. Estudios que son fuentes de información muy importantes, pero que, sin embargo, no pueden ser generalizados sus resultados directamente al contexto costarricense, por razones socio - culturales y económicas obvias.

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

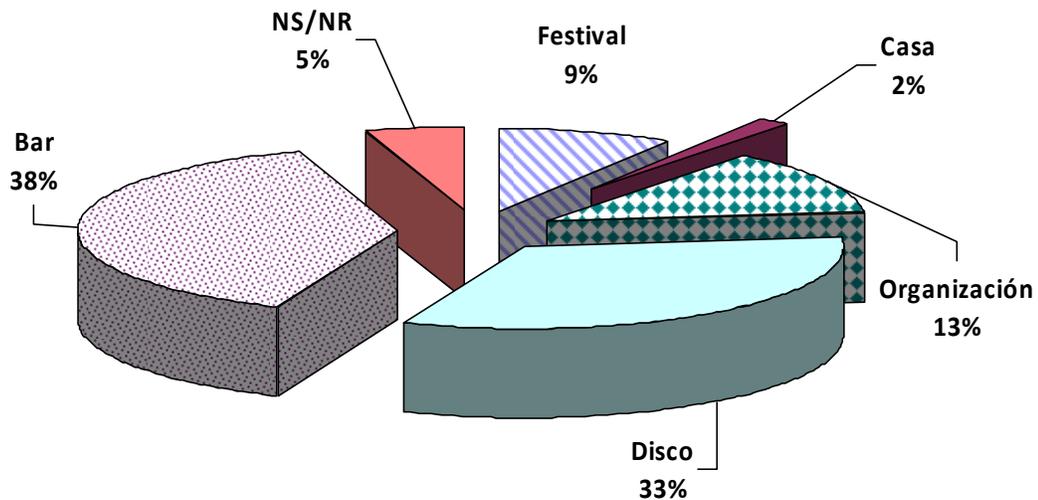
- Las mujeres lesbianas/ bisexuales reciben poca o ninguna información específica sobre salud lésbica o cuidados particulares de su salud que las mujeres heterosexuales.
- La mayoría de mujeres lesbianas/bisexuales no tienen acceso a información adecuada sobre sexo seguro en relaciones sexuales entre mujeres.
- Las mujeres lesbianas/bisexuales no practican el sexo seguro en sus relaciones sexuales con mujeres.
- La mayoría de las mujeres lesbianas/bisexuales no son concientes que el VIH y otras ITS se puede transmitir en relaciones sexuales entre mujeres.
- Las mujeres lesbianas/bisexuales tienen conductas autodestructivas, como alto consumo de alcohol y drogas.
- Las mujeres saben poco de espacios de apoyo existentes para lesbianas o mujeres bisexuales.
- Hay alta incidencia de violencia entre parejas de mujeres lesbianas/bisexuales.

ANALISIS

a) Datos socio – demográficos:

a. Lugar de entrevista

Las entrevistas fueron realizadas principalmente en los bares o discos de San José, capital de Costa Rica. En total, un 72% del total fueron realizadas en un bar o en una disco, mientras que el 12% de ellas fueron realizadas en un grupo u organización lésbica.



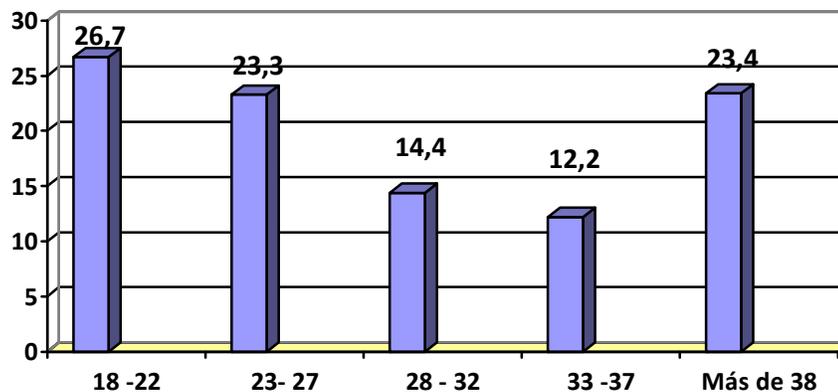
b. Edad

La mayoría de las mujeres que participaron son jóvenes. La mitad tiene 27 años o menos, mientras 18,3% tienen 38 años o más. Lo anterior es congruente con los espacios donde se realizaron las entrevistas: bares y discos, así como eventos públicos gay/lésbicos, espacios donde nuestra experiencia ha comprobado que son lugares frecuentados en su mayoría por mujeres menores de 30 años. El siguiente cuadro y gráfico reflejan los resultados de nuestra investigación:

EDAD DE MUESTRA

Rango Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-22	48	26.7
23-27	42	23.3
28-32	26	14.4
33-37	22	12.2
38-42	15	8.3
43-47	11	6.1
48-52	4	2.2
53+	3	1.7
NS/NR	9	5.0
TOTAL	180	100

Edad de la muestra



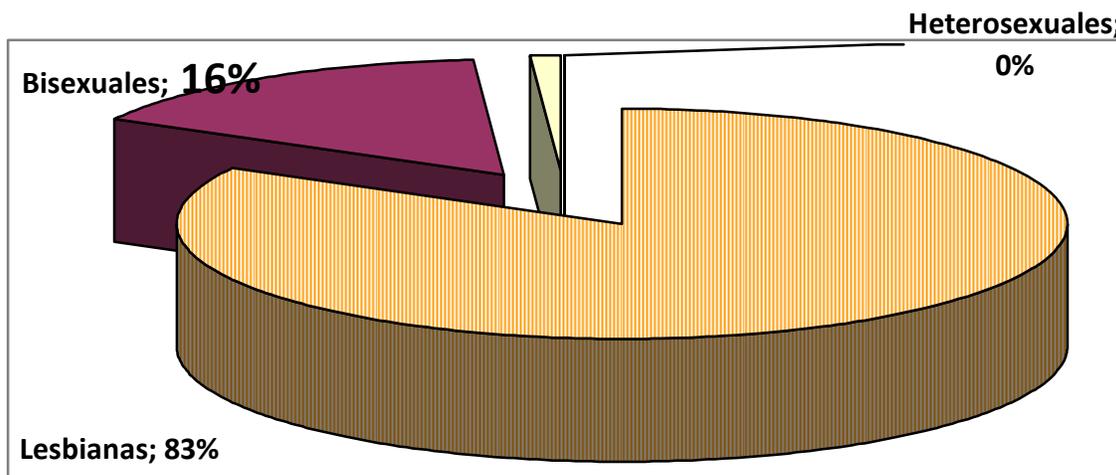
c. Nivel educativo

Otra característica de la muestra es que la mayoría de las mujeres encuestadas tienen un alto nivel de educación, podemos observar que un 26,1% tiene estudios universitarios incompletos (teniendo en cuenta que el 27% de las

mujeres tienen menos de 23 años y por su edad no habían terminado sus estudios) y 35,6% ya habían terminado sus estudios universitarios.

d. Autodefinición sexual

Del total de encuestadas, 148 mujeres (82,2%) se identificaron como lesbianas, 28 de ellas, (equivalente al 15,6%), se identificaron como mujeres bisexuales y, únicamente, 2 mujeres como heterosexuales (pero ocasionalmente tenían encuentros sexuales con otras mujeres). Los resultados en lo que respecta a auto – definición se muestran en el siguiente gráfico:



El 78% de las mujeres practicaron el sexo exclusivamente con otras mujeres, un 4% practican el sexo principalmente con hombres, pero ocasionalmente con mujeres y un 2% no habían tenido relaciones sexuales del todo.

Es importante señalar, para los efectos de educación sexual y prevención de ITS que un grupo significativo de las mujeres encuestadas (1 de 5) mantiene relaciones sexuales con hombres, lo anterior lo refleja lo el siguiente cuadro sobre la actividad sexual de estas mujeres:

Interacción sexual	Porcentaje
Mujeres que tienen relaciones sexuales mayormente con mujeres y OCASIONALMENTE con hombres	11%
Mujeres que tienen sexo con hombres y OCASIONALMENTE con mujeres	3.9%
Mujeres que tienen sexo IGUALMENTE con hombres como con mujeres	4%
Mujeres que tienen sexo EXCLUSIVAMENTE con hombres pero interactúan socialmente con lesbianas	2%
TOTAL	20.9%

b) Entorno social y discriminación

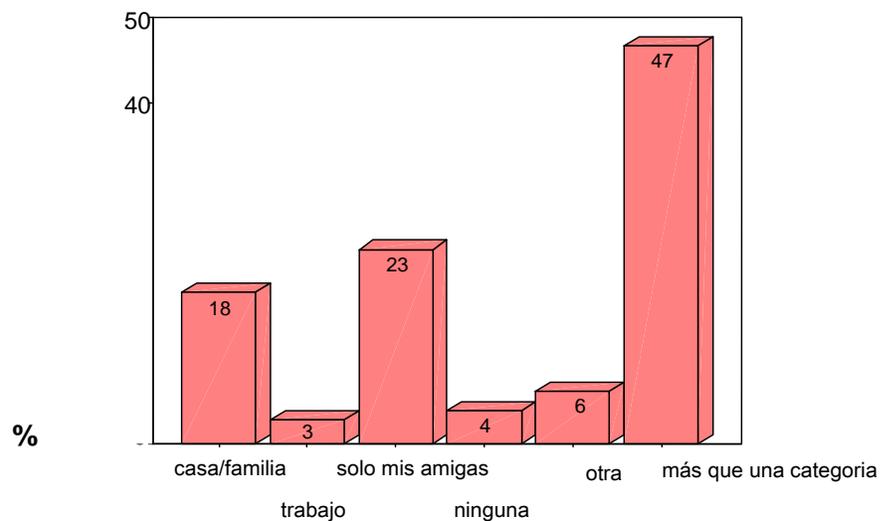
La discriminación que sufren las mujeres lesbianas y bisexuales y las consecuencias son muy difíciles de investigar y documentar. Sin embargo, basando en años de experiencia de trabajar con esta población, sabemos que la discriminación que sufre ésta población en la sociedad costarricense, una sociedad muy influenciada por ser un país con un Estado confesional (la iglesia católica es por Constitución la Iglesia del Estado), influencia que a veces es solapada y muy bien disimulada, pero con un elevado poder sobre las actividades, lugares, amistades y otros que una mujer lesbiana puede o no puede tener en su adolescencia y en casos extremos, aún en su edad adulta.

Para tener una noción de que tan aceptada socialmente es ser lesbiana o bisexual en Costa Rica, incluimos una pregunta sobre cuales personas conocen la orientación sexual de estas mujeres. Sí el costo social de esta visibilización es considerado o visto por ellas como elevado es de suponer que las mujeres van a ser menos abiertas con su sexualidad y por el contrario, si el costo social disminuye, éstas mujeres van a ser más abiertas con su sexualidad.

Las categorías fueron: en la casa/familia, en el trabajo, en colegio/universidad, solo amigas cercanas, ninguna y otras. Un total de 84 mujeres, o sea, un 47% respondieron que personas de más de una de estas categorías sabían su orientación sexual, 41 mujeres (23%) dijeron que solo sus amigas sabían su orientación sexual mientras 7 personas (4%) no lo habían dicho a nadie.

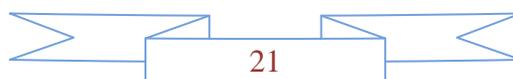
Es importante recalcar que únicamente el 3% de las mujeres habían dado a conocer su orientación sexual en el trabajo, espacio más público y cuyas consecuencias podrían tener impacto en áreas no sólo emocionales sino también económicas y profesionales.

Si nuestra hipótesis es correcta y el “silencio” sobre su sexualidad es indicativo del temor a las represalias sociales, podemos concluir que más del 50% de las mujeres lesbianas jóvenes perciben como riesgoso el informar sobre su orientación sexual a un círculo amplio de sus interrelaciones sociales.



Cuales personas conocen la definición sexual

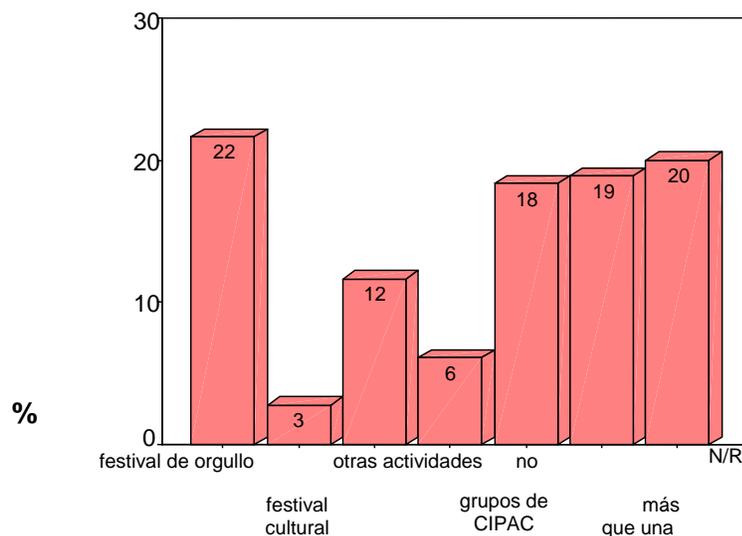
Otro indicador de la discriminación social y la auto aceptación puede ser el nivel de la participación en actividades gay/Lésbicas de orden público. De las entrevistadas un 22% había participado en el Festival de Orgullo, 6,1% había



asistido a grupos de CIPAC, 15% había participado en otras actividades públicas, 19% había participado en más que un tipo de actividad y 18% no habían asistido a ninguna actividad pública.

Como podemos observar, el perfil de la mujer lesbiana que se logró contactar en esta primera investigación es de una lesbiana que ha avanzado en su trabajo de auto –aceptación y reconocimiento con pares, toda vez que participa de espacios públicos específicos para lesbianas.

Únicamente un 18% de las entrevistadas No tiene contacto alguno con actividades públicas, sin embargo, se localizaron o contactaron en bares o discos gay/lésbicos, por lo que es de suponer que algún trabajo con su proceso de auto –aceptación deben de haber realizado.



Asiste a actividades Gay/Lésbicas públicas

Los grupos de apoyo y socialización son otro tema muy importante. En Costa Rica actualmente hay 3 grupos a los que las mujeres lesbianas pueden acudir, los tres concentrados en la ciudad capital: Tertulia entra mujeres (grupo



independiente), Conciencia Lésbica y PRISMA, este último es un grupo mixto para gays y lesbianas jóvenes, tanto Conciencia Lésbica como PRISMA son grupos del CIPAC.

Aunque en este estudio no había posibilidad de investigar con mayor profundidad la función o efecto para cada una de las mujeres participantes de esos grupos, suponemos que son importantes para aumentar el auto-estima de las mujeres, ayudarlas a manejar las acciones y procesos de la discriminación y, adicionalmente, como centros de información y promoción en el tema de la salud para las mujeres. Si bien determinar si eso es así, ésta fuera de las posibilidades de éste estudio, en esta etapa inicial quisimos saber el nivel de participación en los mismos, sobre ello encontramos que:

En la muestra, 32% de las mujeres participaron en una actividad para mujeres lesbianas o bisexuales, mientras 44% de las mujeres no conocen a ningún grupo de apoyo lésbico y 73% dijeron que les gustaría participar en un grupo.

Las conclusiones que se pueden dar son:

- * que existe una necesidad de participar en un grupo de apoyo
- * y que la accesibilidad a los grupos debería mejorar
- * hay necesidad de mayor promoción de los pocos espacios disponibles para las lesbianas.

c) Salud

El tema de salud física en las mujeres lesbianas es muy amplio y trata enfermedades como el cáncer de mama y de cérvix, VIH y sida, Infecciones de transmisión Sexual o ITS, conocimientos sobre el sexo seguro y el consumo de alcohol y drogas, tabaquismo y otras.



Las mujeres lesbianas y bisexuales pasan por los mismos problemas de la salud que las mujeres heterosexuales, debemos dejar claro que no es que las lesbianas sufren enfermedades particulares debidas a su orientación sexual, pero es importante reconocer que las condiciones en atención y prevención que tienen las mujeres lesbianas son distintas por su sexualidad. Es decir, la salud en las mujeres lesbianas ésta relacionada con la discriminación social por su orientación sexual, la auto estima y falta de información e investigación sobre ellas y su realidad.

Es un hecho que las mujeres lesbianas y bisexuales son marginalizadas en la sociedad costarricense y las personas marginalizadas, por lo general, tienen actitudes auto- destructivas y menos auto cuidado y por ello están en mayor riesgo de tener una vida no saludable y no buscar ayuda ante el temor de ser agredidas o mal atendidas (Herordotter 1997).

Teniendo en cuenta que el cáncer de senos y de cérvix son las mayores causas de muerte en las mujeres es muy preocupante que, según estudios internacionales, las mujeres lesbianas generalmente van al ginecólogo con muy poca frecuencia (ILGA 2006: 26/27f). La razón de esta falta de atención médica puede ser que existe la percepción de que los exámenes ginecológicos se hacen principalmente por razones de maternidad y contracepción; otra de las razones es que los conocimientos sobre estos tipos de cáncer no son suficientes y que es más difícil para las mujeres que tienen sexo con mujeres, encontrar ginecólogos/as que les ofrezcan un ambiente de confianza y seguridad (ILGA 2006:28f). Se puede concluir que para las mujeres lesbianas la poca atención al cáncer de senos y de cérvix es un problema de salud relacionado con la lesbofobia y la discriminación social.

Un estudio realizado en los Estados Unidos encontró que las mujeres lesbianas tienen tres veces más del riesgo de tener cáncer de senos que sus pares heterosexuales. Las razones pueden ser: menos embarazos, el no



amamantamiento y una vida menos saludable inducida por los espacios de encuentro con que cuentan (generalmente bares y discos) (Hervordotter 1997).

La información que se presentó anteriormente es basada en los pocos estudios internacionales que se han realizado sobre este tema. Por lo tanto, nos pareció muy importante tener una idea sobre la situación particular de las lesbianas en Costa Rica. Según datos a nivel nacional del 2003, por cada mil mujeres fallecidas en el país, 11 de ellas murieron por causa del cáncer de mama y 5,60 mujeres murieron por causa de cáncer de cérvix invasor. El cáncer de cérvix y de mama son causas de muerte significantes, por ejemplo 5,60 mujeres murieron por accidentes de tránsito y 4,55 por causa de cáncer de pulmón (INAMU 2006:21).

Según los resultados del estudio de CIPAC, 75% de las mujeres que participaron sabían que el auto examen de senos debe hacerse una vez al mes y, únicamente el 42% dijeron que lo hacen. Según un estudio a nivel nacional, 53% de las mujeres en el área urbana están acostumbradas a hacerse el auto examen (siempre, casi siempre o a veces) (Mok 2001:20f).

El cáncer de cérvix, con mayor frecuencia, se debe al virus papiloma humano y por eso es muy importante hacerse el Papanicolaou una vez al año desde el inicio de la vida sexual activa. En el estudio de CIPAC, el 85% de las mujeres participantes estaban concientes de que el Papanicolaou se debe hacerse una vez al año, sin embargo, solo el 50% dijeron que se lo hacen con esa frecuencia. Según el estudio al nivel nacional 79% de las mujeres en Costa Rica había, alguna vez, ido al ginecólogo o había hecho el Papanicolaou. 45% lo había hecho en el último año (Mok 2001:20f).

d) SEXO SEGURO

El tema del sexo seguro en relaciones sexuales entre mujeres ha sido muy poco investigado y es poco conocido por las personas, esto también se muestra en los resultados de la investigación. No hay mucha información sobre ITS entre mujeres y la transmisión de ITS todavía esta vinculada con relaciones heterosexuales (ILGA 2006:18/19), sin embargo estudios internacionales muestran que hay ITS que se puede transmitir entre mujeres como papiloma humano y hepatitis (Hervordotter 1997).

Se han conocido unos pocos casos donde se ha transmitido el VIH entre mujeres, pero son escasos y es muy difícil que una mujer transmita el VIH a otra mujer por relaciones sexuales. Los mayores riesgos de transmisión del VIH para las mujeres lesbianas son: el abuso de drogas inyectables, el tener sexo con hombres sin protección, sean éstos hombres gays, bisexuales o heterosexuales o la inseminación de semen no controlado (fluidos no testeados/ donadores no examinados del VIH) (Hervordotter 1997).

Según estudios en EE.UU e Italia muchas mujeres lesbianas han tenido sexo con hombres y este estudio también indica que las mujeres lesbianas tienen sexo anal más frecuentemente que las mujeres heterosexuales y ellas (las mujeres lesbianas) tienen sexo con hombres gay con más frecuencia que las mujeres heterosexuales. Las mujeres dijeron que era más fácil conseguir sexo con un hombre que con una mujer (Hervordotter1997).

En el estudio de CIPAC, la mayoría de las mujeres dijeron que solo practican sexo con mujeres, aunque poco más de un 20% de las mujeres encuestadas tienen sexo con hombres, aunque sea ocasionalmente.

El 86% de las mujeres que participaron saben que el VIH se adquiere con mayor frecuencia por relaciones sexuales. Un 78% de la muestra indicó que si hay

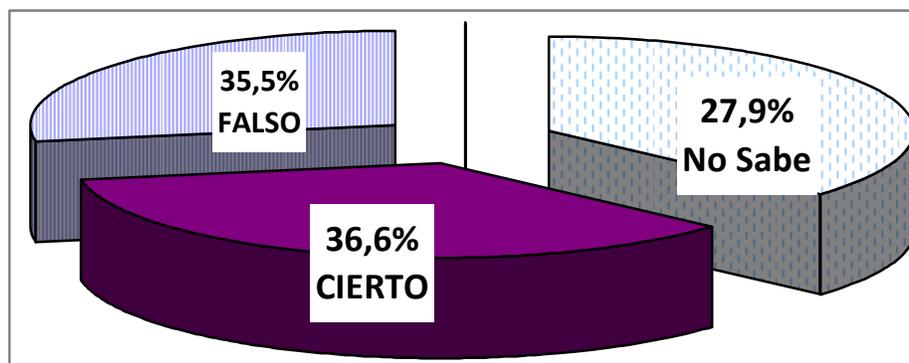
ITS (inclusive el VIH) que se pueden transmitir al practicar el sexo oral sin protección. La barrera de látex y los guantes de látex impiden la transmisión de ITS y VIH y son las maneras de protección más importantes para las mujeres que tienen sexo con mujeres. Sin embargo:

- ✚ Solo 55% de las mujeres que respondieron saben que las barreras de látex sirven como protección de VIH y ITS, por el contrario el 26% piensan que eso es falso.
- ✚ 51% de las mujeres piensan que los guantes de látex sirven para el sexo seguro.
- ✚ Únicamente un 37% de las mujeres que fueron entrevistadas dijeron que en algún momento les habían explicado cómo se hacen y cómo se usan correctamente las barreras de látex.

Mujeres con información del uso de las Barreras de Látex

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si ha recibido información	66	36.7
No ha recibido información	64	35.6
No responde	3	1.7
No sabe	47	26.1
TOTAL	180	100

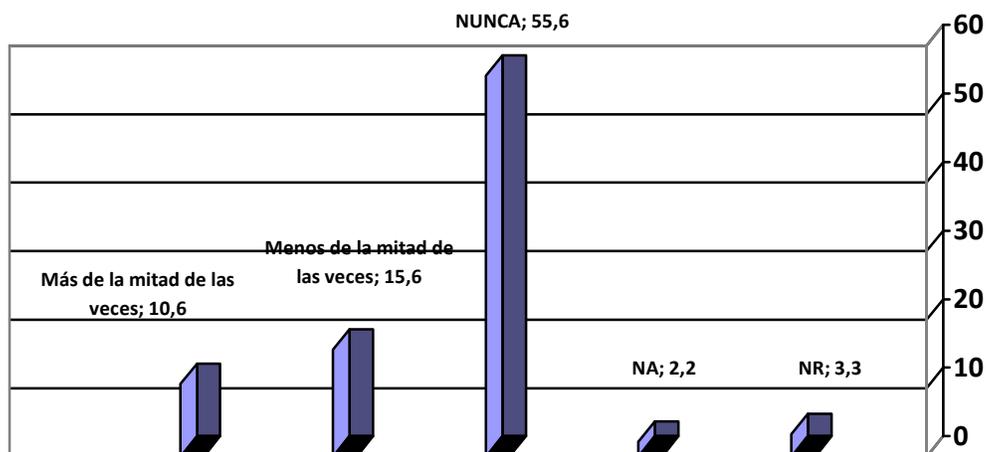
INFORMACIÓN DEL USO CORRECTO DE BARRERAS DE LÁTEX



- ✚ sólo el 13% de las mujeres manifestaron utilizar SIEMPRE la barrera en sus relaciones sexuales, un 56% nunca la usa.
- ✚ Un 71% de las mujeres encuestadas, reconocen que no se debe dejar el sexo seguro aunque se tenga una pareja estable.

USO DE BARRERAS DE LÁTEX EN MUJERES LESBIANAS

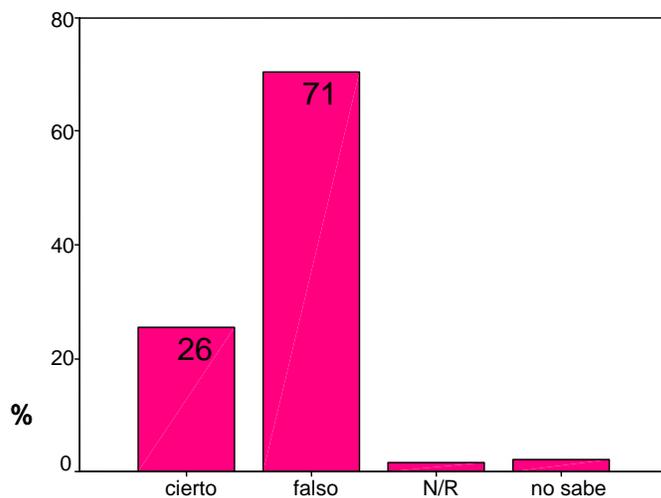
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre, en todas las relaciones sexuales	23	12.8
Más de la mitad de las veces	19	10.6
Menos de la mitad de las veces	28	15.6
NUNCA	100	55.6
N/A	4	2.2
N/R	6	3.3
TOTAL	180	100



Un 55.6% de las mujeres encuestadas manifestaron que NUNCA utilizan barreras en sus relaciones sexuales, a lo que debemos sumar la cantidad de mujeres que manifiestan usarla menos de la mitad de las veces, un 16%.

El poco uso de esta herramienta de protección puede deberse en gran medida a lo poco que está difundida la práctica del sexo seguro entre mujeres, a pesar de que ésta es una temática abordada en los grupos lésbicos existentes en el país. Es impresionante verificar en las conversaciones cotidianas no formales entre lesbianas lo extendido que está el mito popular de que “las lesbianas somos la población bendecida por Dios en lo que respecta a la transmisión de ITS y VIH”.

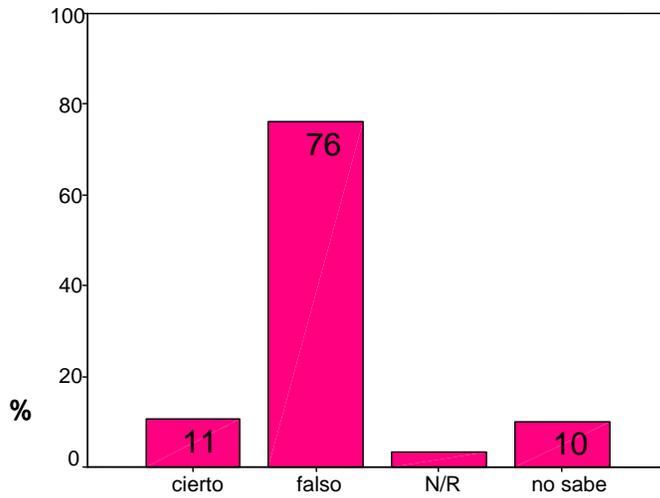
Cuando usted tiene una pareja estable puede dejar de utilizar el sexo seguro?



76% de las mujeres están concientes de que el compartir juguetes sexuales puede transmitir el VIH u otras ITS.

La población lésbica encuestada tiene un buen conocimiento de la teoría en lo que respecta a la prevención de sida e ITS.

El compartir los juguetes sexuales no pueden transmitir ninguna ITS/VIH?



✚ 49% de las mujeres SIEMPRE limpian o cambian el condón, con frecuencia, antes de compartir juguetes sexuales, mientras 18% de las mujeres nunca lo hacen.

antes de compartir juguetes sexuales los limpia o cambia el condon

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	siempre	88	48,9	48,9	48,9
	más que la mitad de las veces	9	5,0	5,0	53,9
	menos que la mitad de las veces	9	5,0	5,0	58,9
	nunca	32	17,8	17,8	76,7
	N/R	29	16,1	16,1	92,8
	N/A	13	7,2	7,2	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Las mujeres encuestadas parecen tener suficiente información sobre las ITS y el VIH. Estas mujeres son las que pueden y de hecho, han sido, contactadas para suministrarles información por parte de las organizaciones y grupos, esta situación debería ser verificada y comparada con zonas rurales con menos acceso a espacios de socialización.

Al igual que con el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres lesbianas difieren mucho entre sus conocimientos y sus prácticas, una de las principales razones de ello pueden ser:

- ✚ Baja autoestima y poder de negociación entre ellas
- ✚ Dificultad de acceso a los medios de prevención entre mujeres
- ✚ Prácticas autodestructivas por lesbofobia internalizada o discriminación social
- ✚ Baja o leve percepción del riesgo

cuando usted tiene una pareja estable puede dejar de utilizar el sexo seguro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cierto	46	25,6	25,6	25,6
falso	127	70,6	70,6	96,1
N/R	3	1,7	1,7	97,8
no sabe	4	2,2	2,2	100,0
Total	180	100,0	100,0	

Un indicativo del nivel de lesbofobia internalizada que viven las mujeres lesbianas en la sociedad costarricense es el nivel del consumo de alcohol. Un alto nivel de consumo de alcohol puede ser un comportamiento auto destructivo motivado por la discriminación y ser un indicador de la misma discriminación (CIPAC 2004:10).

Debemos de tener en cuenta que la presente investigación también fue realizada en bares y discos, que son lugares donde la socialización y la interacción se producen rodeadas de alcohol, es difícil dar conclusiones contundentes sobre el nivel del consumo de alcohol.

Un 2% de las mujeres que participaron en la encuesta toman alcohol todos los días, mientras el 11% de ellas nunca han tomado alcohol o estaba en periodo de abstinencia. Un 29% de la muestra toman una o dos veces por semana y 29% dijeron que toman con poca frecuencia.

Consumo de alcohol en la actualidad

Frecuencia de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días	4	2.2
Más de 2 veces por semana	21	11.7
Una o dos veces por semana	53	29.4
Una o dos veces por mes	24	13.3
Con poca frecuencia	53	29.4
Abstinencia de consumo	10	5.6
Nunca he consumido	9	5.0
N/R	6	3.3
TOTAL	180	100

Un 9% de las mujeres se emborrachan cuando toman y un 50% no se emborracha, del total de la muestra un 30% dijo que se emborracha ocasionalmente.

En otros estudios sobre el sexo seguro en hombres que tienen sexo con hombres, ha sido un hecho comprobado que el consumo de alcohol afecta las prácticas sexuales seguras. Es decir, cuando los hombres gays están bajo de la influencia del alcohol practican el sexo seguro con menos frecuencia. Es nuestro

supuesto que la misma tendencia ha de presentarse en las mujeres lesbianas, ello incrementado por el hecho de no percibirse como una población donde el sexo pueda tener mayores consecuencias para la salud.

FRECUENCIA DE PRÁCTICAS SEXUALES BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	9.4
Más de la mitad de las veces	11	6.1
Menos de la mitad de las veces	43	23.9
NUNCA	91	50.6
N/R	7	3.9
N/A	11	6.1
TOTAL	180	100

De las mujeres de la muestra, más del 50% manifestó que NUNCA mantienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, sin embargo, hay más de un 15% que si tienen prácticas sexuales cuando han consumido bebidas alcohólicas.

En cuanto al consumo de drogas, de las mujeres que participaron en la encuesta, un 12% manifestaron consumir algún tipo de droga en la actualidad, en la mayoría de los casos marihuana, aunque con una baja frecuencia.

El tipo de droga que consumen las lesbianas encuestadas y su frecuencia pueden observarse en los cuadros presentados a continuación:

CONSUMO DE DROGAS EN LA ACTUALIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
Consume algún tipo de drogas en la actualidad	21	11.7
NO, consume drogas en la actualidad	88	48.9
NUNCA ha consumido	68	37.8
N/R	3	1.7
TOTAL	180	100

TIPO DE DROGAS CONSUMIDAS

	Frecuencia	Porcentaje
Marihuana	17	9.4
Anti – depresivos	1	0.6
Analgésicos	2	1.1
Otra	1	0.6
N/R	4	2.2
N/A	153	85.0
Más de una de las anteriores	2	1.1
TOTAL	180	100

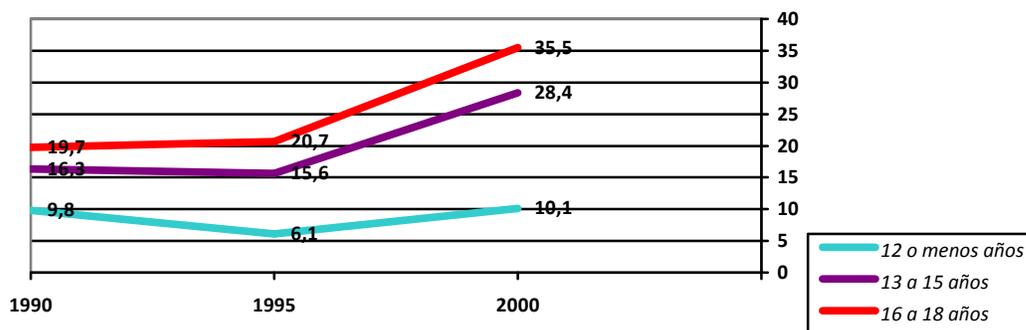
La gran mayoría de las encuestadas no respondieron a la pregunta, por lo que será necesario estudiar el consumo de alcohol y drogas en una investigación independiente y con mayor profundidad, así como analizar el grado de tabaquismo presente en esta población.

Con respecto al consumo de drogas y alcohol no es posible llegar a una conclusión clara. Aunque si debemos referirnos a la tendencia a nivel nacional que se está manifestando en Costa Rica en torno al consumo de bebidas alcohólicas, esta tendencia la refleja el siguiente cuadro y gráfico:

Distribución porcentual de las personas que alguna vez tomaron bebidas alcohólicas, según tipo de edad correspondiente a la primera ingestión. Costa Rica, 1990, 1995 y 2000

Fuente: IAFA

Grupo de edad	1990	1995	2000
12 o menos años	9.8	6.1	10.1
13 a 15 años	16.3	15.6	28.4
16 a 18 años	19.7	20.7	35.5
19 o más años	54.2	57.6	26.0



e) PARTICIPACIÓN EN GRUPOS

Un factor importante relacionado con la salud psicológica y física en las mujeres lesbianas y bisexuales es la accesibilidad a los grupos de apoyo para mujeres ellas, porque pensamos que los grupos de apoyo y encuentro van a facilitar una manera más saludable de manejar la discriminación y la auto aceptación, además de ser un espacio que sirve para informar sobre el sexo seguro, el VIH y otras ITS, etc.

La vinculación de las mujeres encuestadas con grupos se muestra a continuación:

Usted conoce a algún grupo o actividad para mujeres lesbianas o bisexuales?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	99	55,0	55,0	55,0
no	80	44,4	44,4	99,4
3	1	,6	,6	100,0
Total	180	100,0	100,0	

¿Usted participa en un grupo para mujeres lesbianas o bisexuales?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	57	31,7	31,8	31,8
no	121	67,2	67,6	99,4
N/R	1	,6	,6	100,0
Total	179	99,4	100,0	
Missing System	1	,6		
Total	180	100,0		

¿Usted le gustaría participar en un grupo de apoyo para lesbianas o bisexuales?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	132	73,3	73,3	73,3
no	45	25,0	25,0	98,3
N/R	3	1,7	1,7	100,0
Total	180	100,0	100,0	

Un 55% de la muestra conoce un grupo de apoyo para mujeres lesbianas o bisexuales, aunque únicamente el 32% de las mujeres participa en uno de estos grupos.

Resulta interesante que un 73% de la muestra manifiesta interés en participar en un grupo.

Por las respuestas de la muestra se puede concluir que hay un gran interés en participar en un grupo, posiblemente el que no participen de estos espacios se debe más a falta de conocimiento de su existencia o a temor a acercarse a los



mismos, donde la interrelación sería directa y sin música a alto volumen ni alcohol ni mucha más gente alrededor. Lo anterior señala la vigente necesidad de promocionar de nuevas formas los grupos y alternativas de encuentro para mujeres lesbianas.

f) VIOLENCIA ENTRE MUJERES

En nuestra sociedad estamos acostumbradas a pensar que la violencia domestica o intrafamiliar es un fenómeno social frecuente únicamente entre un hombre y una mujer. En los últimos 30 años, las teorías feministas más dominantes entendieron la violencia domestica como “violencia contra la mujer” y como consecuencia invisibilizaron la violencia entre parejas del mismo sexo (ILGA 2006: 34).

Como consecuencia de lo anterior la violencia entre mujeres ha sido muy difícil de comprender, porque históricamente y socialmente **las mujeres no pueden ser violentas**.

Otro factor importante es que las mujeres lesbianas que son victimas de violencia domestica no tienen acceso a recursos de apoyo y ayuda como la policía, terapeutas etc. porque en la sociedad, al igual que a lo interno de la población lésbica, no se reconoce el problema. Sin embargo, últimamente casos de violencia entre mujeres han sido conocidos y algunas investigaciones, aunque muy pocas, ya han sido realizadas en el tema (ILGA 2006:34f).

Costa Rica cuenta con la estructura y mecanismos legales para que una mujer lesbiana pueda denunciar a otra por violencia, sin embargo, la lesbofobia institucionalizada ha alejado a las víctimas de denunciar formalmente sus situaciones particulares, dando como consecuencia una invisibilización aún mayor y una sensación de “normalidad” de la situación dentro de la propia población lésbica nacional.



La violencia se rumora entre pasillos, es algo de lo que se habla poco en voz alta y claramente: las agresoras por vergüenza y temor a una triple discriminación (mujer, lesbiana y agresora), las víctimas por múltiples razones, algunas de ellas posiblemente iguales a las de las mujeres heterosexuales víctimas de agresión por parte de su compañía del sexo opuesto: percepción de desprotección, rechazo social, re – victimización, entre otras.

Los estudios de la ILGA, indican que el problema es tan grave en las parejas lésbicas y gay como en parejas heterosexuales. Estudios sobre la violencia domestica en parejas heterosexuales muestran que entre 25 y 33% de las mujeres son abusadas por sus parejas y según estudios previos, el nivel de la violencia domestica es parecido en las parejas Lésbicas (ILGA 2006:34).

La violencia en parejas no heterosexuales tiene varias causas y formas, algunos parecidos a los de las parejas heterosexuales, pero también depende de factores que son distintos, como el heterocentrismo y la homo/lesbofobia.

La lesbofobia internalizada puede causar una conducta violenta en una persona y también puede ser que una mujer piense que merece la violencia que recibe. Las mujeres lesbianas y bisexuales también son más aisladas socialmente y depende más de su pareja (sea esta agresora o no). En una relación lésbica es más difícil terminar una relación violenta al ser más difícil conseguir ayuda profesional. No es un problema visibilizado tampoco entre profesionales de la salud ni del derecho (ILGA 2006: 34).

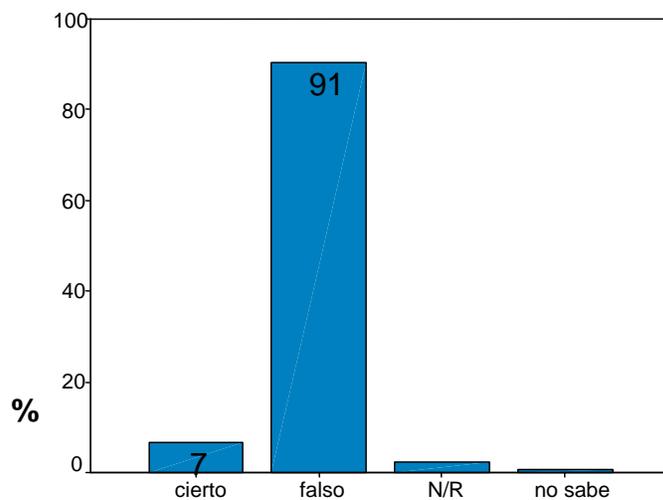
Los estudios que se presentan anteriormente son del nivel internacional y no se pueden aplicar directamente a la situación en Costa Rica, pero pueden dar indicaciones valiosas para investigaciones al nivel nacional.

Se consideró de mucha importancia incluir el tema de violencia doméstica en el estudio. No se pueden generalizar los resultados de nuestro estudio pero, sin embargo, sirven para llamar la atención al tema e indicar si realmente es un problema en la sociedad costarricense que se debería investigar más.

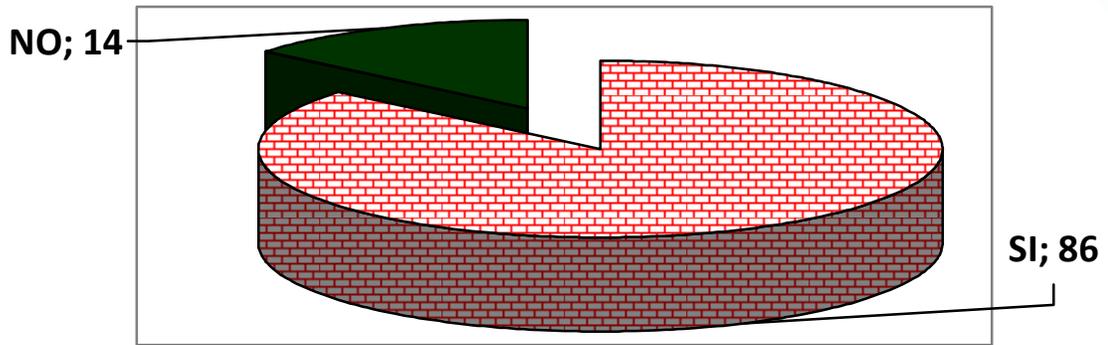
En la encuesta aplicada se incluyeron diferentes preguntas para medir la incidencia de violencia en la población lésbica. Consientes de que la violencia doméstica puede tener varias formas o manifestaciones como violencia física, emocional y sexual, control social o económico (ILGA 2006:34) en este estudio el énfasis está en la violencia física y emocional.

Con respecto a la percepción del problema a lo interno de la población lésbica es claro que ésta si existe y se sabe que es un problema vigente y real, el 91% de las mujeres manifestaron que es falso que este problema NO existe.

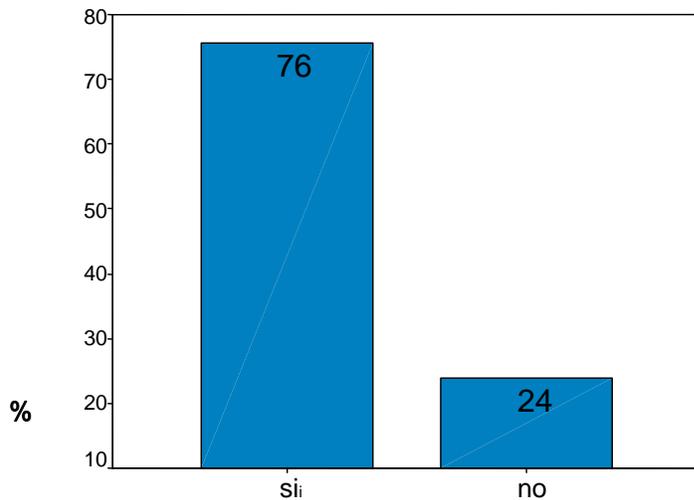
Entre mujeres lesbianas o bisexuales no hay violencia física?



Ha conocido algún caso de **agresión emocional** entre mujeres lesbianas?

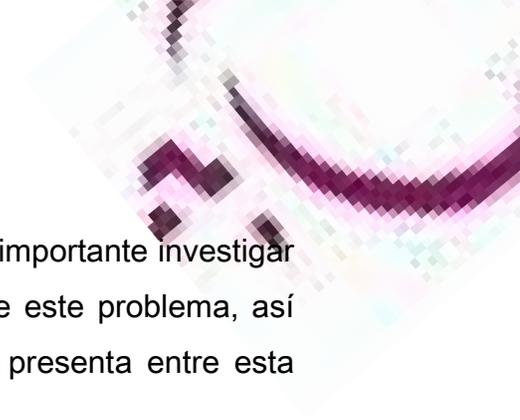


Conoce a alguna mujer lesbiana o bisexual que haya sufrido **agresión física** por parte de otra mujer?



De los cuadros anteriores podemos ver que 136 mujeres (76% de la muestra) respondieron que conocieron a una mujer lesbiana que había sufrido violencia física de parte de su pareja y 155 mujeres (86%) conocieron a algún caso de violencia emocional entre mujeres lesbianas.





Estos datos parecen alarmantes, sin embargo, es muy importante investigar el tema con mayor profundidad y determinar la incidencia de este problema, así como también las causas y las diversas formas en que se presenta entre esta población.

HAYAZGOS MÁS IMPORTANTES

1. Es importante recordar, como lo señalamos al inicio, que ésta es una investigación exploratoria y, por lo tanto, no se pueden generalizar las conclusiones. Sin embargo, la meta de la investigación se ha cumplido porque ha aclarado el escenario sobre el tema y los resultados del estudio indican donde es necesario más información y apoyo o investigación.
2. Se puede concluir que las mujeres que participaron en el estudio son conscientes del tema de las ITS y el VIH, aunque el nivel de conocimientos siempre podría mejorarse. Un 78% saben que hay ITS, e inclusive que el VIH que se puede transmitir al practicar el sexo oral sin protección.
3. La segunda hipótesis se puede confirmar. Pues la mayoría de las mujeres de la muestra piensan que no se puede dejar el sexo seguro aunque tenga una pareja estable; pero al mismo tiempo, solo un 23% de las mujeres usan la barrera de látex con frecuencia. Parece entonces que hay una discrepancia entre los conocimientos y los actos reales.
4. Se puede concluir que más información sobre el sexo seguro es necesaria entre la población lésbica, solo a 37% de las mujeres encuestadas, alguien había enseñado como se hace y usa la barrera de látex, pero también que es importante trabajar con las actitudes de las mujeres lesbianas y bisexuales para que se aplique la teoría a la práctica.

- 
5. Sin embargo, parece que las mujeres en el estudio son más conscientes de la importancia de cambiar el condón o lavar los juguetes sexuales antes de intercambiarlos. Se podría pensar que la practica de cambiar el condón o lavar los juguetes es menos incómodo que usar guantes o barreras de látex. Lo cual también indica la importancia de trabajar las actitudes y los hábitos sexuales, así como de lograr erotizar la protección.
 6. Con respeto al consumo de alcohol, es difícil dar conclusiones sobre el nivel del consumo porque la mayoría de las entrevistas fueron hechas en bares y discotecas, esta investigación nos señala la necesidad de investigar el tema a profundidad.
 7. Con base en lo anterior, sería importante realizar más investigaciones sobre el alcoholismo y su relación entre la discriminación. Lo que se puede notar es que, entre los lugares de encuentro que hay para mujeres lesbianas y bisexuales, los bares y discotecas son los más comunes y esto es preocupante porque promueven una vida poco saludable.
 8. Según los resultados del estudio, la adición a las drogas no parece un problema muy grande en esta población, sin embargo es importante hacer investigaciones más profundas sobre el abuso de drogas también. No logramos identificar claramente, una relación entre el consumo de alcohol y la discriminación que sufren las mujeres lesbianas y bisexuales, pero sería importante realizar otro estudio, más profundo sobre la conexión entre el consumo de alcohol y la discriminación.
 9. Un 73% de las mujeres encuestadas gustarían de participar en un grupo de apoyo, pero solo 32% lo hace. Se puede concluir que hay

una necesidad de más grupos de apoyo o que la promoción de los que hay sea mejor.

10. Los datos de nuestro estudio y del estudio a nivel nacional sobre la frecuencia con que las mujeres se hacen el papanicolau y el auto examen de senos no se puede comparar. Sin embargo, se puede notar que la muestra en nuestro estudio se hace el auto examen de senos y el papanicolau con una frecuencia parecida a las mujeres a nivel nacional. Más bien parece que se cuidan mejor, aunque esto puede deberse al hecho de que las mujeres en la muestra tienen un nivel de escolaridad bastante alto y a que las mujeres con educación alta suele a tener más información y cuidarse mejor (Mok 2001:20f). Los resultados también pueden estar influenciados por el hecho de que la muestra para nuestro estudio es, en su mayoría, de mujeres que viven en la zona urbana y una buena parte de ellas asisten a los grupos de auto apoyo existentes y por eso también probablemente tiene mejor acceso a información.

11. En relación con la información sobre el cáncer de cerviz y el cáncer de mama, ésta no ha llegado a todas las mujeres y se debería mejorar y encontrar estrategias para su abordaje con las mujeres lesbianas.

12. Según los resultados del estudio, la violencia entre mujeres lesbianas y bisexuales es un problema muy grave y es de suma importancia que más estudios sobre el tema serán realizados y que se ofrezca apoyo a las víctimas y a las mujeres agresoras, sin prejuicios y estereotipos.

13. Es importante que en Costa Rica se realicen más investigaciones sobre la situación de vida de las mujeres lesbianas, para no solamente adaptar el discurso y los resultados internacionales.



Debemos tomar en cuenta que Costa Rica tiene condiciones sociales distintas –como lo es la fuerte influencia de la iglesia católica y el machismo imperante –, así como realidades económicas, educativas y otras que requieren estudios con variables particulares y específicas.

14. Lo anterior nos indica que únicamente el brindar información no es suficiente, algo que ya ha sido comprobado alrededor del mundo. Es necesario trabajar las actitudes de auto cuidado entre las mujeres y realizar trabajos relacionados con el manejo del estrés, la ira y la presión social.

Para finalizar... una serie de preguntas que nos surgen después de realizada la presente investigación exploratoria:

- Cómo vamos a mejorar el acceso a los grupos de apoyo para lesbianas y a garantizarles continuidad en el tiempo?
- Qué impacto tienen los grupos de apoyo realmente en esta población? Marcan una diferencia significativa en su actitud hacia el autocuidado y la violencia?
- Cuál sería el rol o la función de los grupos de apoyo para lesbianas?
- Que grado de interés tienen las mujeres lesbianas en participar activamente en actividades políticas públicas?
- Es necesario el empoderamiento de mujeres lesbianas para la actividad política?Cuál ha sido el impacto en los gays de su activismo político?
- Cómo vamos a mejorar el apoyo contra la violencia y las adicciones a lesbianas y qué formas de apoyo son más útiles y necesarias?
- Existe un problema real de drogas y alcoholismo ente las mujeres lesbianas? Tiene alguna incidencia en este hecho la poca existencia de espacios alternativos sanos?

- 
- Qué tipo de discriminación sufren las lesbianas en la sociedad? Cuáles son los principales impactos de esta discriminación en su salud y sus formas de interrelacionarse?
 - Cómo se puede medir el impacto de esta discriminación en ellas y su estilo de vida?
 - Qué grado de incidencia real tiene la violencia entre mujeres lesbianas?
 - Si la violencia física es un problema frecuente, cuáles son sus causas?
 - Cuáles son las principales formas de manifestarse la violencia entre mujeres lesbianas?
 - Cuán frecuente es el sexo con hombres entre mujeres lesbianas costarricenses?
 - Cuales son los principales problemas en salud de las mujeres lesbianas?
 - Con qué frecuencia se realizan exámenes ginecológicos o chequeos médicos?

BIBLIOGRAFIA

Mok Chen Mario et al 2001. *Salud Reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000*. El Centro Centroamericano de Población (CCP), San José.

Hervordotter Susann 1997. *En studie av identitet, öppenhet, sexualvanor och sexuell välförhållande*. Uppsala.

ILGA 2006 *Lesbian and bisexual women's health: Common concerns local issues*.

INAMU 2006 *Mujeres: Breve aproximación sociodemográfica*, Costa Rica.

Sampieri Hernández, Roberto 1998 *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill México

Daria Suarez Rehaag et al. *HSH drogas alcohol y sida en Costa Rica* 2004 CIPAC.

Quirós, Suárez y Madrigal, *Una nueva forma de vivir*, 2003, CIPAC

Bejarano y Ugalde, *Consumo de Drogas en Costa Rica*, 2003, IAFA

Salud de las mujeres en Costa Rica, Un análisis desde la perspectiva de género, INAMU – MINSA, 2005