

Enc-LGBTI

* La presente encuesta hace parte de un proceso de caracterización de la población LGTBIQ+ realizada por la Secretaría de las Mujeres, Equidad de Género e Igualdad de Derechos de la Alcaldía Distrital para la formulación de la Política Pública de Diversidad en la ciudad de Buenaventura. El entrevistador(a) le realizará una serie de preguntas sobre las condiciones socioeconómicas, violencias vividas y derechos de la población LGTBIQ+ de Buenaventura. La entrevista durará aproximadamente 30 minutos. Si usted considera que responder alguna de las preguntas pone en riesgo su vida, la de sus seres queridos, o la de los investigadores, usted puede rehusarse a responder. La actividad en la que usted va a participar no ofrece ningún incentivo. Sin embargo, esta encuesta contribuirá al desarrollo social, cultural, y organizativo de dicha población.

La información que se recopile en esta investigación será confidencial. La información será custodiada por el equipo investigador y por la Secretaría de las Mujeres, Equidad de Género e Igualdad de Derechos.

¿Usted está de acuerdo en participar en el presente estudio?

Sí

No

Nombre de encuestador(a)

- MARIA FERNANDA ARBOLEDA
- JHOANY MORENO
- KEVIN DIAZ
- JOSE RIASCOS
- JOSE CHARLY VALENCIA
- JOHNNATAN PARRA
- DEISY NARVAEZ
- JUAN DIEGO RODRIGUEZ
- KEVIN ESCOBAR
- LELI RUBEN GONGORA
- MANUEL ADAN MARIN
- CRISTINA ANDREA MARTINEZ
- FRANK WILLIAM QUINTERO

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

* Por favor, indíqueme el nombre con el que le gusta ser llamado(a)

* ¿Con qué pronombres le gusta ser llamado(a)?

-Puede marcar varias opciones

- Él/Lo
- Ella/la
- Ellos/Ellas/Los/Las
- Otro
-

* ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Mes ▼ Día ▼ Año ▼

* ¿Vive usted en Colombia actualmente?

- Sí
- No
-

* ¿En qué país vive usted actualmente?

* ¿En qué municipio nació usted?

- Buenaventura
- Santiago de Cali
- Alcalá
- Andalucía
- Ansermanuevo
- Argelia
- Bolívar
- Buga
- Bugalagrande
- Caicedonia
- Calima-El Darién
- Candelaria
- Cartago
- Dagua
- El Águila
- El Cairo
- El Cerrito
- El Dovio
- Florida
- Ginebra
- Guacarí
- Jamundí

- La Cumbre
 - La Unión
 - La Victoria
 - Obando
 - Palmira
 - Pradera
 - Restrepo
 - Riofrío
 - Roldanillo
 - San Pedro
 - Sevilla
 - Toro
 - Trujillo
 - Tuluá
 - Ulloa
 - Versailles
 - Vijes
 - Yotoco
 - Yumbo
 - Zarzal
 - Otro
-

* ¿Usted vive en el mismo municipio en el que nació?

Sí

No

* ¿Por qué razón no vive usted en el municipio en el que nació?

-Puede marcar varias opciones

Migró a una edad temprana con sus padres u otros familiares y no fue decisión suya

Por motivo de búsqueda de mejores oportunidades laborales

Por razones de estudio

Porque sentía que en su municipio se sentía discriminada(o) por su orientación sexual o identidad de género

Porque se sentía discriminado(a) por otras razones

Other

* ¿En qué municipio vive?

- Buenaventura
- Santiago de Cali
- Alcalá
- Andalucía
- Ansermanuevo
- Argelia
- Bolívar
- Buga
- Bugalagrande
- Caicedonia
- Calima-El Darién
- Candelaria
- Cartago
- Dagua
- El Águila
- El Cairo
- El Cerrito
- El Dovio
- Florida
- Ginebra
- Guacarí
- Jamundí

- La Cumbre
 - La Unión
 - La Victoria
 - Obando
 - Palmira
 - Pradera
 - Restrepo
 - Riofrío
 - Roldanillo
 - San Pedro
 - Sevilla
 - Toro
 - Trujillo
 - Tuluá
 - Ulloa
 - Versailles
 - Vijes
 - Yotoco
 - Yumbo
 - Zarzal
 - Otro
-

* ¿Cuál es el nombre del barrio en el que vive?

- NAYITA
- CENTENARIO
- LA ISLA
- VIENTO LIBRE (Norte)
- MONTECHINO
- EL FIRME
- CAPRICHO
- FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
- EL JORGE
- BORRERO OLANO
- SANTA ROSA
- ALFONSO LOPEZ PUMAREJO (Norte)
- ALFONSO LOPEZ PUMAREJO (Sur)
- ALBERTO LLERAS CAMARGO
- SAN JOSE
- MURO YUSTY
- VIENTO LIBRE (Sur)
- CAMPO ALEGRE
- LA PLAYITA
- PASCUAL DE ANDAGOYA
- LA PALERA
- PUNTA DEL ESTE

- SANTA CRUZ
- LA INMACULADA
- SANTA FE
- MIRAMAR
- EL PORVENIR
- EL CAMPIN
- EL JARDÍN
- BRISAS DEL MAR
- MIRAFLORES
- EL ORIENTE
- BOSQUE MUNICIPAL
- ISLA DE LA PAZ
- NAVAL
- LA COMUNA
- KENNEDY
- SAN LUIS
- SAN FRANCISCO
- MUNICIPAL
- JUAN XXIII
- EUCARISTICO
- ROCKEFELLER
- 14 DE JULIO
- MODELO



- MARIA EUGENIA
- BELLAVISTA
- OLIMPICO
- EL CRISTAL
- TRANSFORMACIÓN
- LOS LAURELES
- CIUDADELA COLPUERTOS
- SAN BUENAVENTURA
- DOÑA CECI
- 12 DE ABRIL
- 6 DE ENERO
- TURBAY AYALA
- NUEVA BUENAVENTURA
- INDEPENDENCIA
- URBANIZACION ACUARELA
- CARLOS HOLMES
- LAS AMERICAS
- BOLIVAR
- CAMILO TORRES
- URBANIZACIÓN BAHIA
- EL PROGRESO
- LA FORTALEZA
- URBANIZACION COMUNITARIA
- LOS ALAMOS



- URBANIZACION COMFAMAR
- BELLO HORIZONTE
- EL DORADO
- ANTONIO NARIÑO
- CASCAJAL
- EL CARMEN
- NUEVA COLOMBIA
- LOS PINOS
- PANAMERICANO
- GRANCOLOMBIANA
- CRISTÓBAL COLON
- EL FUTURO
- PUERTA DEL MAR
- ALFONSO LOPEZ MICHELSEN
- UNION DE VIVIENDA
- 20 DE JUNIO
- EL RETEN
- BARRIO CALDAS
- RAFAEL URIBE URIBE
- EL CAMBIO
- NUEVO AMANECER
- LA CAMPIÑA
- VISTA HERMOSA
- JORGE ELIECER GAITAN



- LA DIGNIDAD
 - EL TRIUNFO
 - NUEVA FRONTERA
 - MATIA MULUMBA
 - LA LIBERTAD
 - EL RUIZ
 - 12 DE OCTUBRE
 - BRISAS DEL PACIFIC.
 - NUEVA GRANADA
 - LAS PALMAS
 - CABAL POMBO
 - LA UNION
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿La zona en la que usted vive es?

- Rural
 - Urbana
 - No sabe/No responde
-

* ¿Cuál es el número de la comuna en la que usted vive?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - No sabe/No responde
-

* ¿Cuál es el nombre del corregimiento o la vereda en la que usted vive?

- Barcos
- Bocas del San Juan
- Calle Honda
- El Carmen
- Cisneros
- El Patico
- El Tigre
- Gamboa
- Guadualito
- Kilómetro 43
- la Triana
- La Trojita
- Mayorquín
- Nicolás Ramos Hidalgo
- Potedó
- San Antonio de Yurumanguí
- San Isidro
- San Lorenzo
- San Pedro de Naya
- Silva
- Taparal
- Otro ¿Cuál?

* De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, usted se reconoce como:

- Afrocolombiana(o), afrodescendiente (negra(o), mulata(o), raizal, palenquera(o))
 - Indígena
 - Mestiza(o)
 - Blanca(o)
 - Rom o gitana(o)
 - Otro
 - Ninguno
-

* ¿Qué estrato aparece en los recibos de servicios públicos de su hogar?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - No sabe/No responde
-

* ¿La vivienda en la que usted vive es?

- Propia
 - Arrendada
 - Sana posesión
 - Invasión
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿La vivienda cuenta con los siguientes servicios básicos?

-Puede marcar varias opciones

- Acueducto
 - Alcantarillado
 - Electricidad
 - Gas
 - Internet
 - Teléfono
 - Recolección y transporte de residuos
 - Todas las anteriores
-

* ¿Con cuántos cuartos, incluyendo sala-comedor, cuenta la vivienda? (excluya cocina, baños, garaje y cuartos destinados a negocio)

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
-

* ¿Con quién vive usted?

- Solo(a)
 - Con su pareja
 - Con su pareja e hijos(as)
 - Con su pareja y otros familiares
 - Con su pareja, sus hijos(as) y otros familiares
 - Con otros familiares (diferentes a su pareja e hijos(as))
 - Con personas no familiares y otros familiares (diferentes a su pareja e hijos(as))
 - Con personas no familiares
-

* ¿Cuántas personas viven con usted actualmente?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
 - 16
 - 17
 - 18
 - 19
 - 20
-

* ¿Usted tiene hijos?

Sí

No

* ¿Cuántos hijos(as) tiene usted?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

* ¿Cuántos hijos mayores de edad tiene?

- 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - Más de 10
-

* ¿Cuántos hijos menores de edad tiene?

- 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - Más de 10
-

* Estos hijos son:

-Puede marcar varias opciones

- De una relación heterosexual
 - Hijos(as) biológicos de su pareja
 - Adoptados(as) legalmente
 - Hijos(as) de crianza
 - Nacimiento por reproducción asistida
 - Otra ¿Cuál?
-

* ¿Usted ha considerado la posibilidad de ser padre/madre?

- Sí
 - No
-

* ¿Cuál es su parentesco con la persona que aporta más ingresos monetarios al hogar?

- Yo soy la persona que más aporta
 - Aportamos cantidades iguales
 - Conyugue o compañero(a)
 - Hijo(a), Hijastro(a), hijo(a) adoptivo(a)
 - Nieto(a)
 - Padre, madre, padrastro, madrastra
 - Otro pariente
 - Empleado(a) de servicio doméstico
 - No pariente
 - Otro
-

* ¿Tiene usted alguna discapacidad que le impida estudiar o trabajar?

- Sí
 - No
-

Esta discapacidad le impide:

-Puede marcar varias opciones

- Moverse o caminar
- Usar sus brazos o manos
- Oír, aun con aparatos especiales
- Hablar
- Ver, a pesar de usar lentes
- Entender o aprender
- Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales
- Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo
- Otra discapacidad

AUTO IDENTIFICACIÓN DE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

* De acuerdo con su certificado original de nacimiento, ¿cuál fue el sexo que se le asignó al nacer?

- Mujer
- Hombre
- Intersexual

* ¿Cuál es su identidad de género?

- Hombre
 - Mujer
 - Hombre Trans (transexual, transgénero, travesti)
 - Mujer Trans (transexual, transgénero, travesti)
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿Cuál es su orientación sexual?

- Gay
 - Lesbiana
 - Bisexual
 - Heterosexual
 - Pansexual
 - Asexual
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero(a)
 - Casado(a)
 - Unión libre
 - Separado(a)
 - Divorciado(a)
 - Viudo(a)
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿Su familia tiene conocimiento de su orientación sexual y/o identidad de género?

- Sí
 - No
-

* ¿Sus amigos tienen conocimiento de su orientación sexual y/o identidad de género?

- Sí
 - No
-

* ¿Las personas de su entorno (colegio, universidad, trabajo, otros) tienen conocimiento de su orientación sexual y/o identidad de género?

- Sí
 - No
-

* ¿Usted tiene familiares cercanos que pertenezcan a la comunidad LGTBI?

Sí

No

* ¿Usted tiene amigos que pertenezcan a la comunidad LGTBI?

Sí

No

SALUD

¿Se encuentra usted afiliado al servicio de salud?

Sí

No

* ¿A qué régimen pertenece?

Contributivo

Subsidiado

No sabe/No responde

* ¿A qué EPS se encuentra usted afiliado (a)?

- Asmet Salud
 - Nueva EPS
 - Coomeva EPS
 - Selvasalud
 - Salud y Vida
 - Colsanitas
 - Coosalud
 - Cooemsanar
 - Salud total
 - Acción Social Corporación
 - Otra ¿Cuál?
-

* ¿Si usted necesitara recibir atención médica hoy mismo, podría acceder a este servicio?

- Sí
 - No
-

* ¿Cuáles son los motivos por los que usted no recibiría atención médica?

-Puede marcar varias opciones

- No tengo tiempo
- No veo la necesidad
- No tengo seguro médico
- No me siento cómodo/a con la atención médica que brindan los/as médicas/as
- He tenido malas experiencias con doctores
- No confío en la medicina tradicional
- Cuando voy a centros de salud nunca me atienden
- No tengo recursos económicos para acceder a estos servicios
- Cree que sentiría discriminación por su orientación sexual o identidad de género
- Otra ¿Cuál?

POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

* ¿Alguna vez ha ejercido su derecho al voto?

- Sí
 - No
-

¿Por qué razón no ha ejercido su derecho al voto?

-Puede marcar varias opciones

- La política no es un tema de su interés
 - Le da pereza
 - No ha tenido la oportunidad debido a sus ocupaciones
 - Tiene una discapacidad que le impide hacerlo
 - Acaba de cumplir los 18 años
 - Es menor de edad
 - Otro ¿Cuál?
-

* Para que usted apoye a un candidato(a) en específico, ¿tiene usted en cuenta que este candidato(a) tenga propuestas respecto a los derechos de la población LGTBI?

- Sí
 - No
-

* ¿Conoce usted alguna ley, acuerdo o fallo aprobado, o en curso, que proteja o beneficie, a las personas de la comunidad LGTBI?

- Sí
 - No
-

* ¿Cuál o cuáles? (puede responder varias)

- Ordenanzas
 - Leyes
 - Acuerdos
 - Resoluciones
 - Autos
 - Decretos
 - Otra
-

* ¿Participa o ha participado usted en algún movimiento social u organización que apoye o luche por los derechos de la comunidad LGTBI?

- Sí
 - No
-

* ¿Participa o ha participado usted en algún movimiento social u organización como las siguientes?

-Puede marcar varias opciones

- Asociación de vecinos o junta de acción comunal
 - Asociación de padres/madres
 - Partido político
 - Grupo religioso
 - Sindicato
 - ONG
 - Ninguna
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿Pertenece usted actualmente a alguna organización de la comunidad LGBTI?

- Sí
 - No
-

* ¿Ha participado usted alguna vez en manifestaciones públicas o marchas por los derechos de la población LGTBI?

- Sí
 - No
-

* ¿Considera usted que la Administración Municipal de su zona ofrece espacios de participación ciudadana para la población LGTBI?

- Sí
- No

* ¿Ha sido usted beneficiario(a) de alguno de los siguientes programas?

-Puede marcar varias opciones

- Familias en acción
- Atención y reparación para las víctimas
- Jóvenes en acción
- Subsidio de vivienda
- Crédito ICETEX
- Otro
- Ninguno de las anteriores

EDUCACIÓN

* ¿Cuál ha sido el nivel de escolaridad más alto alcanzado por usted hasta el momento?

- Primaria
- Bachiller
- Técnico (a)
- Tecnólogo (a)
- Licenciatura
- Profesional
- Posgrado
- Ninguno

* ¿Se encuentra usted estudiando actualmente?

Sí

No

* ¿Cuál es la razón principal por la que usted no se encuentra estudiando ?

-Puede marcar varias opciones

Edad

Terminó sus estudios

Falta de recursos económicos

Por trabajo

Por temor a los maestros

Por enfermedad o discapacidad

Por ayudar en quehaceres del hogar

La familia no le permite estudiar

No está interesado/a en estudiar

Otra ¿Cual?

* ¿Cuál ha sido el área principal de su formación?

- Negocios y administración
- Salud
- Ciencias sociales y estudios del comportamiento
- Ingenierías
- Artes
- Humanidades
- Ciencias de la computación
- Derecho
- Arquitectura y construcción
- Ciencias de la información
- Ciencias físicas, químicas y de la tierra
- Ciencias de la educación
- Matemáticas y estadísticas
- Ciencias naturales
- Formación docente
- Manufacturas y procesos
- Veterinaria
- Servicios personales
- Agronomía, Silvicultura y pesca
- Servicios de transporte
- Culinaria
- Otro

Ninguna

* ¿Piensa estudiar a futuro?

Sí

No

* ¿Por qué no?

-Puede marcar varias opciones

Edad

Terminó sus estudios

Falta de recursos económicos

Por trabajo

Por temor a los maestros

Por enfermedad o discapacidad

Por ayudar en quehaceres del hogar

La familia no le permite estudiar

No está interesado/a en estudiar

* ¿Tu empleo actual corresponde a los estudios que has realizado?

Sí

No

No aplica

LABORAL

* ¿A cuál de las siguientes actividades dedica usted mayor parte de su tiempo?

- Trabajar
 - Buscar trabajo
 - Estudiar
 - Trabajo doméstico en su hogar (cuidar de otros, limpiar, lavar, cocinar, entre otros)
 - Otra actividad
-

¿Usted trabajó remuneradamente al menos una hora durante la última semana?

- Sí
 - No
-

* ¿En qué sector económico trabaja usted?

- Agricultura, silvicultura y pesca
- Explotación de minas y canteras
- Industrias manufactureras
- Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado
- Suministro de agua; alcantarillado, gestión de desechos y actividades de saneamiento
- Construcción
- Comercio al por mayor y al por menor; reparación de los vehículos de motor y de las motocicletas
- Transporte y almacenamiento
- Alojamiento y servicios de comida
- Información y comunicación
- Actividades financieras y de seguro
- Actividades inmobiliarias
- Actividades profesionales, científicas y técnicas
- Actividades administrativas y servicios de apoyo
- Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria
- Educación (Enseñanza)
- Servicios sociales y relacionados con la salud humana
- Artes, entretenimiento y recreación
- Otras actividades de servicio
- Oficios domésticos (Actividades de los hogares en calidad de empleadores, actividades indiferenciadas de producción de bienes y servicios de los hogares para uso propio)
- Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales
- Trabajo sexual

Trabajo sexual

Estoy desempleado (a)

Otro

* ¿Qué tan satisfecho(a) esta usted con su trabajo?



Muy insatisfecho(a)



insatisfecho(a)



Ni insatisfecho(a) ni
satisfecho(a)



satisfecho(a)



Muy satisfecho(a)

* ¿Cree usted que el dinero que gana en este trabajo corresponde al dinero que usted merece por el trabajo que usted realiza?

Sí

No

* ¿En el lugar en el que usted trabaja tienen conocimiento de su orientación sexual?

Sí

No

* ¿En el lugar en el que usted trabaja tienen conocimiento de su identidad de género?

Sí

No

* ¿Cuántas horas trabajó la semana pasada o la última semana que trabajó?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

~

- 46
 - 47
 - 48
 - 49
 - 50
 - 51
 - 52
 - 53
 - 54
 - 55
 - 56
 - 57
 - 58
 - 59
 - 60
 - Más de 60
 - 0
-

* Aunque no haya trabajado la semana pasada, ¿tiene usted algún trabajo o negocio al cual con seguridad va a regresar?

- Sí
 - No
-

* ¿Por qué motivo dejó su último trabajo?

-Puede marcar varias opciones

- Por despido
 - Para dedicarse a estudiar
 - Responsabilidades familiares
 - Enfermedad o accidente
 - Jubilación o retiro
 - Por sentirse discriminado(a) por su orientación sexual o por su identidad de género
 - Condiciones de trabajo insatisfactorias
 - Cierre o dificultades de la empresa
 - Trabajo temporal terminado
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿Está o estuvo involucrado/a en el ejercicio del trabajo sexual?

- Sí
 - No
 - Prefiere no responder
-

* ¿Cuál es o fue el medio de contacto que usted utiliza o utilizaba para ejercer trabajo sexual?

- Internet
- En la calle o plaza
- Clientes referidos
- Otro ¿Cuál?

* Contándose a sí mismo(a) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
-

* ¿A cuánto corresponden sus ingresos mensuales promedio? (el salario mínimo (smmlv) para el 2020 es de \$877.803 mensuales)

- No tiene ingresos propios
- Menos de 1 smmlv
- 1 smmlv
- entre 1 y 2 smmlv
- Entre 2 y 3 smmlv
- Más de 3 smmlv

ABUSO, ACOSO Y DISCRIMINACIÓN

* ¿Alguna vez ha sufrido de acoso en su ámbito laboral debido a su orientación sexual?

- Sí
- No

* ¿Alguna vez ha sufrido de acoso en su ámbito laboral debido a su identidad de género?

- Sí
- No

* ¿Alguna vez ha sufrido de discriminación en su ámbito laboral debido a su orientación sexual?

- Sí
- No

* ¿Alguna vez ha sufrido de discriminación en su ámbito laboral debido a su identidad de género?

Sí

No

* A causa de su orientación sexual y/o identidad de género, ¿alguna vez usted ha sufrido alguna de las siguientes discriminaciones?

-Puede marcar varias opciones

- No ha sido empleado(a) o contratado(a) en un trabajo
- Ha sido despedido(a) de su trabajo
- Le prohibieron la entrada o permanencia en algún comercio o lugar público
- Le prohibieron la entrada o permanencia en algún comercio o lugar
- Ha sido mal atendido(a) en servicios de salud por profesionales de la salud
- Se le ha negado el acceso a los servicio de salud
- Ha sido discriminado(a) por profesores(as) o compañeros(as) en escuela / colegio o universidad
- Ha sido discriminado(a) por amigos(as)
- Ha sido discriminado(a) por vecinos(as)
- Ha sido excluido(a) o marginado(a) del ambiente familiar
- Ha sido excluido(a) o marginado(a) de un espacio o grupo religioso
- Se le ha impedido donar sangre
- Ha sido discriminado(a) por policías
- Ha sido discriminado(a) por personal de seguridad privada
- Ha sido discriminado(a) por personal del sistema de salud
- Ha sido mal entendido(a) en Comisarías de familia, Juzgados de familia
- Le han negado un derecho en una instancia judicial (Comisaría de familia, Juzgado)
- Se le ha negado el derecho de acceso a una instancia judicial
- Ninguna
- Otra ¿Cuál?

* ¿En qué lugares sintió la discriminación antes mencionada?

-Puede marcar varias opciones

- Hogar de crianza
 - Hogar en pareja
 - Trabajo
 - Institución educativa
 - Local comercial
 - Calle o espacio público
 - Clínica u hospital
 - Otro ¿Cuál?
-

* ¿Quién o quiénes lo(a) discriminaron o agredieron?

-Puede marcar varias opciones

- Amigos(as)
 - Pareja
 - Padre o madre
 - Hijos(as)
 - Otro familiar
 - Compañeros(as) trabajo / estudio
 - Vecinos(as)
 - Profesional de la salud
 - Policía o seguridad
 - Profesor(a)
 - Funcionario(a) público(a)
 - Desconocido(a)
 - Jefe / Empleador(a)
 - Otro ¿Quién?
-

* ¿Le contó o pidió ayuda a personas cercanas a usted o a instituciones?

- Sí
 - No
-

*** ¿A quién (es) acudió usted?**

-Puede marcar varias opciones

- Pareja
 - Madre
 - Padre
 - Compañeros(as) trabajo / estudio
 - Profesor(a)
 - Empleador(a)
 - Vecinos(as)
 - Otro ¿Quién?
-

*** ¿Considera usted que buscar ayuda fue útil?**

- Si: sirvió / recibió apoyo
 - Le sugirieron que se quedara callado(a)
 - No: lo(a) trataron mal, lo(a) humillaron
 - Otra ¿Cuál?
-

* ¿Usted acudió a alguna institución para buscar ayuda o para denunciar lo sucedido?

-Puede marcar varias opciones

- No, no acudí a ninguna institución
 - Inspección de policía
 - Comisaría de familia
 - ICBF
 - Fiscalía
 - Juzgado
 - Instituciones de salud
 - Organización defensora de derechos LGBT
 - Organismo defensa derechos humanos
 - Otra ¿Cuál?
-

* ¿Cuál fue el resultado de la queja?

-Puede marcar varias opciones

- Sancionaron la agresión
 - No sancionaron la agresión
 - No cesó la violencia
 - Aumentó la violencia
 - Otra ¿Cuál?
-

* A causa de su orientación sexual y/o identidad de género, ¿alguna vez le han negado la atención en alguna de las siguientes entidades?

-Puede marcar varias opciones

- Comisaria de Familia
 - Fiscalía
 - Medicina legal
 - Policía
 - Alcaldía
 - Ninguna de las anteriores
 - Otra entidad del Estado ¿Cuál?
-

* ¿Alguna vez le han preguntado por su orientación sexual o identidad de género para obtener un empleo?

- Sí
 - No
-

* A causa de su orientación sexual y/o identidad de género o sus preferencias sexuales, ¿alguna vez ha sido víctima de alguna de las siguientes agresiones o abusos?

-Puede marcar varias opciones

- Agresión física
- Amenaza
- Agresión verbal
- Asalto con escopolamina u otra sustancia
- Violencia sexual
- Chantaje / extorsión (amenaza contarle a alguien)
- Intimidación
- Acoso
- Vandalización, robo, o daño intencional de su propiedad
- Alguien intento atacarle, robarle o dañarle su propiedad
- Le han arrojado objetos
- Encierro en un centro religioso
- Prohibición de asistir a actividades propuestas por grupos LGBTI
- Prohibición de salir con otras personas
- Obligación a vestirse de acuerdo a su sexo biológico
- Obligación a asistir a cultos religiosos
- Amenaza de quitarle la custodia de sus hijos/as
- Obligación de contraer matrimonio
- Presión para mantenerse en el matrimonio por los hijos/as
- Sometimiento a tratamiento hormonal para “cambiarle” contra su voluntad
- Imposición de un novio/a para que cambie

- Imposición de un nombre para que cambie
 - Obligación a dejar actividades o deportes que se consideren inapropiados
 - Le hace sentir que debe ser más masculino o femenina
 - Imposición de asistir donde un psicólogo, psiquiatra, cura o pastor para “curarle” o “cambiarle
 - Negación de recursos para su educación
 - Dejaron de hablarle uno o mas familiares
 - Aceptación tácita (aceptan a usted pero no a su pareja)
 - Obligación a cambiar de domicilio o de país
 - Expulsión de su casa
 - Exclusión de reuniones familiares
 - Exclusión de eventos religiosos (bautizos, bodas, etc.)
 - Golpes u otras agresiones físicas
 - Gritos, insultos, amenazas y burlas
 - Acoso sexual
 - Relaciones sexuales obligadas
 - Encierro en clínicas correctivas
 - Recibió tratamiento de alguien que trató de cambiar su orientación sexual, o de alguien que trató de hacer que se identificara solamente con el sexo asignado al nacer
 - Ninguna de las anteriores
 - Otra ¿Cuál?
-

* ¿Usted acudió a alguna institución para buscar ayuda o para denunciar lo sucedido?

-Puede marcar varias opciones

- No, no acudí a ninguna institución
 - Inspección de policía
 - Comisaría de familia
 - ICBF
 - Fiscalía
 - Juzgado
 - Instituciones de salud
 - Organización defensora de derechos LGBT
 - Organismo defensa derechos humanos
 - Otra ¿Cuál?
-

* ¿Cuál fue el resultado de la queja?

-Puede marcar varias opciones

- Sancionaron la agresión
 - No sancionaron la agresión
 - No cesó la violencia
 - Aumentó la violencia
 - Otra ¿Cuál?
-

¿Alguna vez le han obligado a hacerse una prueba de ITS o VIH?

Sí

No

* ¿Conoce de alguna entidad o institución que le pueda apoyar en caso de que usted o algún conocido sea víctima de discriminación debido a su orientación sexual o identidad sexual?

Sí

No

¿Cuál?

* ¿El lugar en donde usted trabaja actualmente es un espacio donde se le permita a usted y a otros a expresar abiertamente su identidad de género u orientación sexual?

Sí

No

* ¿Se siente inseguro(a) en su casa debido a sus características personales, reales o percibidas?

Sí

No

* ¿Alguna vez ha dejado de asistir a alguna actividad, reunión, encuentro y otro por miedo a ser juzgado debido a su orientación sexual o identidad de género?

Sí

No

* ¿Usted ha sido víctima de alguna de las siguientes situaciones generadas por el conflicto armado?

-Puede marcar varias opciones

Desplazamiento

Amenaza

Secuestro

Confinamiento

Prostitución forzada

Abuso sexual

Situación de extrema pobreza

Situación de calle

Ninguna

Otra ¿Cuál?

* ¿Alguna de las situaciones anteriores se presentó debido a su orientación sexual o de género?

Sí

No

* ¿Le gustaría tener información sobre los resultados de esta encuesta?

Sí

No

* Por favor déjenos su dirección electrónica y le haremos llegar nuestros reportes