

ENCUESTA VISIBLES



MUJERES LESBIANAS Y
BISEXUALES EN CHILE

APLICADA A **2146** MUJERES ENTRE **11 Y 59 AÑOS**

MOVILH
mujer



Universo: mujeres entre 11 y 59 años que gustan de otras mujeres y/o tienen relaciones amorosas y eróticas con persona de su mismo sexo. Pertenecen a todos estratos socioeconómicos y regiones del país.

Marco Muestral: En Chile no existen datos exactos sobre número de mujeres homo-bi-pansexuales. Basados en el Informe Kinsey, según al cual este grupo humano asciende 10% de toda población, y teniendo a la vista los resultados del Censo 2017 en Chile habría 676.959 mujeres homo/bi/pansexuales entre 11 y 59 años.

Tamaño y características de la muestra: 2.146 mujeres con prácticas homo/bi/pansexuales habitantes de todas las regiones del país y de entre 11 y 59 años.



Tipo de muestreo: Probabilístico.

Lugar de aplicación: Internet, Redes Sociales, correo electrónico.

Instrumento: Encuestas electrónicas. Se solicitó el RUT para dotar de mayor rigor a los resultados.

Fecha de Aplicación:

18 de julio al 19 de agosto del 2019

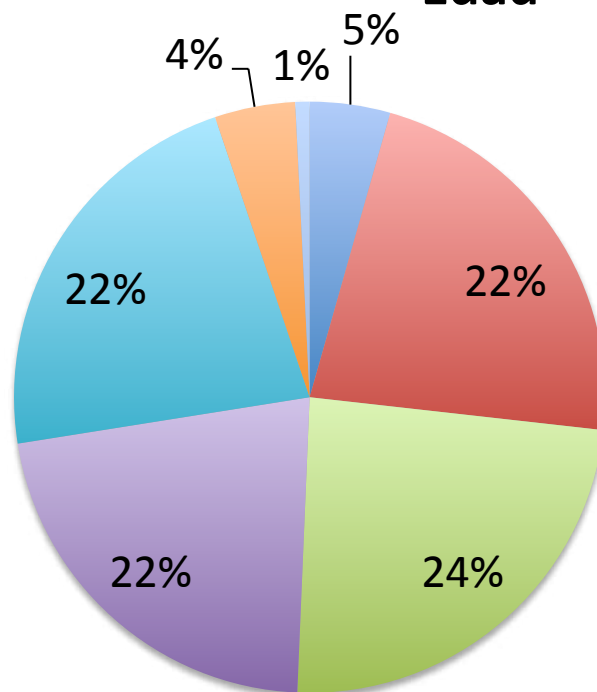
Margen de error: 3%

Nivel de confianza: 95%

A woman with short dark hair is smiling at the camera. She is wearing a black tank top and a necklace with a circular pendant. The background is a sunset over water, with a strong purple and pink color overlay.

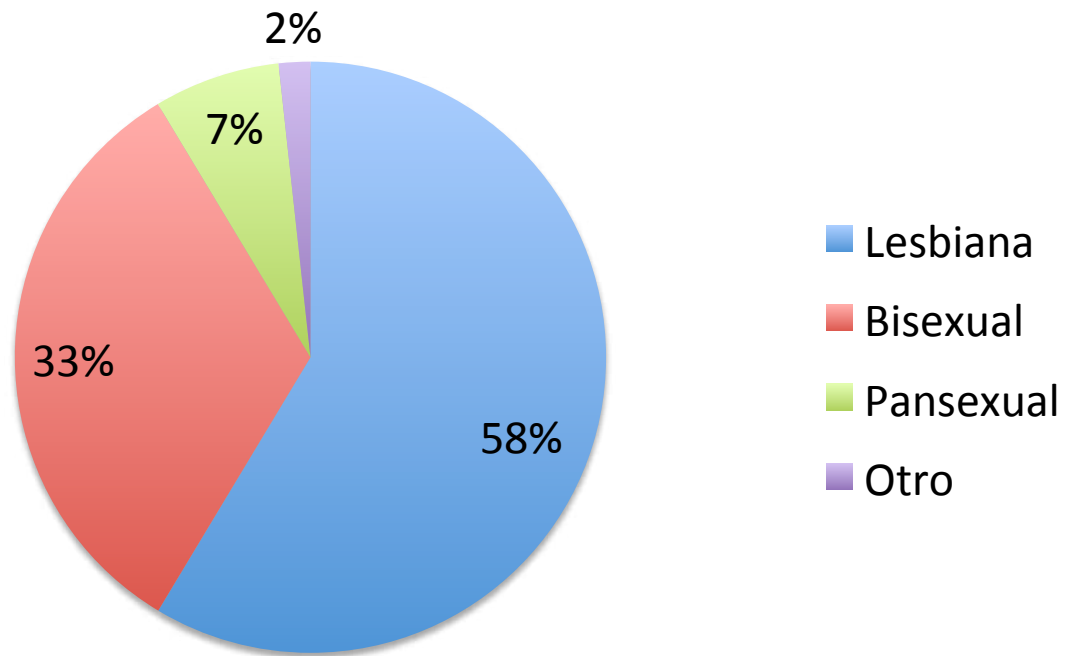
CARACTERIZACIÓN GENERAL

Edad

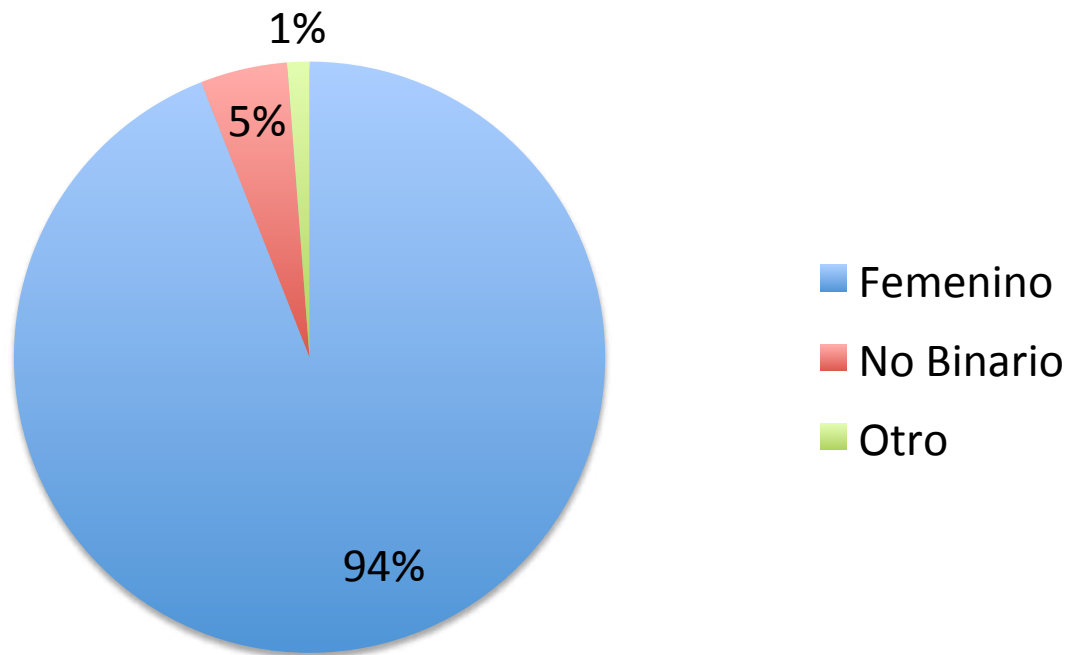


- 11 a 14 años
- 15 a 19 años
- 20 a 24 años
- 25 a 29 años
- 30 a 39 años
- 40 a 49 años
- 50 a 59 años

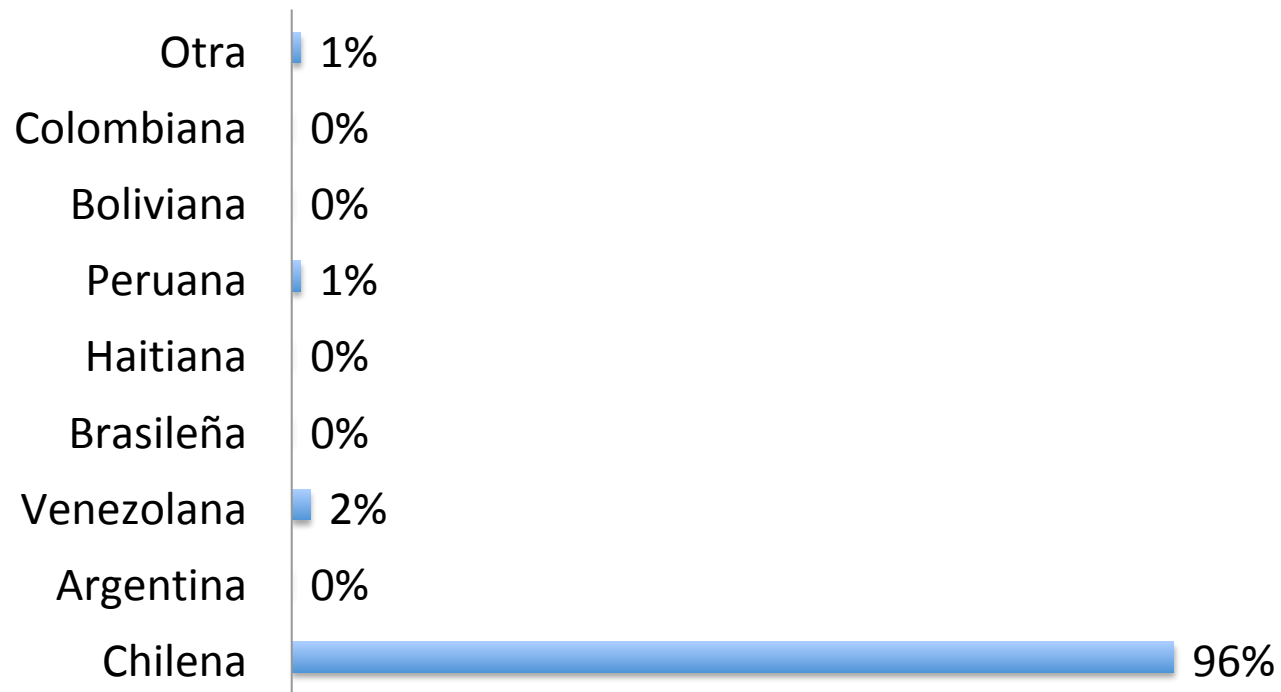
Orientación Sexual



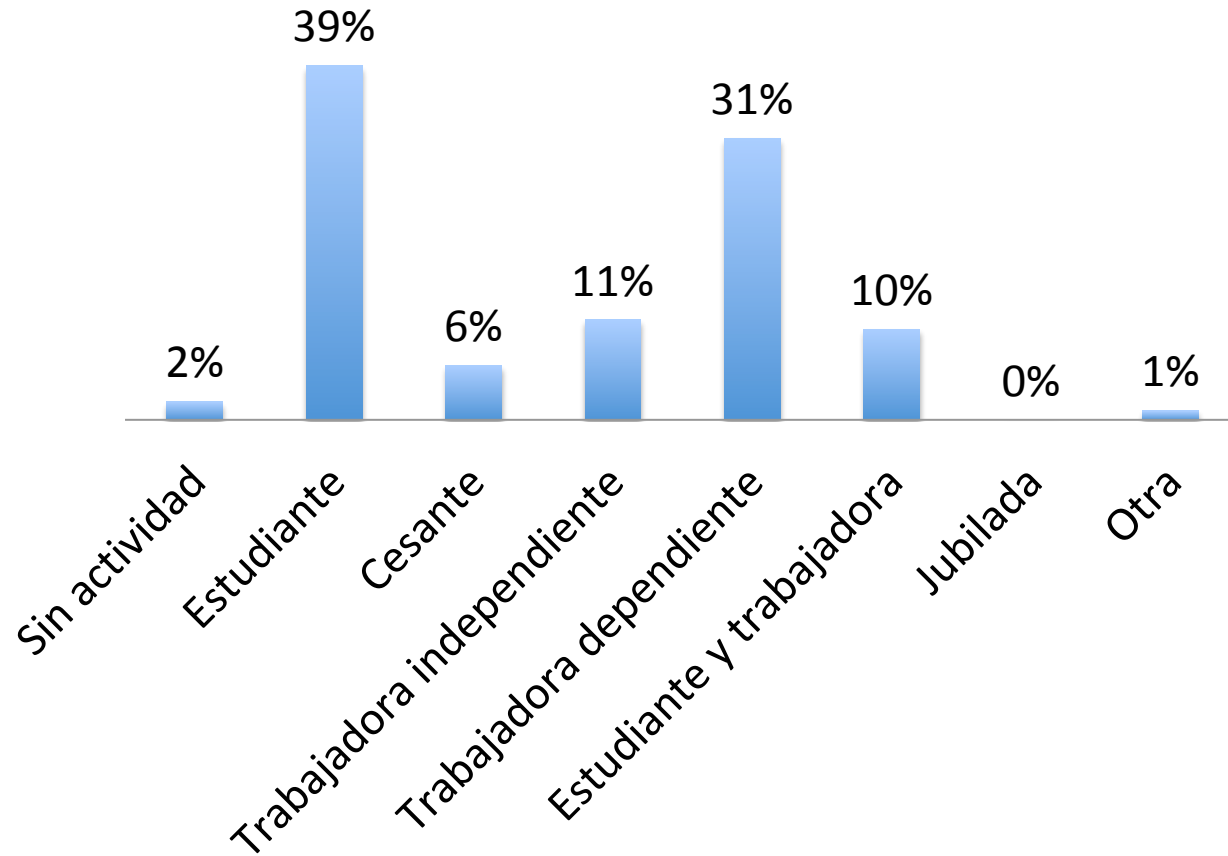
Género



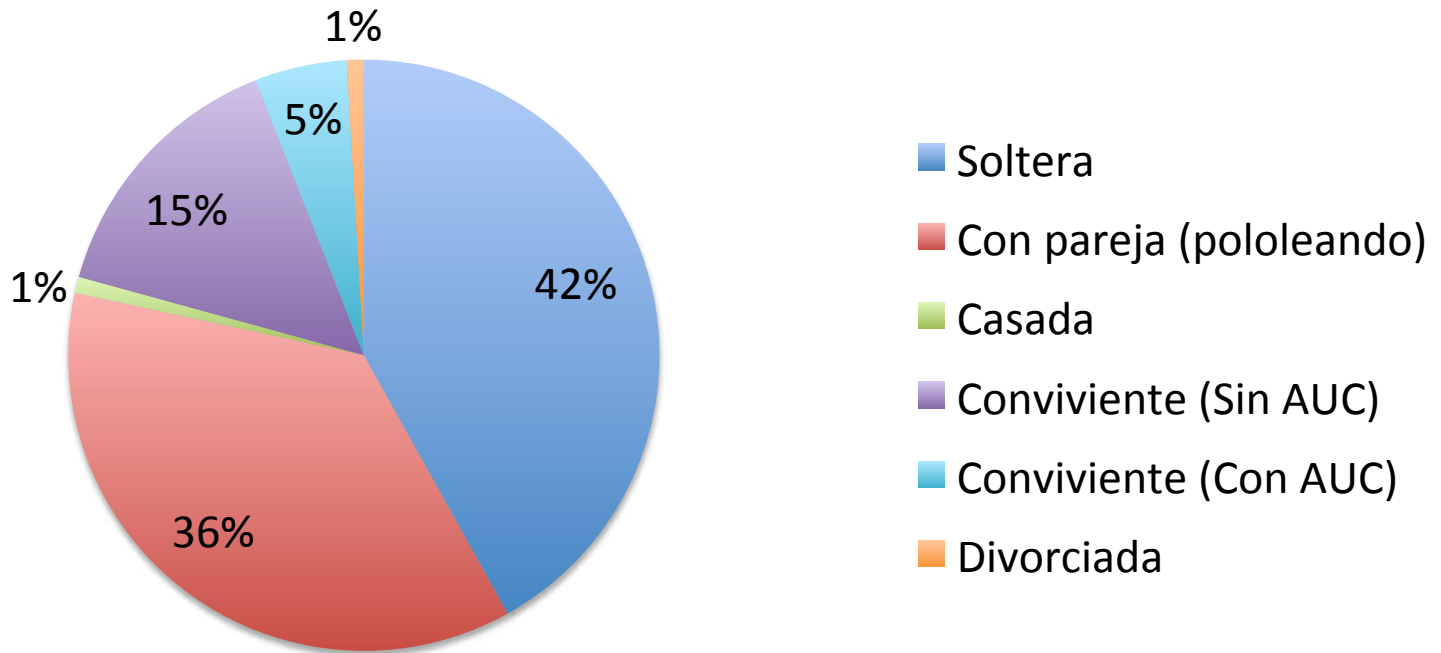
Nacionalidad



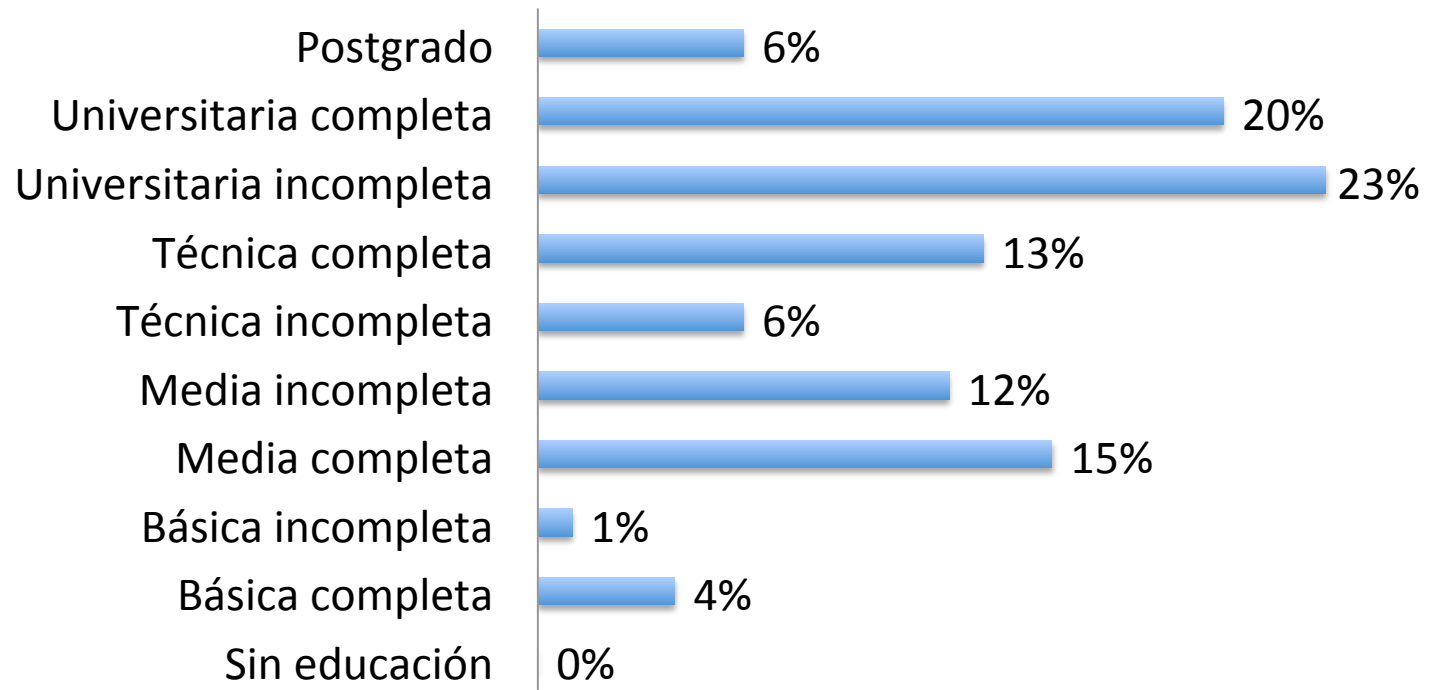
Actividad



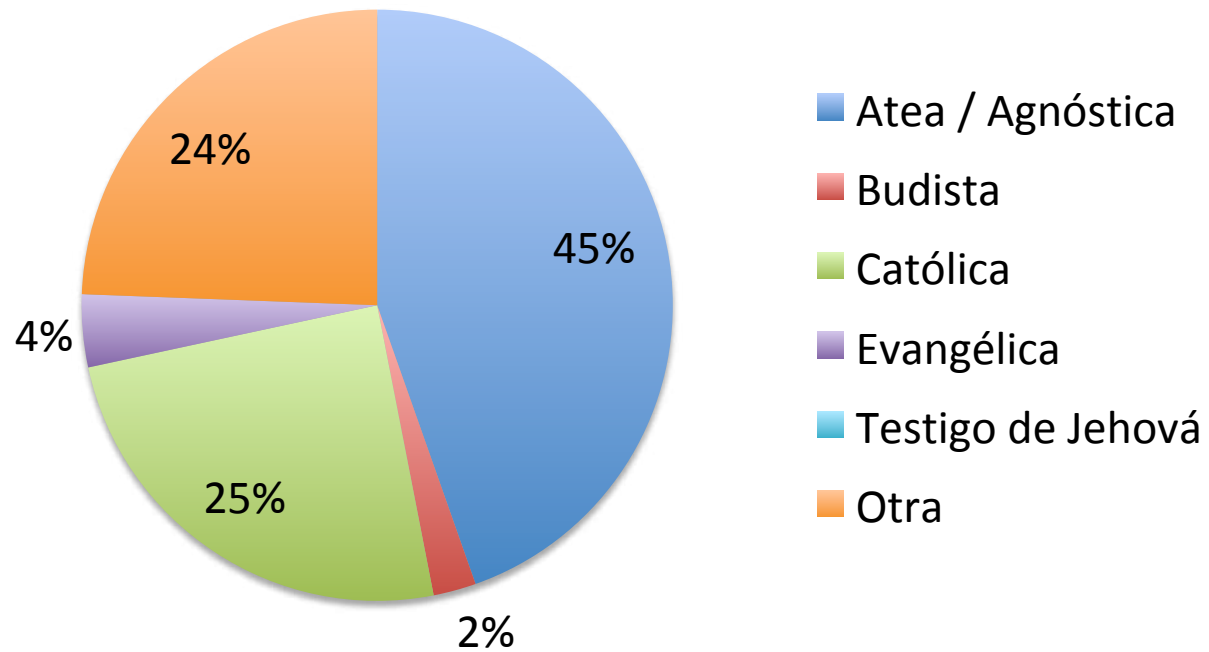
Estado Civil



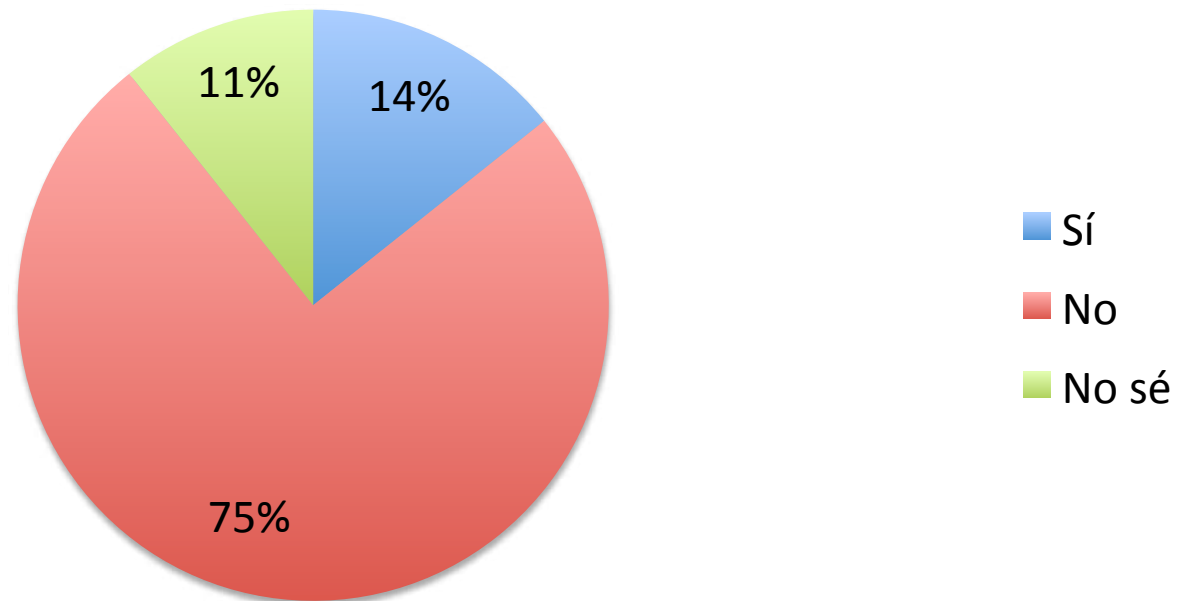
Nivel educacional



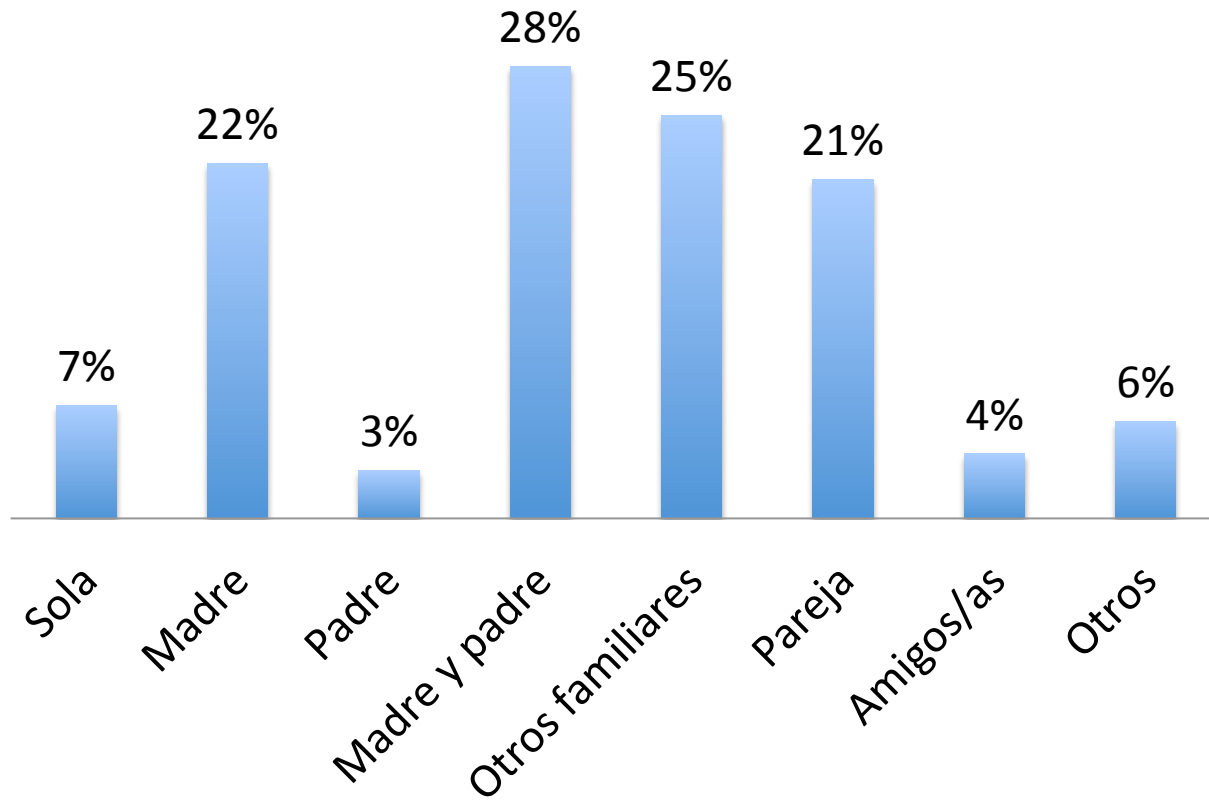
Credo o religión



¿Te sientes parte de algún pueblo originario?



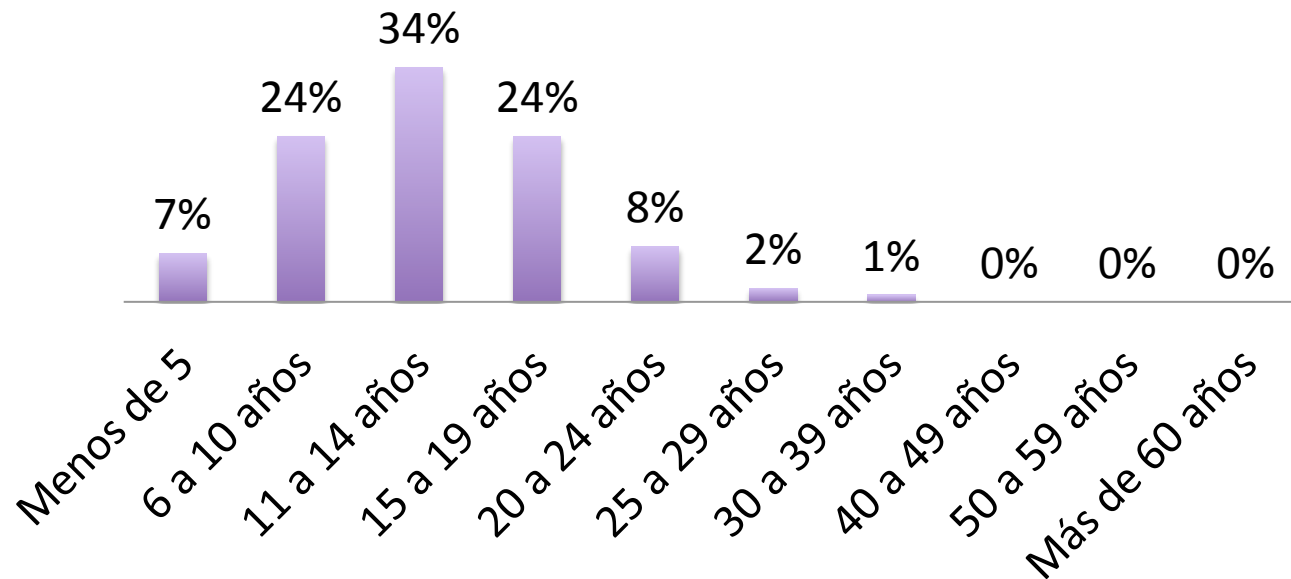
¿Con quién vives?



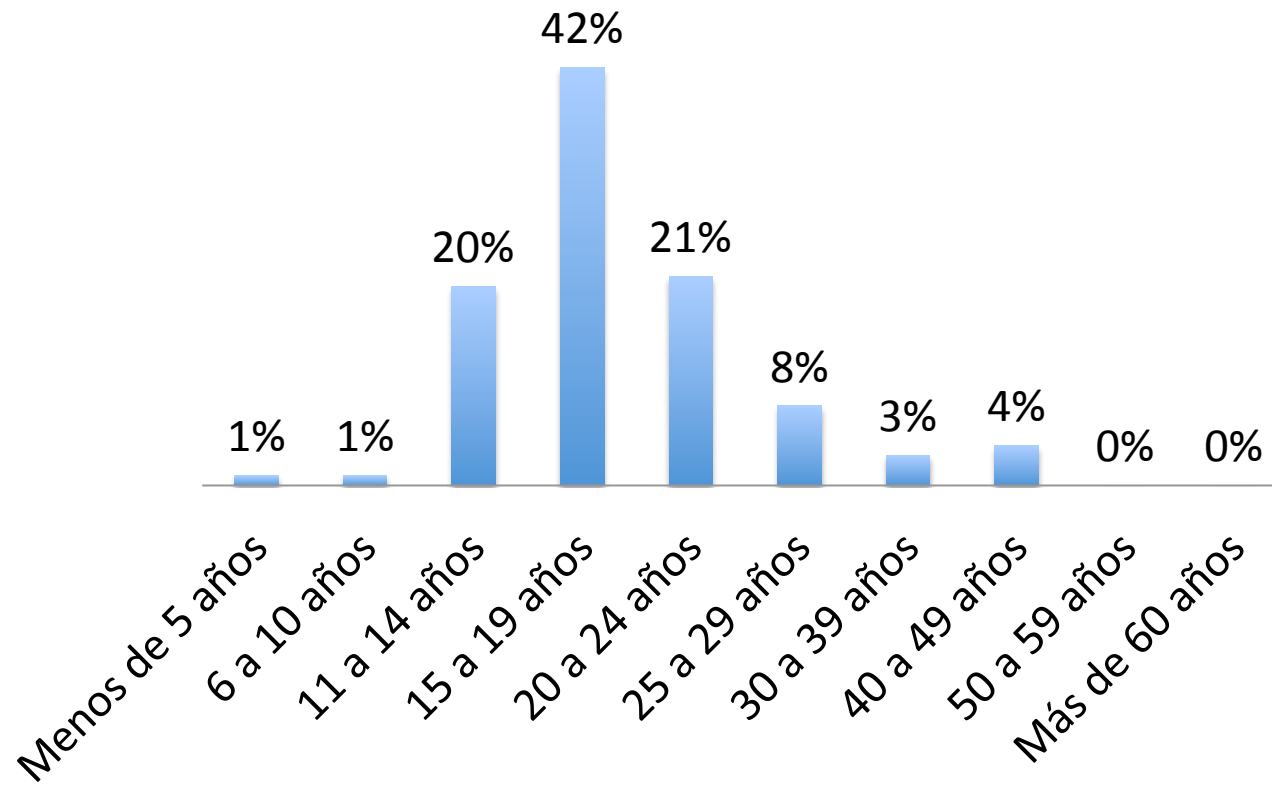
A close-up photograph of a couple kissing, with their faces in profile. The image is heavily overlaid with a purple color gradient. In the center, there is a white rectangular box containing the text 'ORIENTACIÓN SEXUAL' in bold, dark blue capital letters, and below it, another white rectangular box containing the text 'Y RELACIONES (INTRA)PERSONALES' in dark blue capital letters. The background shows a patterned pillow on the left and a polka-dot pillow on the right.

ORIENTACIÓN SEXUAL Y RELACIONES (INTRA)PERSONALES

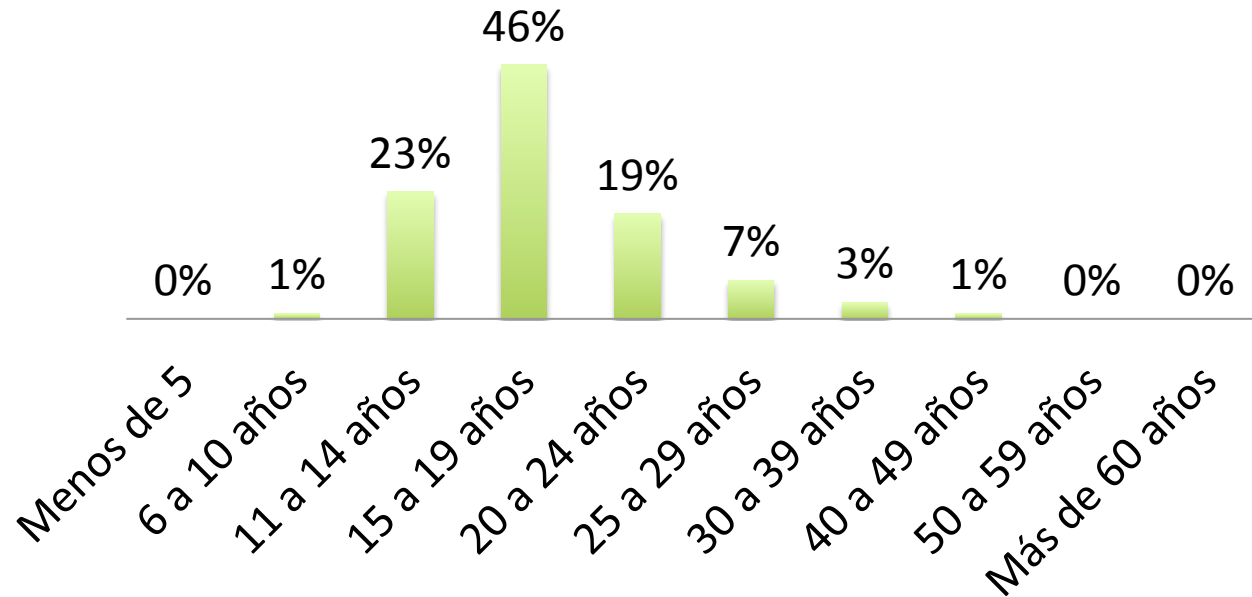
¿A qué edad supiste que sentías atracción por personas de tu mismo sexo?



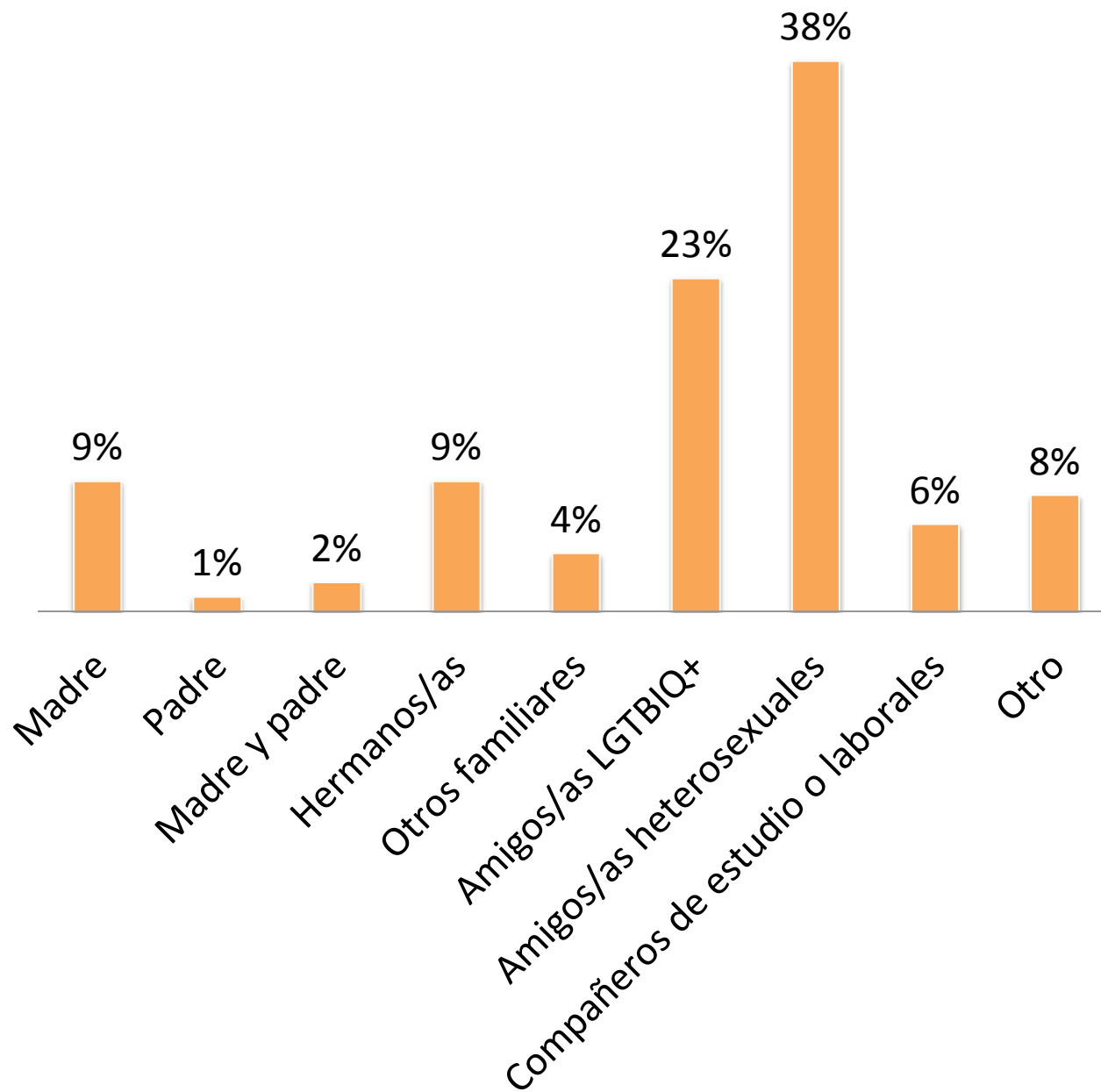
¿A qué edad te asumiste como lesbiana o bisexual?



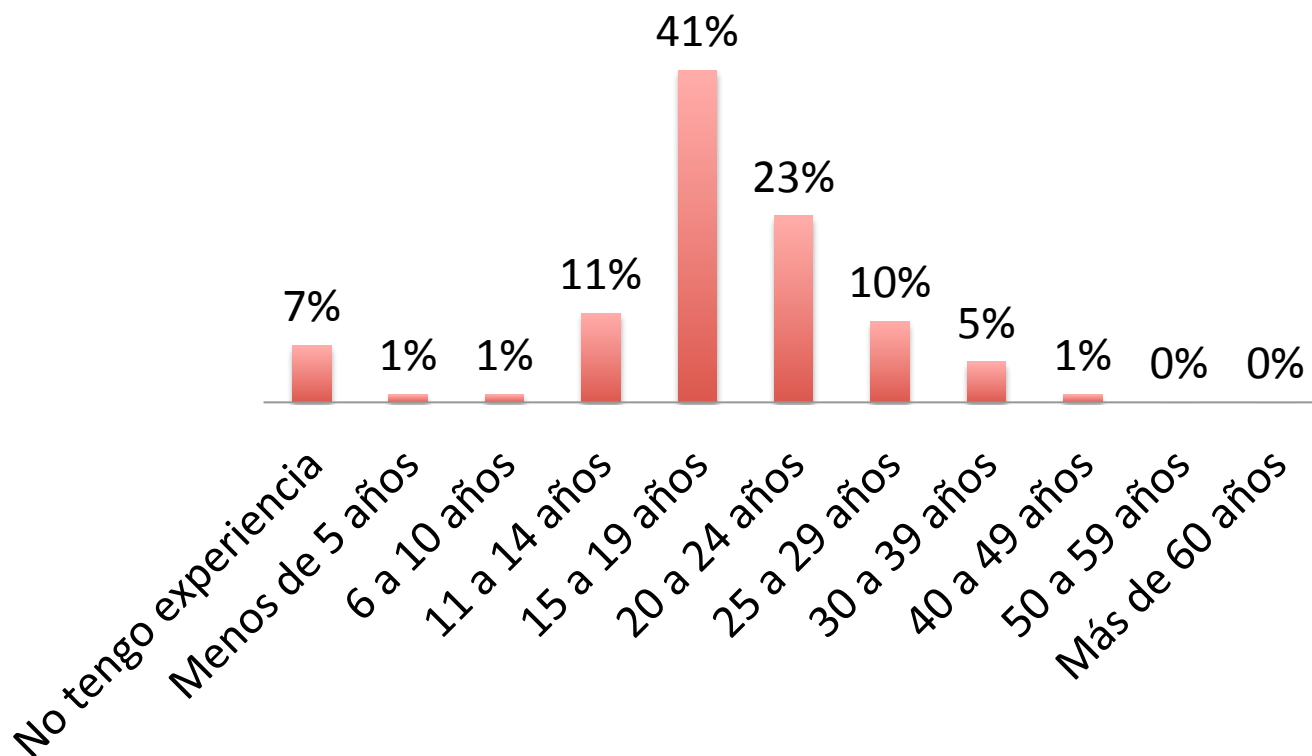
¿Qué edad tenías cuando le contaste primera vez a alguien tu orientación sexual?



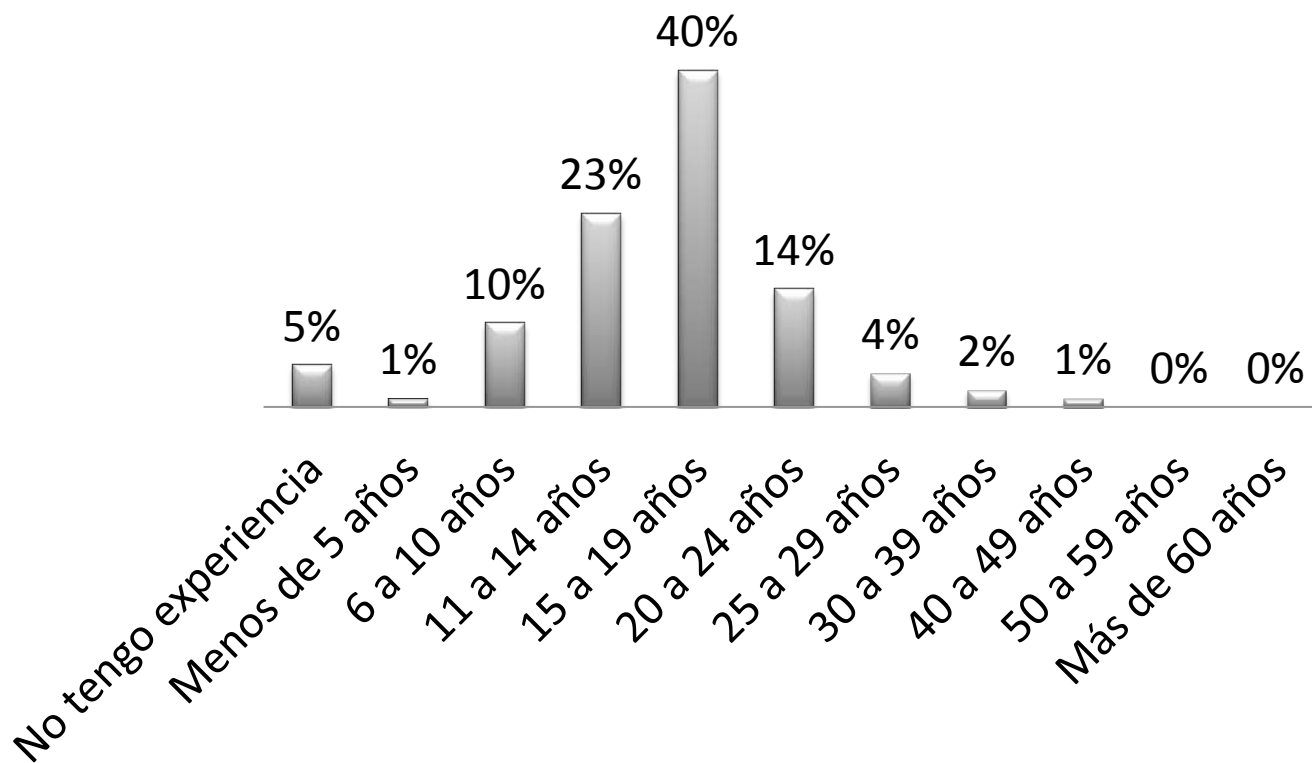
¿A quién le contaste por primera vez tu orientación sexual?



¿Qué edad tenías cuando por primera vez demostraste afecto en público a otra mujer?



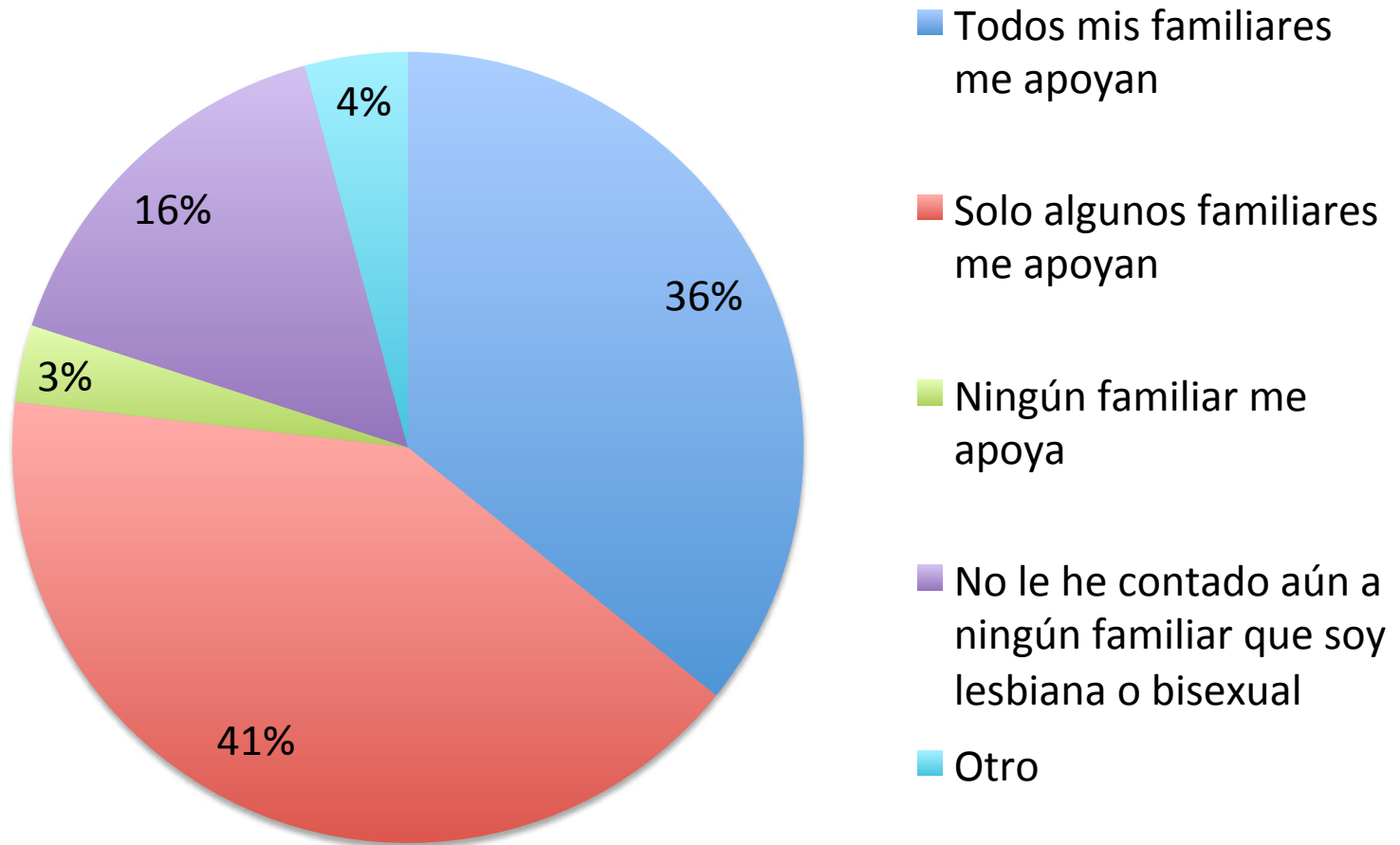
¿Qué edad tenías cuando por primera vez besaste en la boca a una mujer?



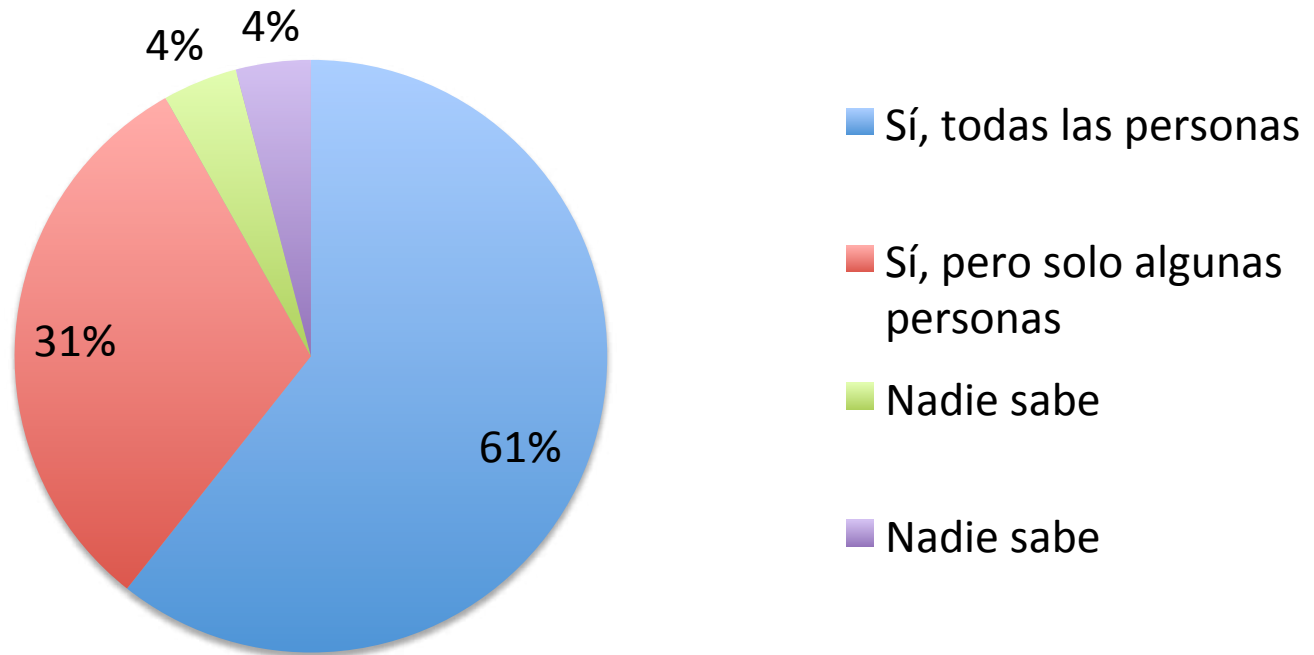
The background image shows three young women running and laughing joyfully in a park. They are dressed in casual attire like t-shirts and jeans. In the background, a city skyline is visible under a hazy sky. The entire image is overlaid with a semi-transparent magenta/pink filter.

ORIENTACIÓN SEXUAL Y RELACIONES SOCIALES

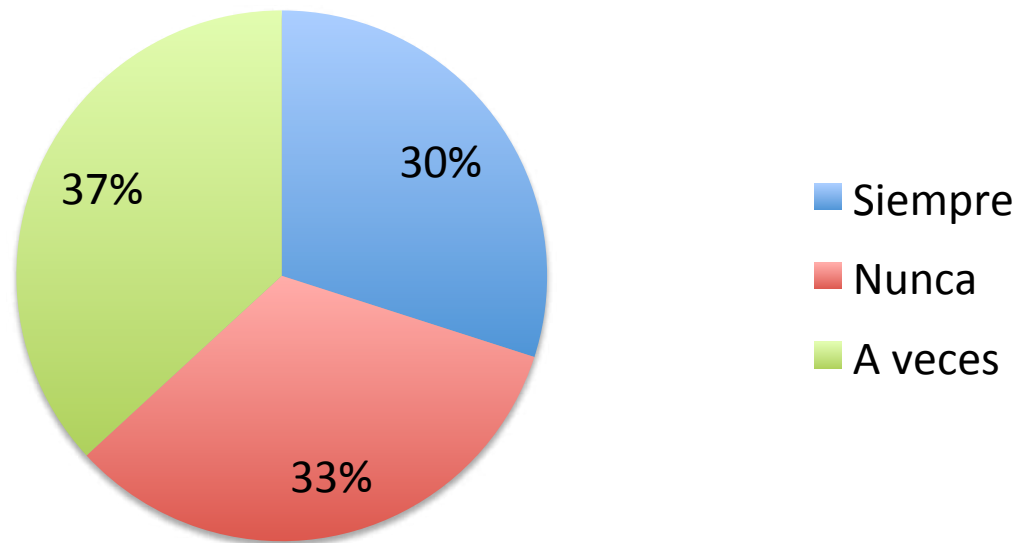
¿Quiénes de tu familia te han apoyado luego de saber tu orientación sexual?



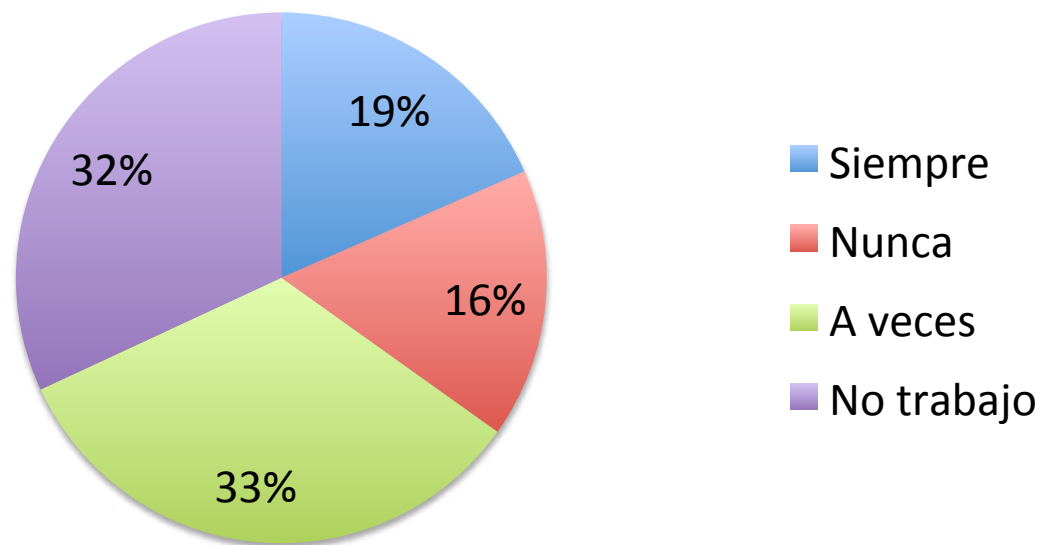
¿Aceptan tu orientación sexual las personas conocidas, pero que no son familiares?



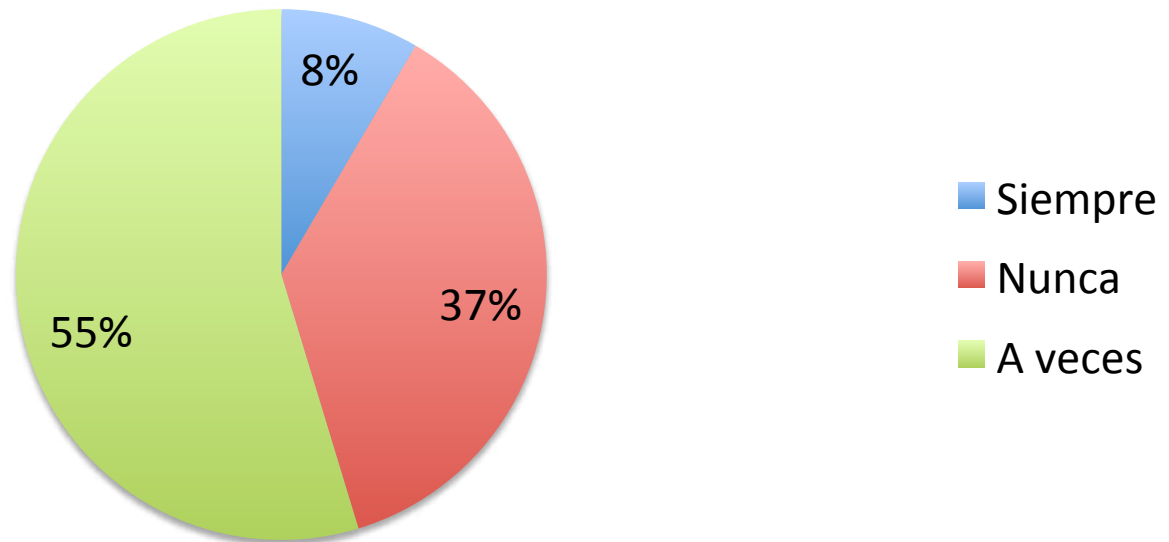
¿Ocultas tu orientación sexual frente a personas que recién conoces?



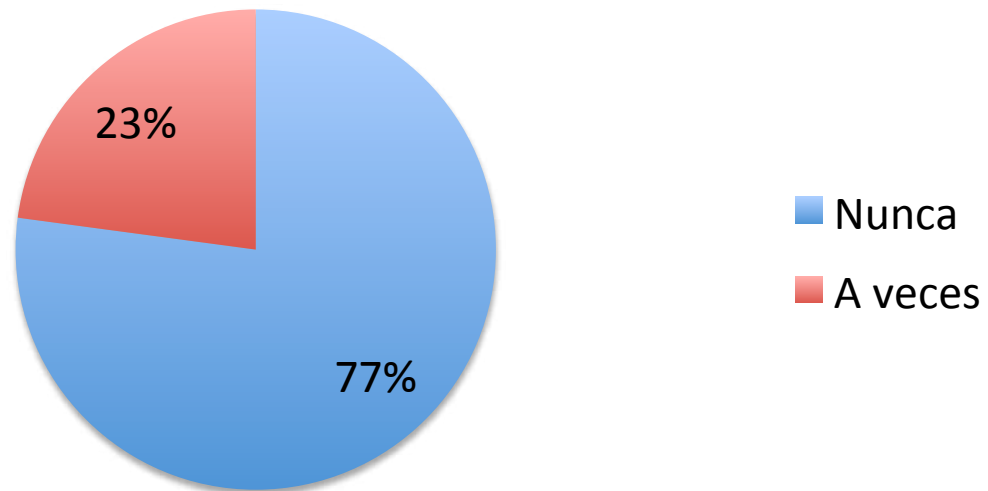
**¿Puedes expresar tu orientación sexual
en tu trabajo sin problemas?**



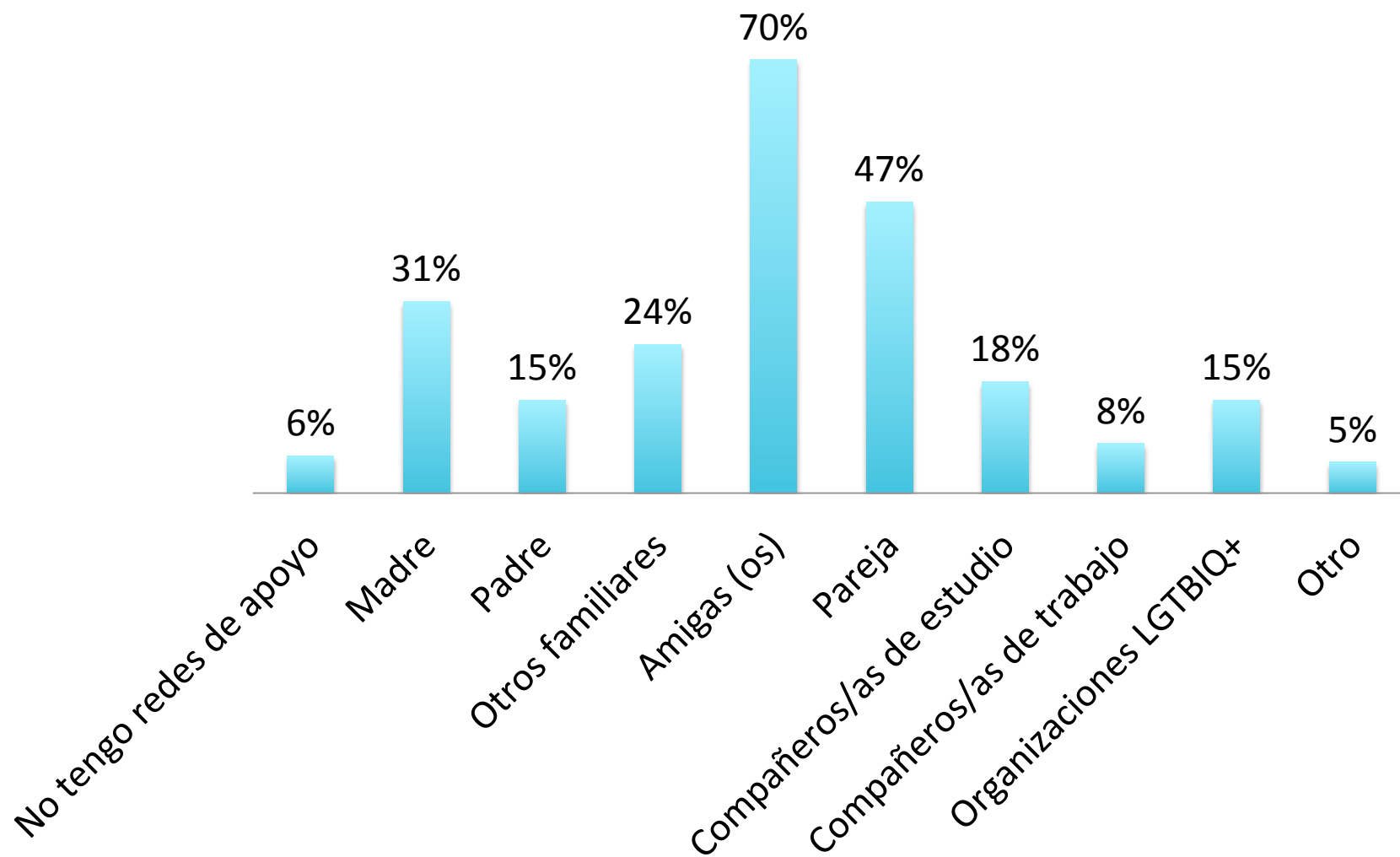
¿Tu orientación sexual ha afectado negativamente la relación con uno o más familiares?



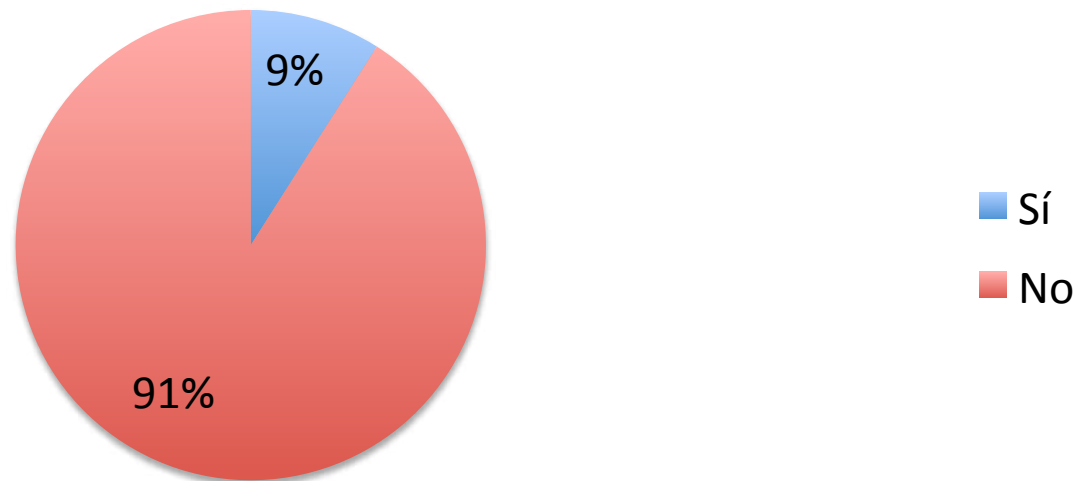
**¿Tu orientación sexual ha afectado negativamente
la relación con tus amigas(os)?**



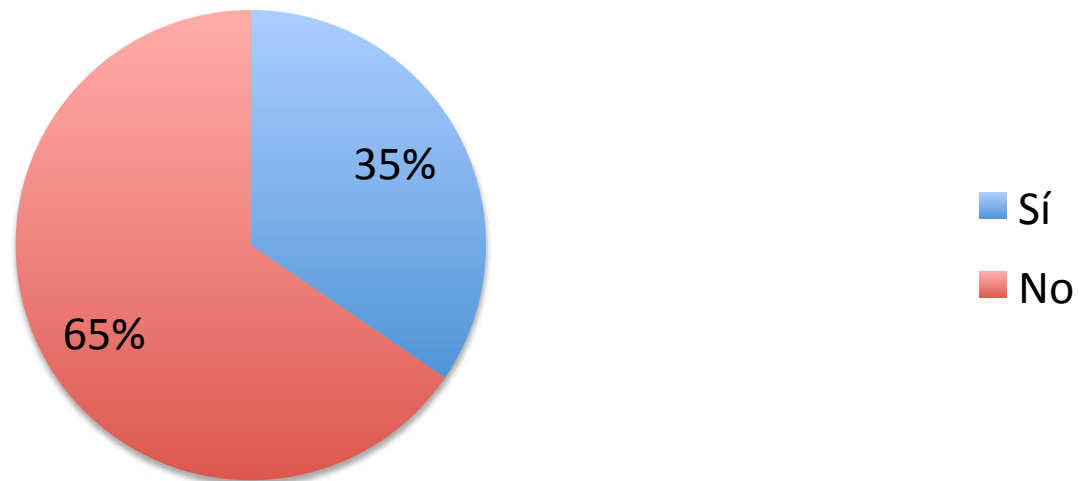
¿Quiénes son tus mejores apoyos para enfrentar la discriminación por orientación sexual?



**¿Alguna vez consultaste voluntariamente a un
psiquiatra – ginecólogo/a – psicólogo/a para
modificar tu orientación sexual?**

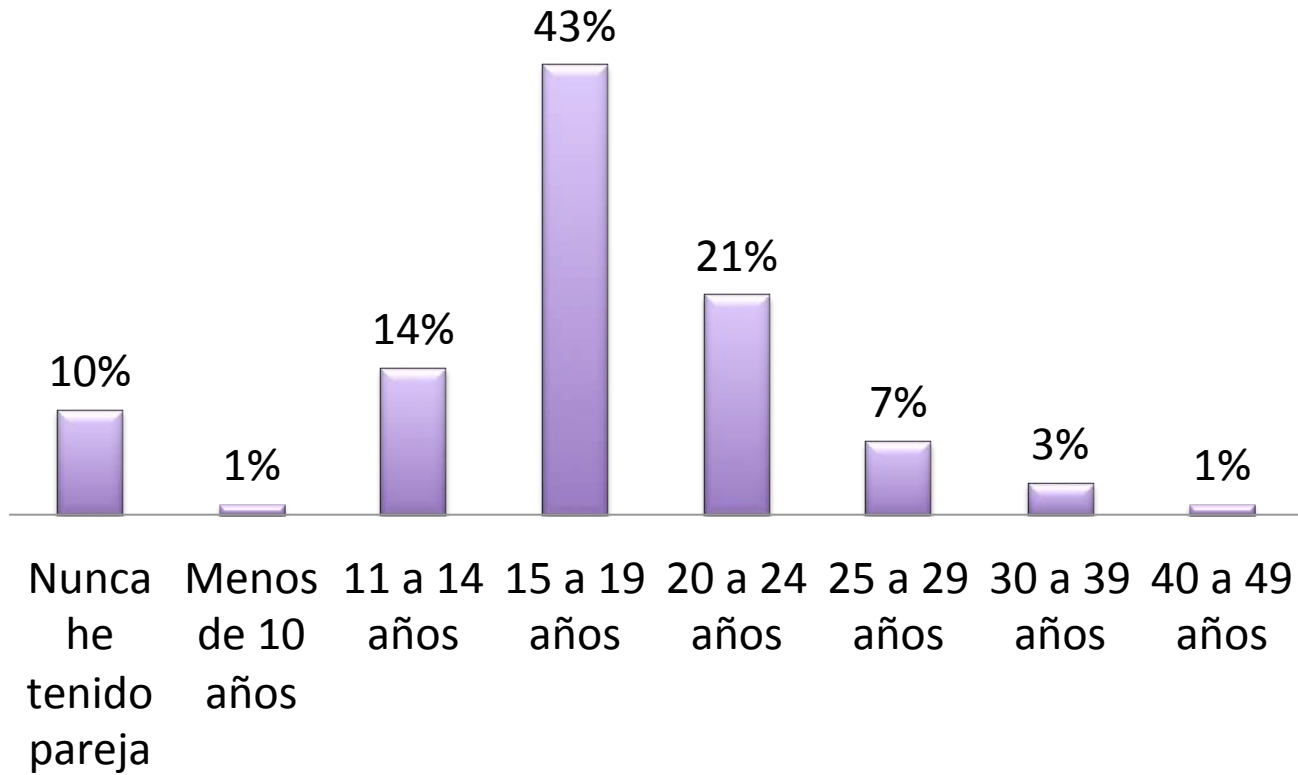


**¿Alguna vez algún familiar te aconsejó ir al
psiquiatra o psicólogo/a como terapia para cambiar
tu orientación sexual?**

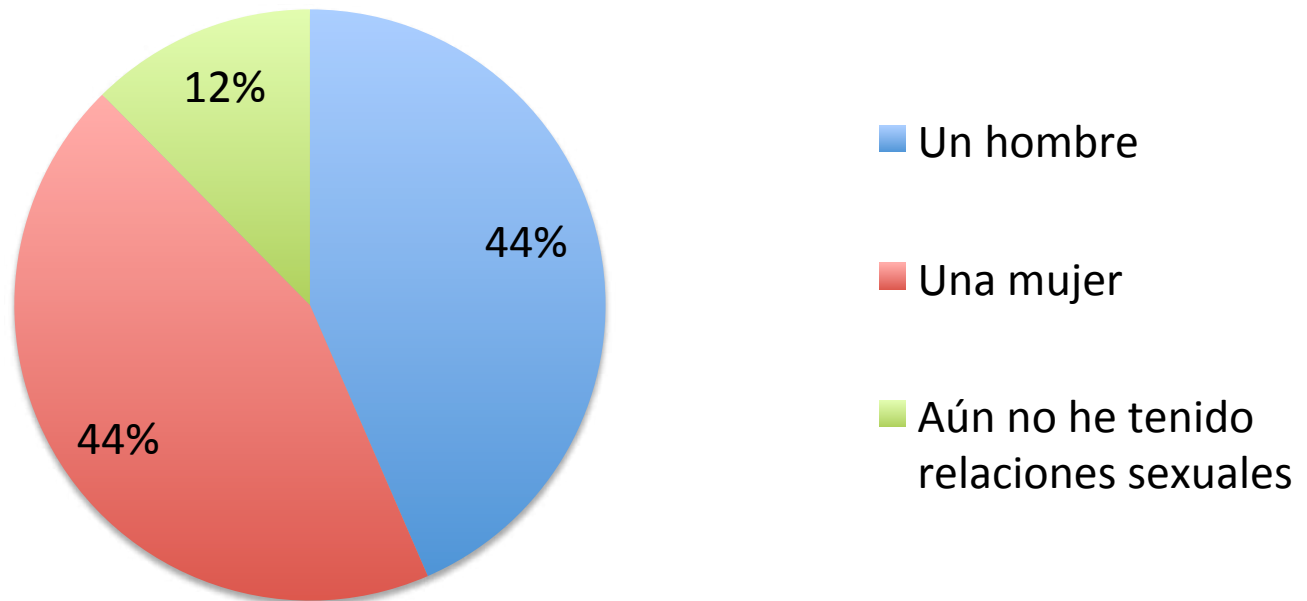


**RELACIONES AMOROSAS
Y DE PAREJA**

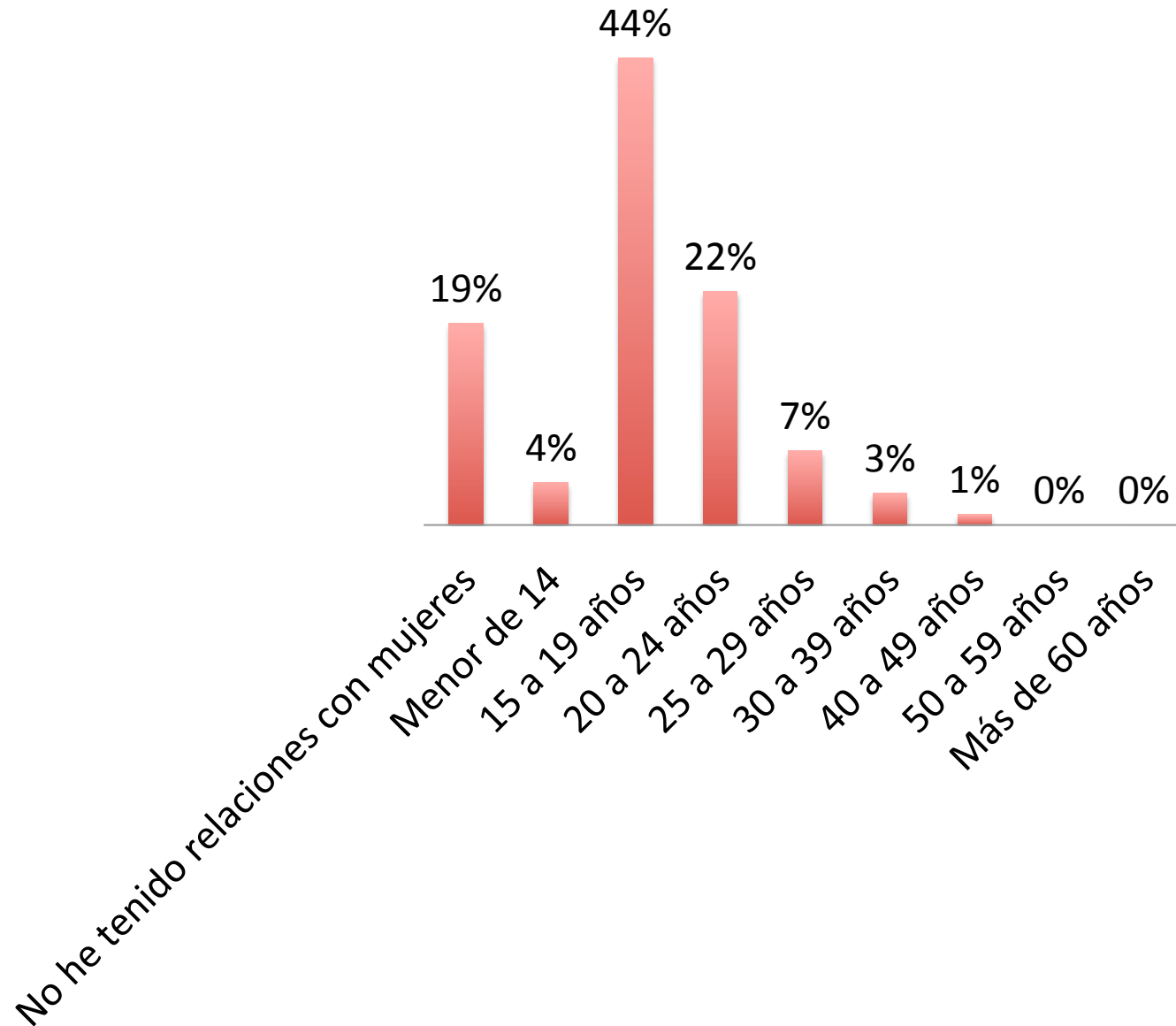
¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera pareja del mismo sexo?



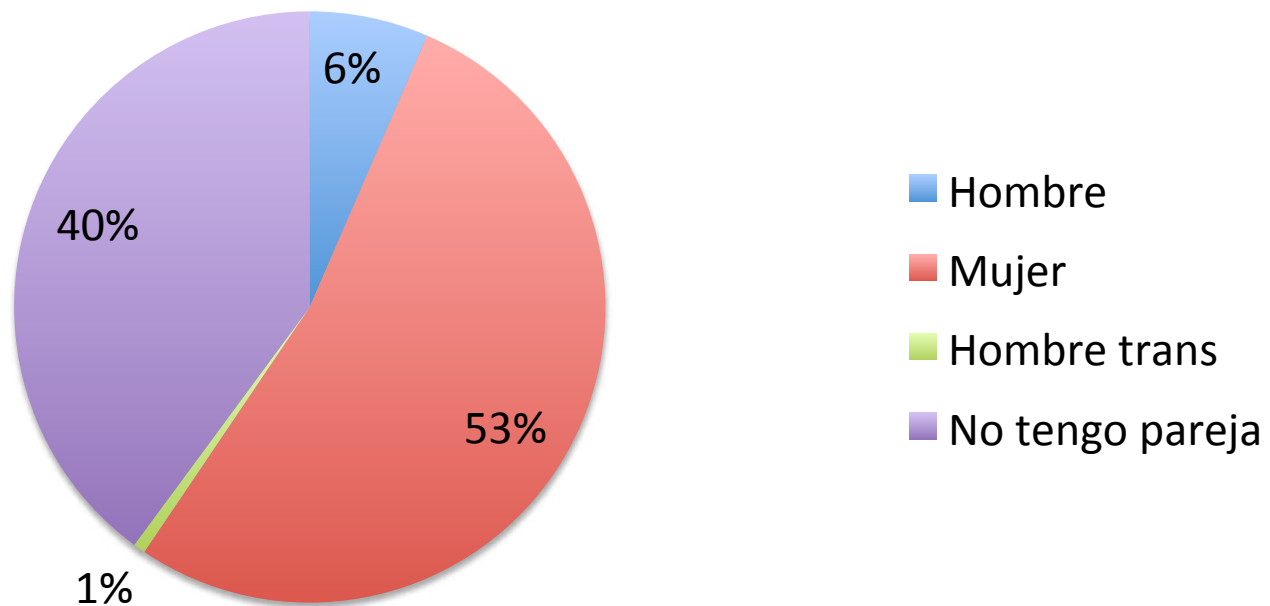
¿Tu primera relación sexual fue con...?



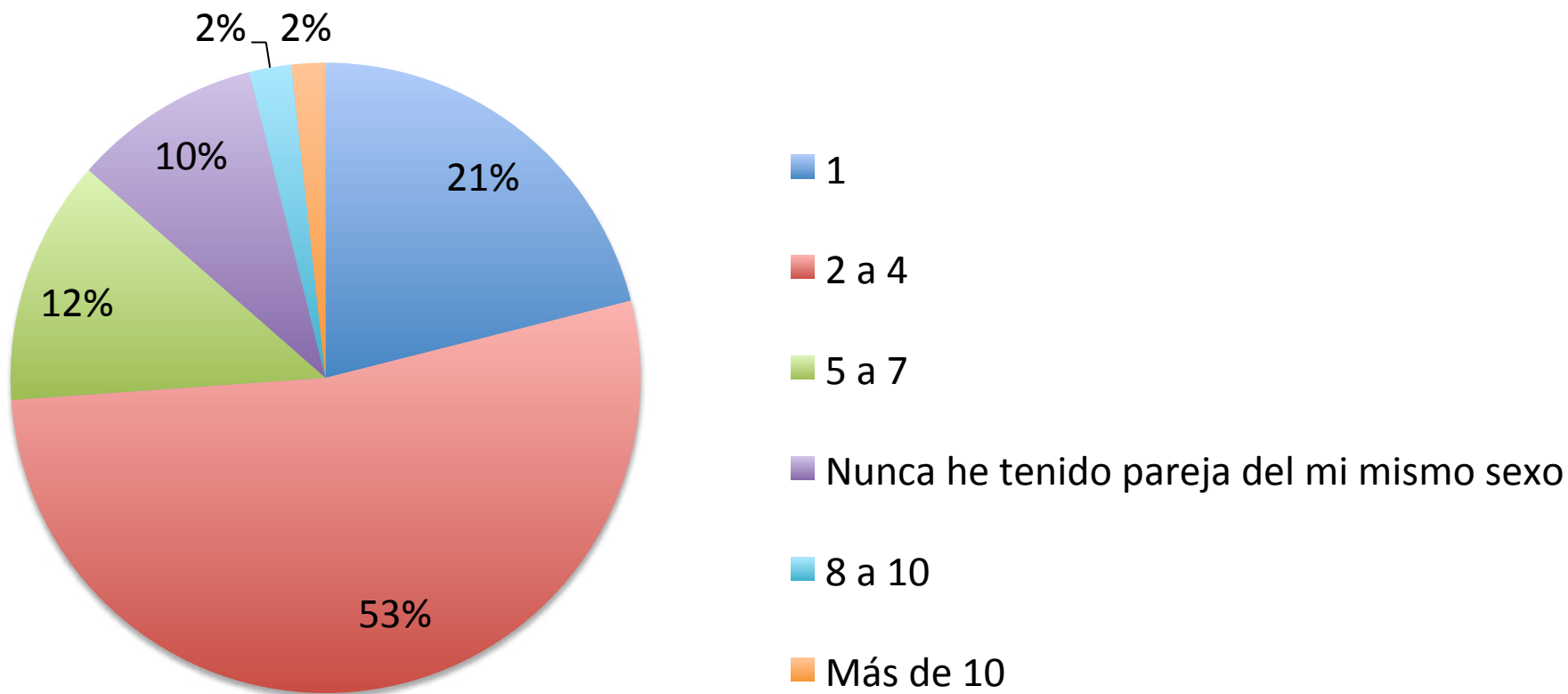
¿Qué edad tenías cuando por primera vez tuviste relaciones sexuales con una mujer?



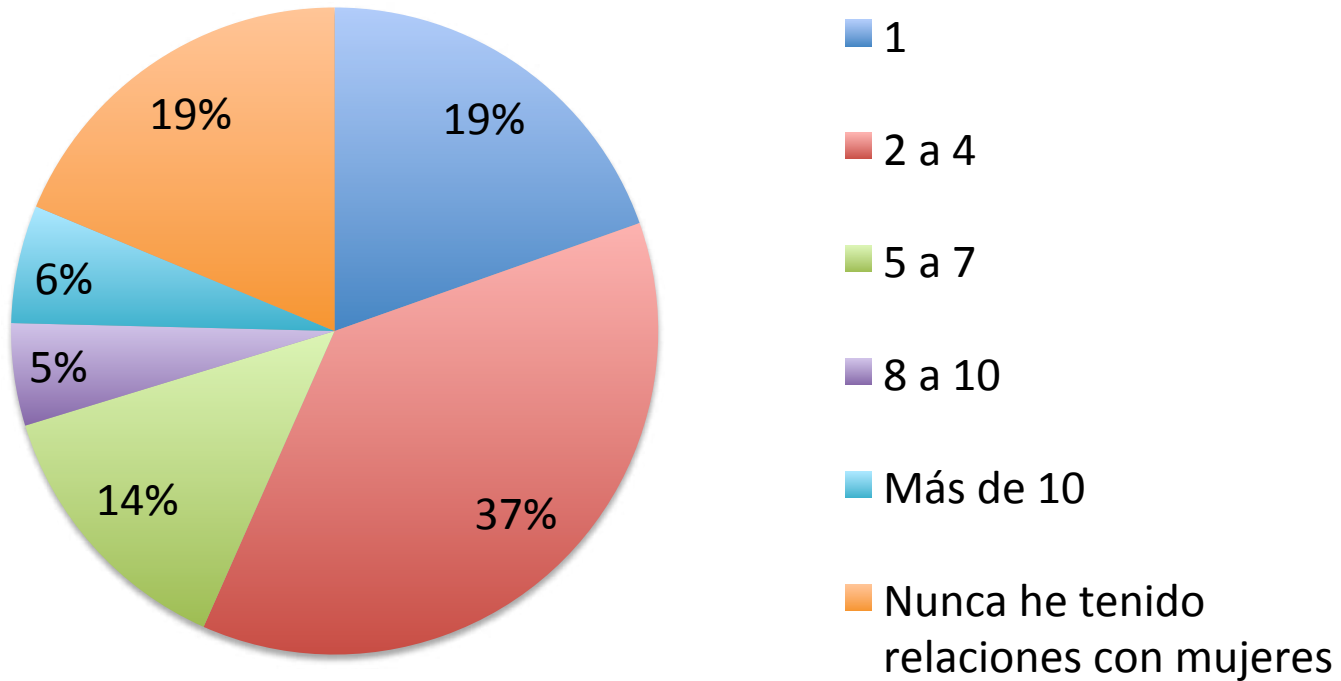
¿Tu actual pareja es?



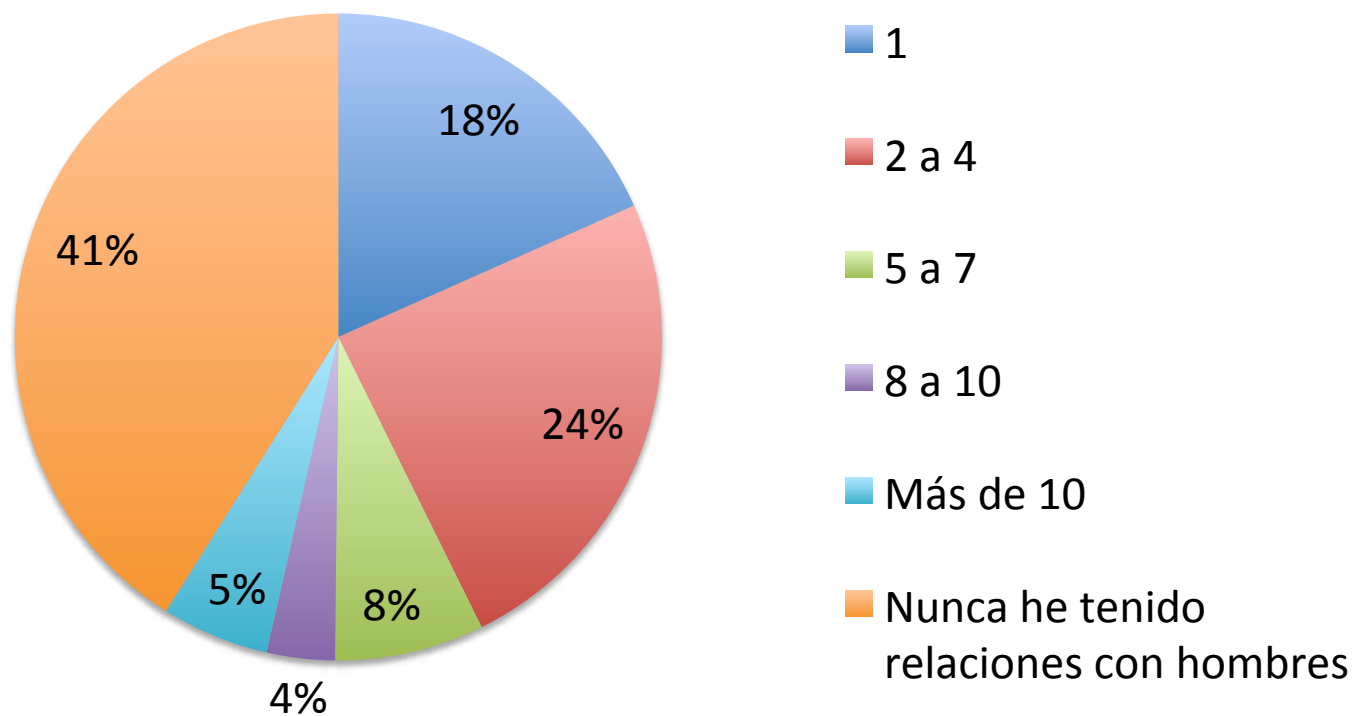
¿Cuántas parejas del mismo sexo tuviste a lo largo de tu vida?



¿Con cuántas mujeres tuviste relaciones sexuales a lo largo de tu vida?

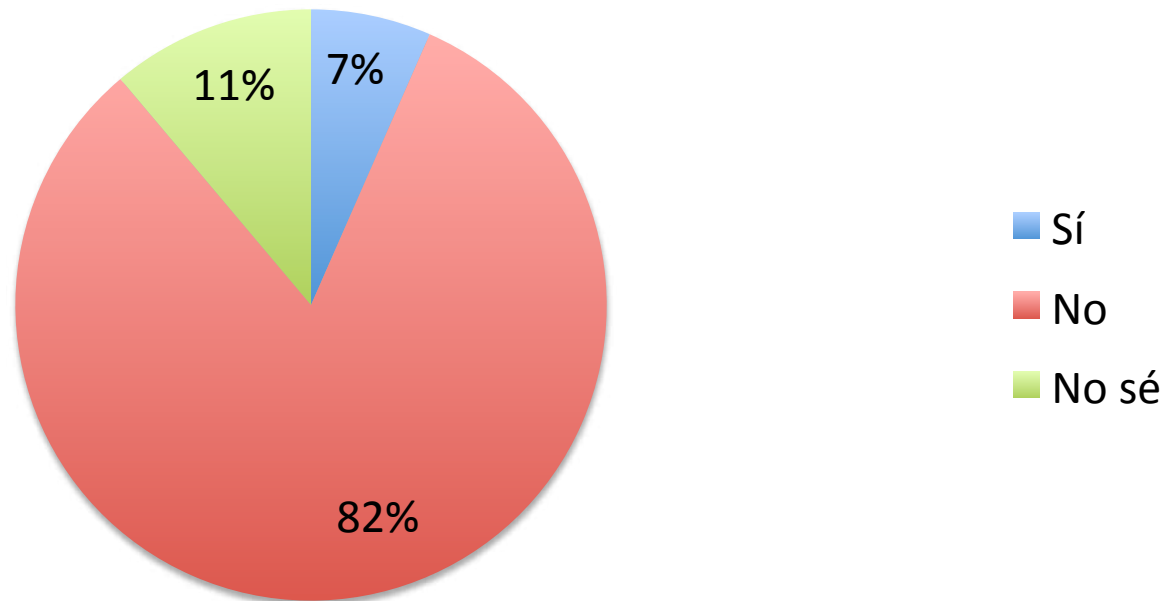


¿Con cuántos hombres tuviste relaciones sexuales a lo largo de tu vida?

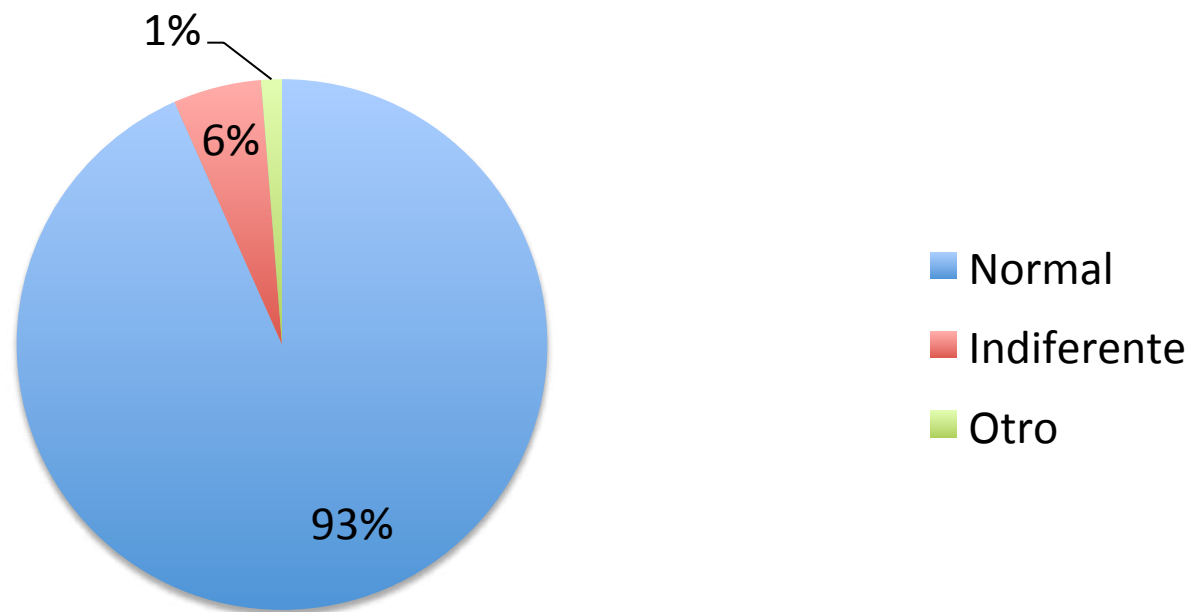


**EXPRESIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL,
TEMOR Y PERCEPCIÓN DEL RECHAZO**

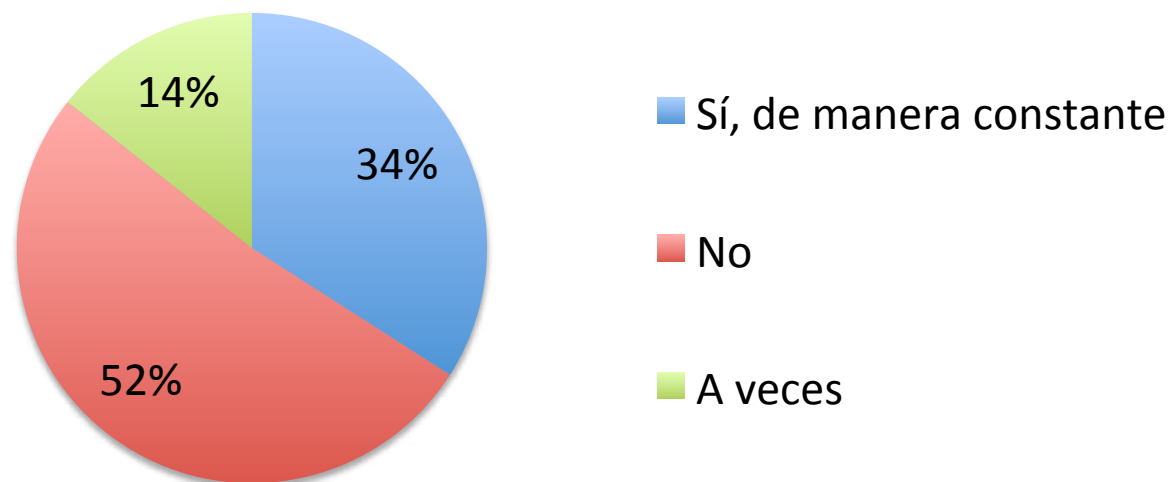
¿Sientes culpa por tu orientación sexual?



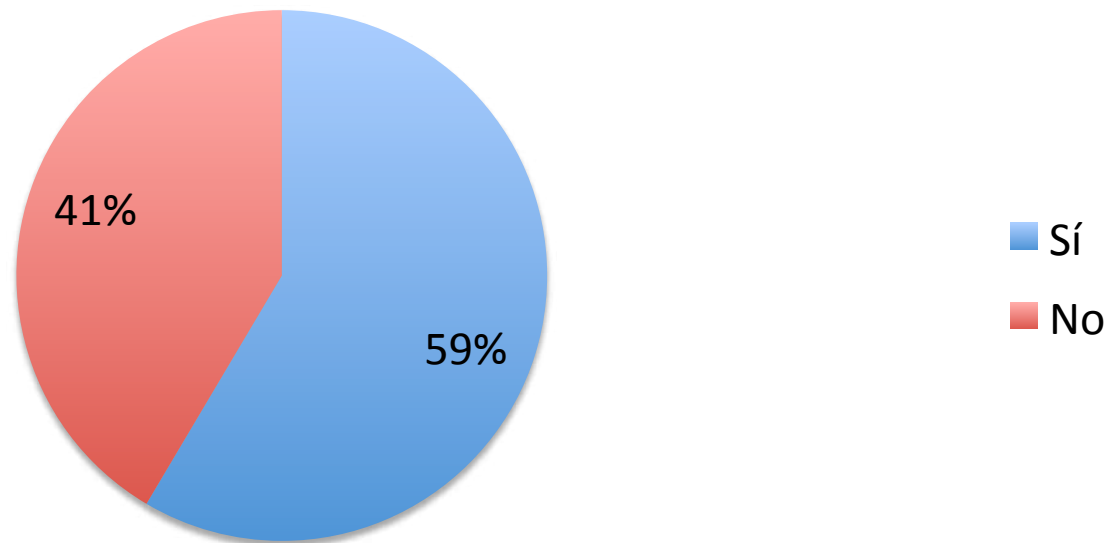
¿El hecho de a que mujeres les gusten otras mujeres te parece...?



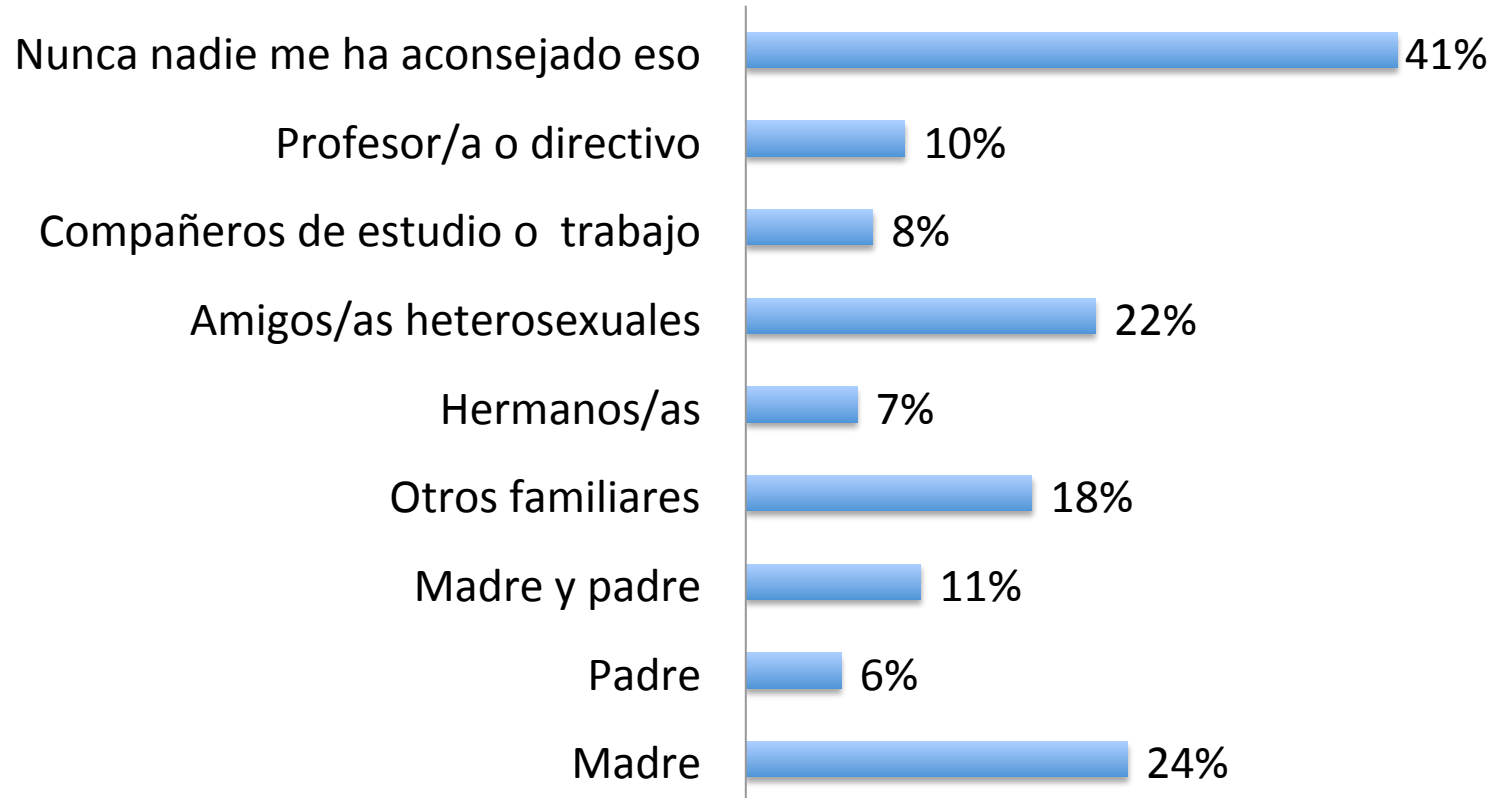
¿Alguna vez pensaste que era posible modificar tu orientación sexual para que te dejaran de gustar otras mujeres?



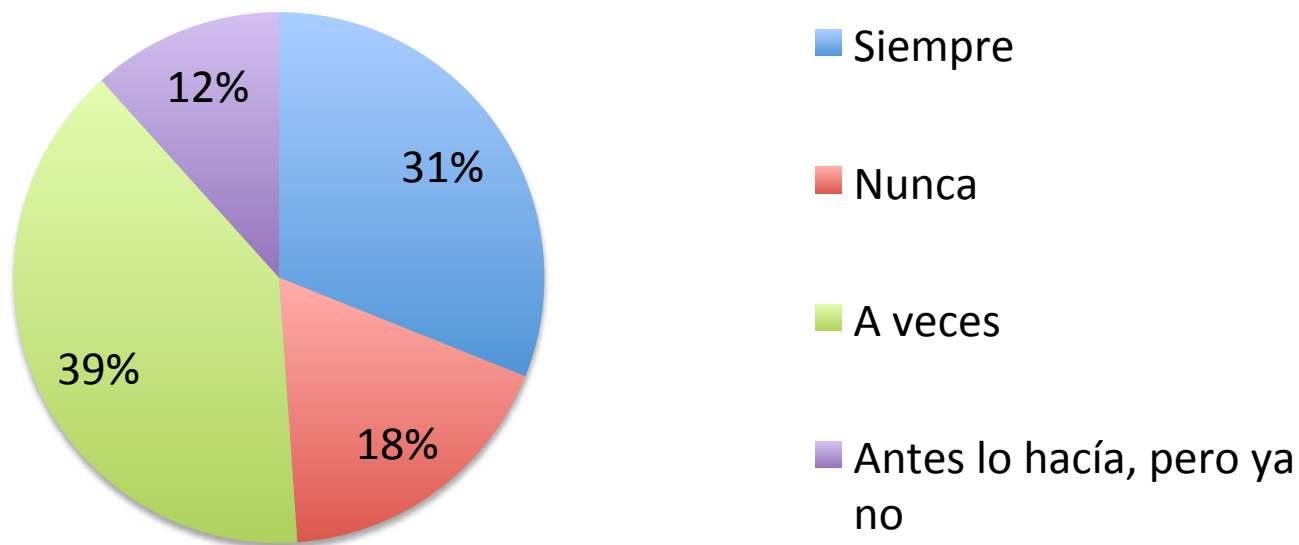
¿Alguna vez alguien te aconsejó para que dejaran de gustarte las mujeres ?



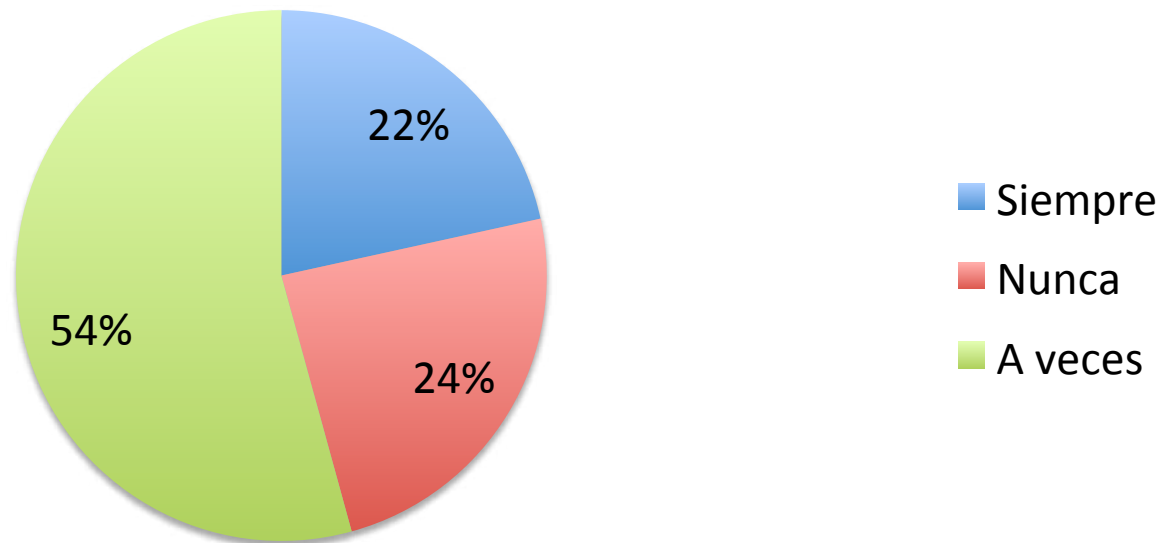
¿Quién te ha aconsejado al menos una vez para que dejaran de gustarte las mujeres?



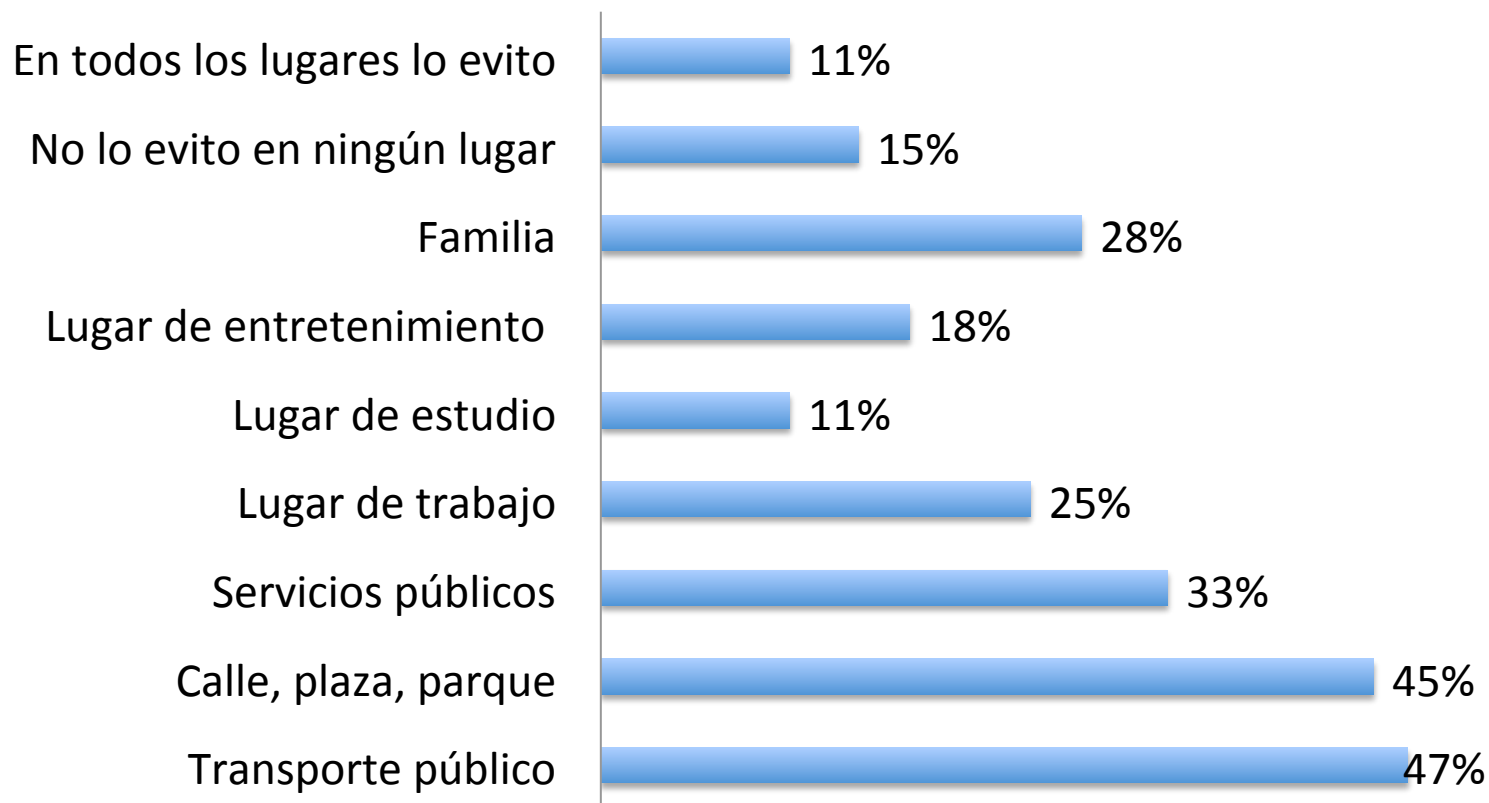
¿Evitas expresar afecto a mujeres que te gustan por temor a ser agredida, amenazada o acosada?



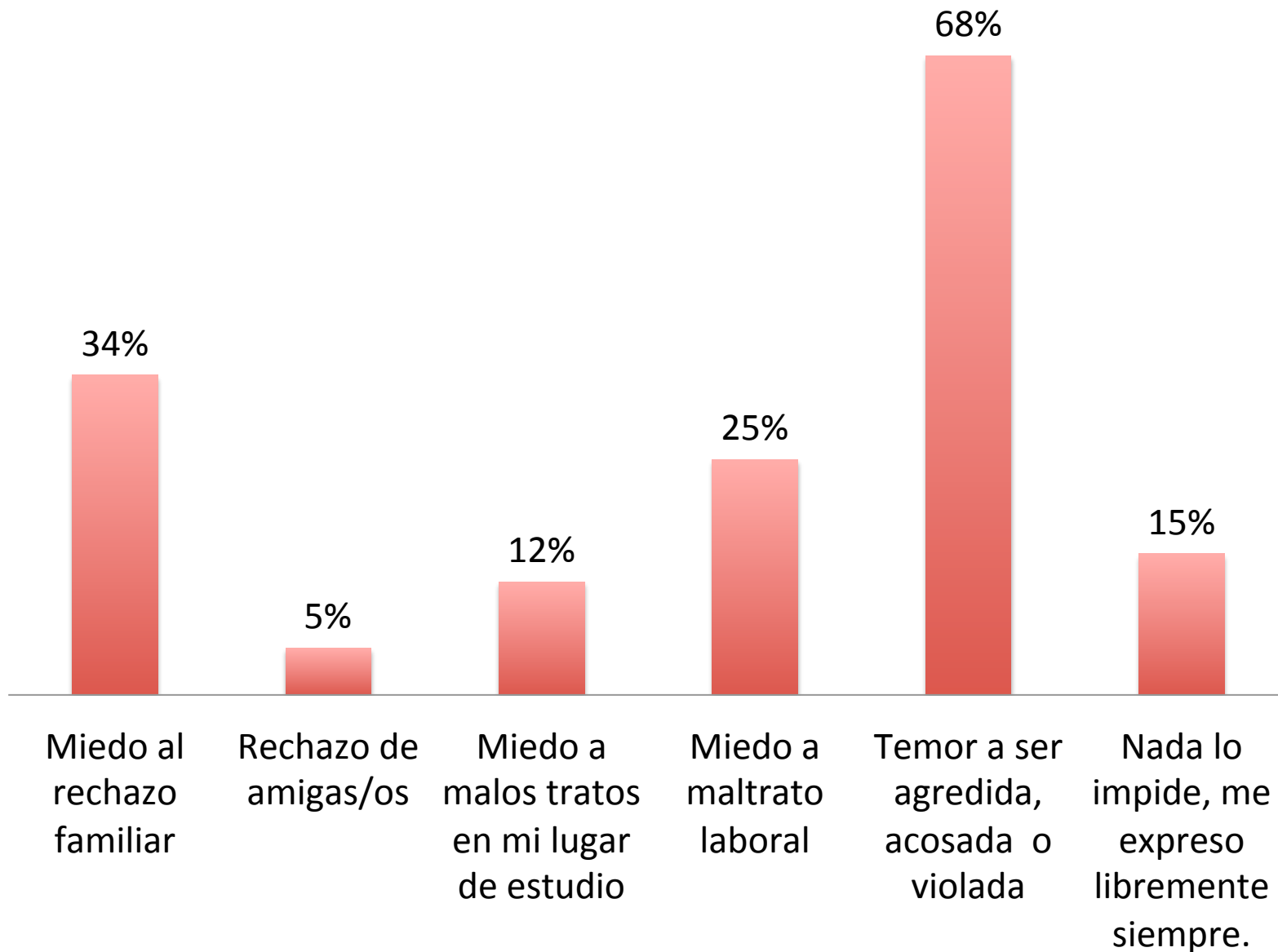
**¿Evitas algunos lugares por temor a ser agredida,
amenazada o acosada?**



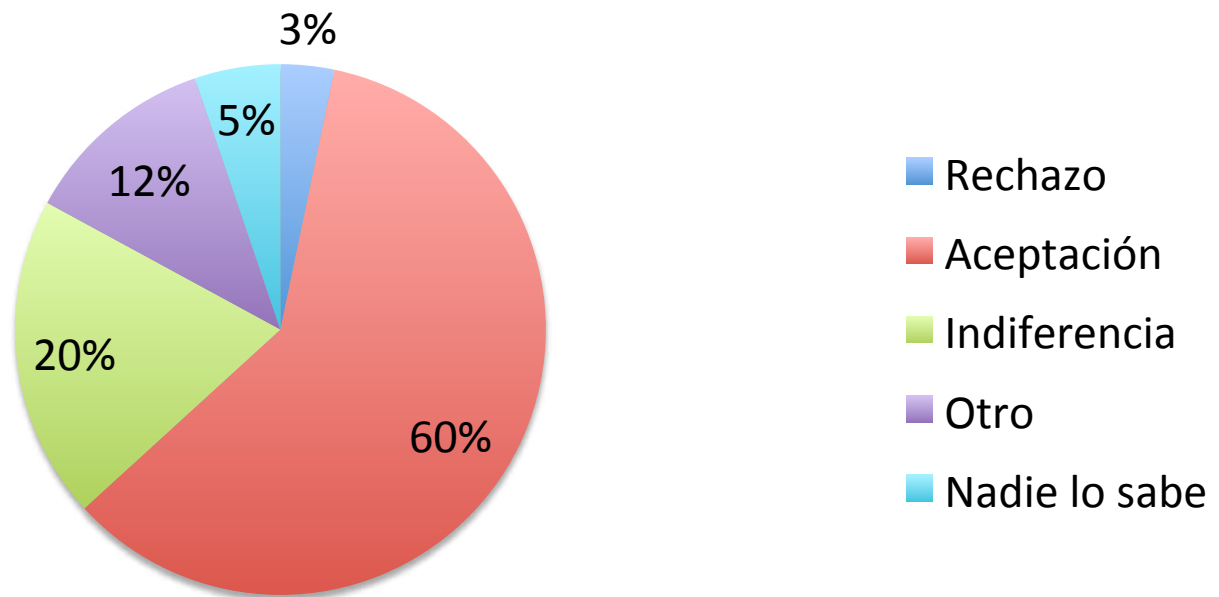
¿Dónde evitas revelar tu orientación sexual por temor a ser agredida o amenazada?



¿Qué impide que vivas libremente tu orientación sexual?



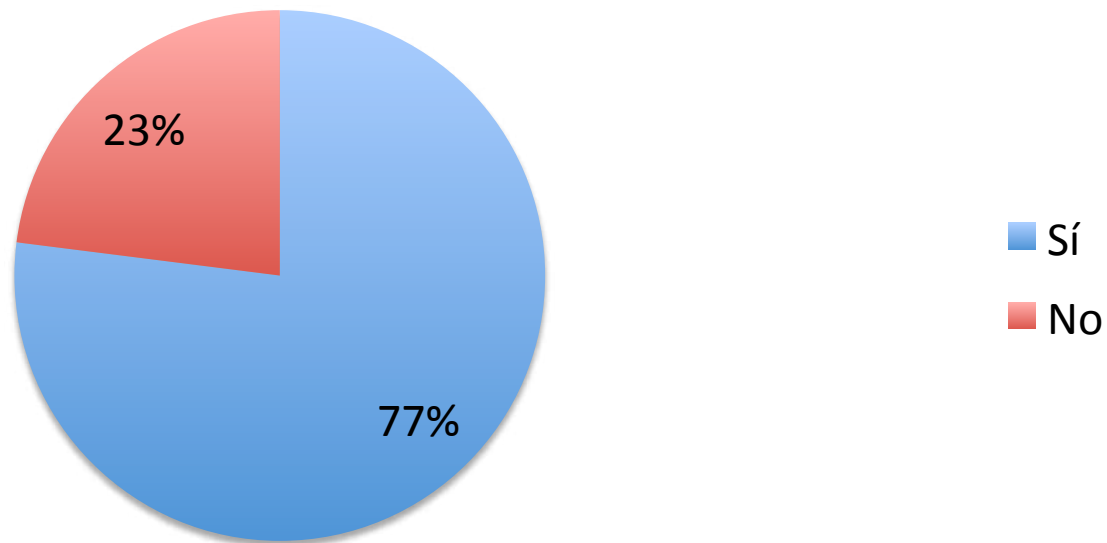
¿Cuál es la reacción general de otras personas al saber que te gustan las mujeres?



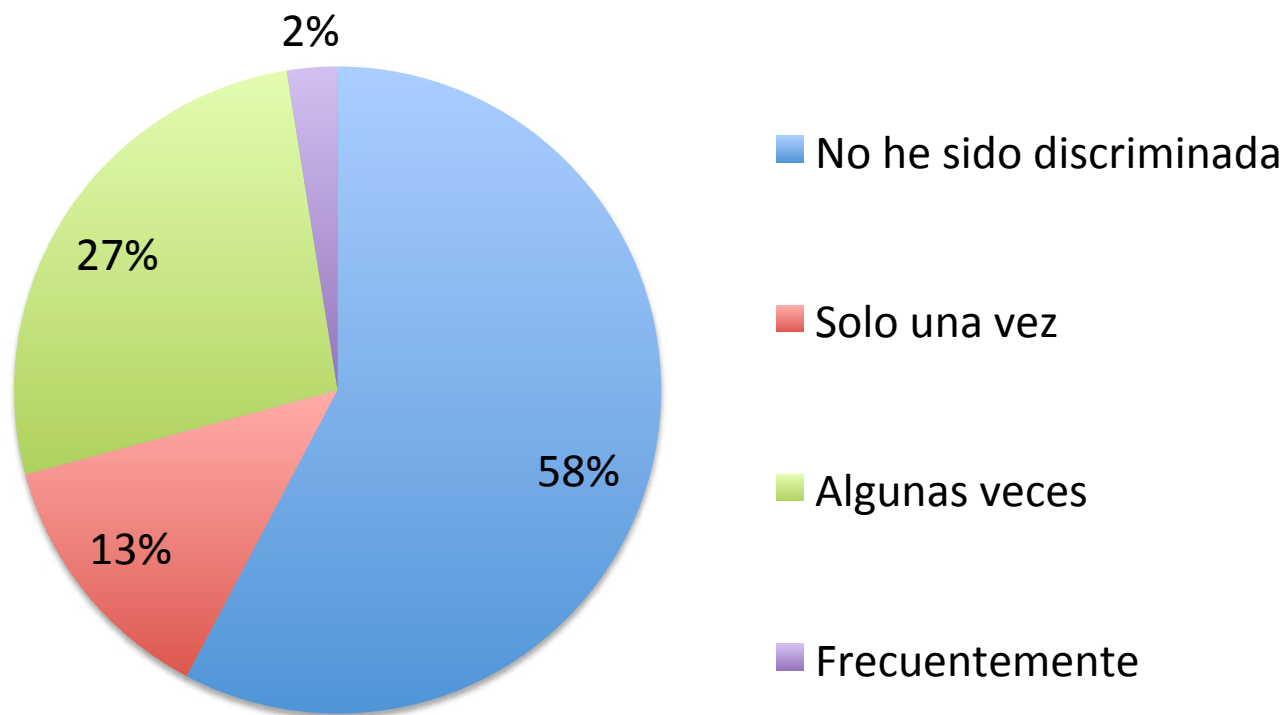
A photograph of a young man in a locker room, looking down with a distressed expression. He is being surrounded by other students. One student in the foreground is holding a smartphone up to take a picture of him. Another student in the background is also holding a phone. The scene is dimly lit, with light coming from the lockers, creating a somber and oppressive atmosphere. The entire image is overlaid with a semi-transparent purple/pink filter.

DISCRIMINACIÓN POR ORIENTACIÓN SEXUAL

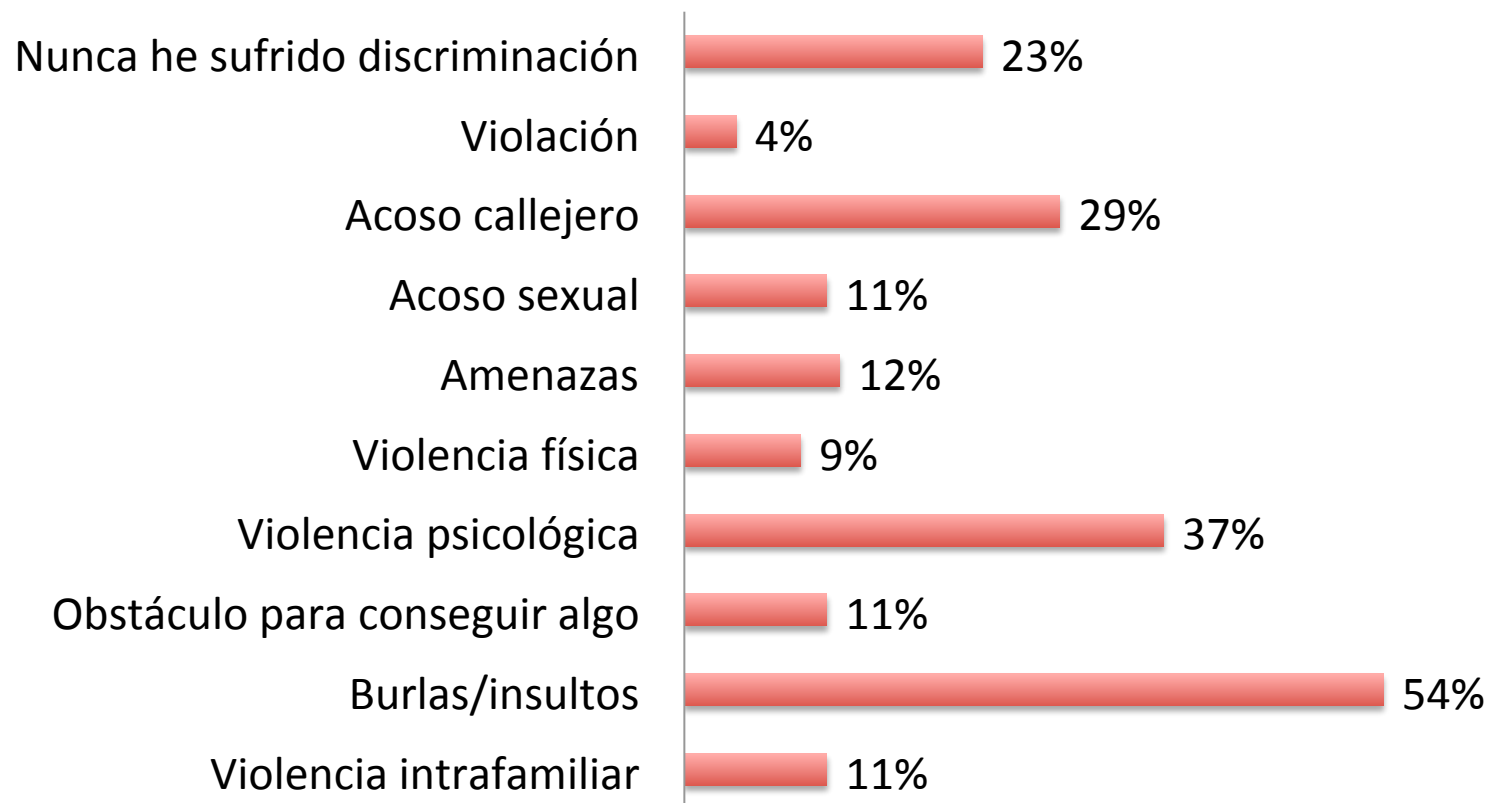
¿Alguna vez en tu vida sufriste actos de discriminación por tu orientación sexual?



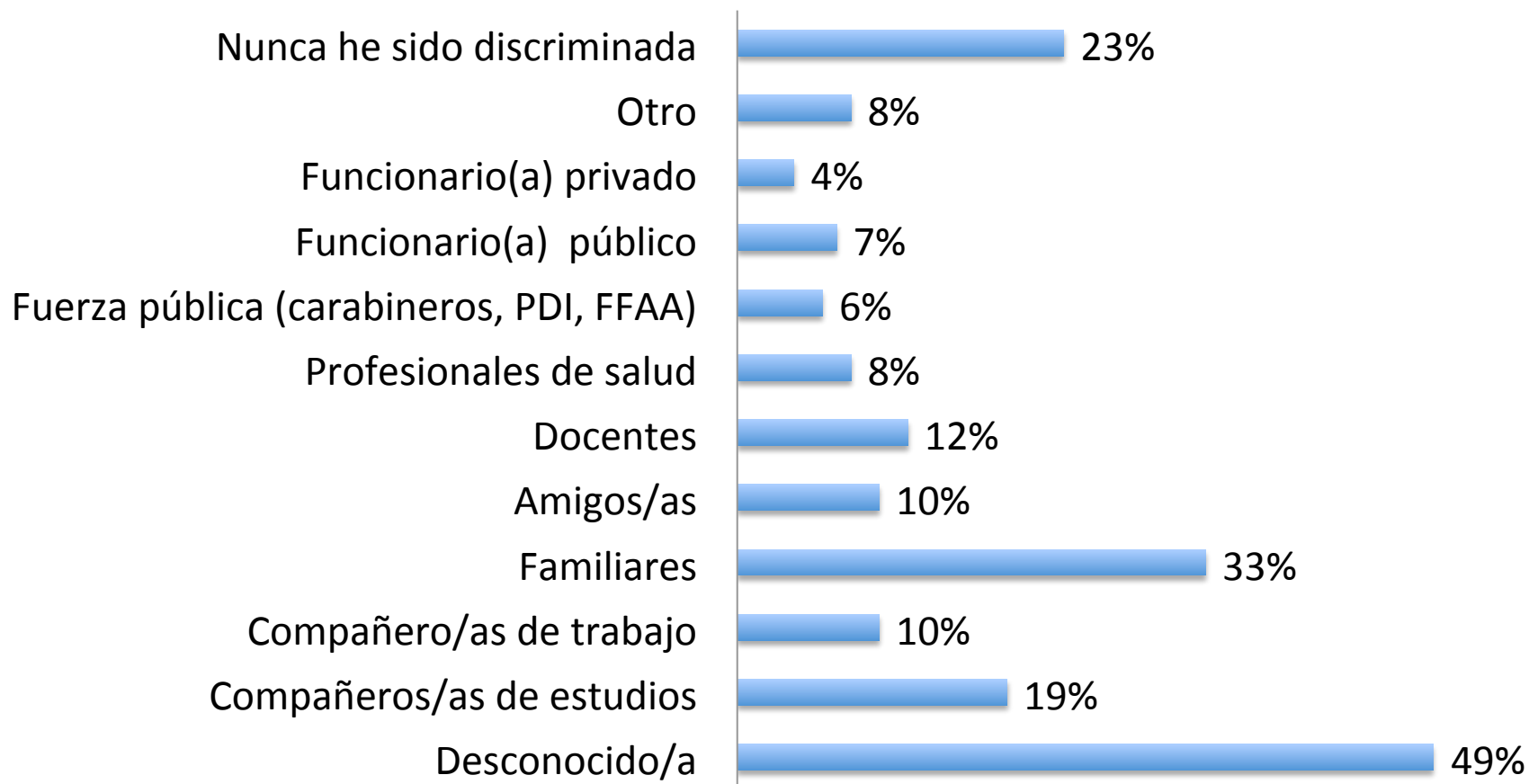
¿En el último año, con qué frecuencia fuiste discriminada por tu orientación sexual ?



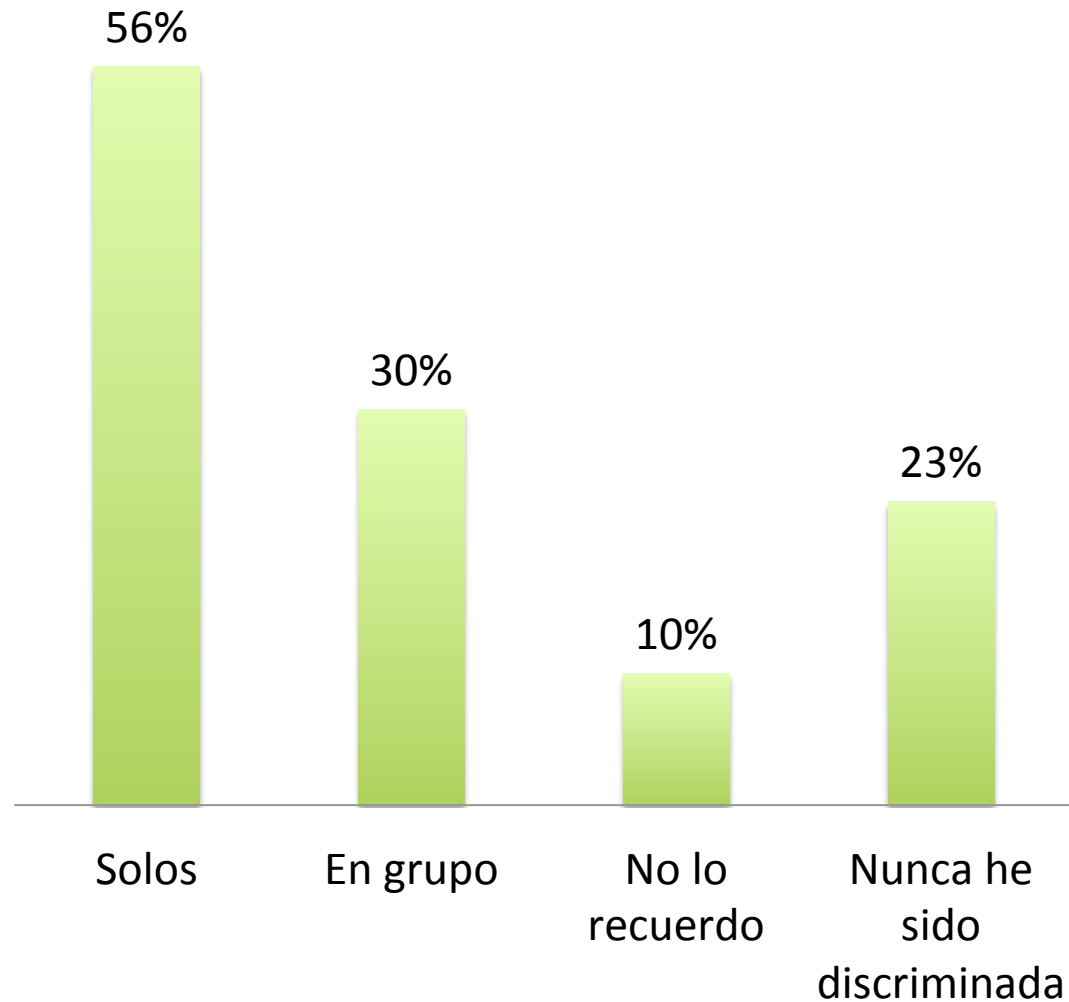
¿Qué tipo de discriminación viviste alguna vez en tu vida?



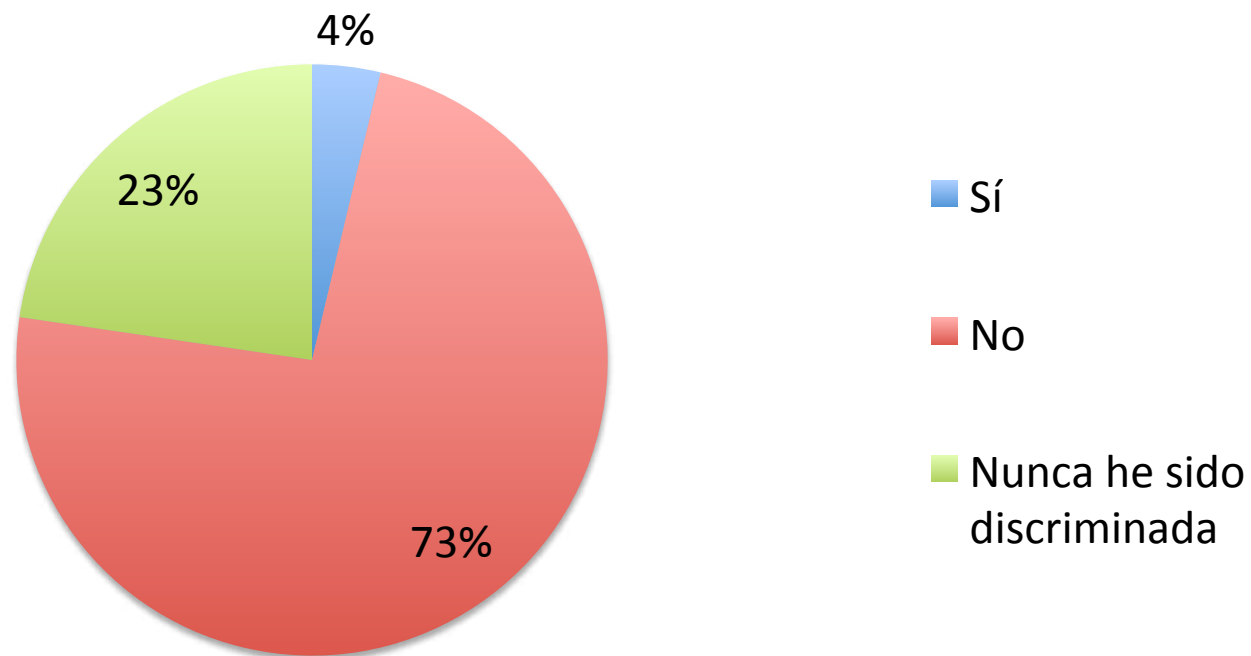
¿Por quién fuiste discriminada alguna vez en tu vida?



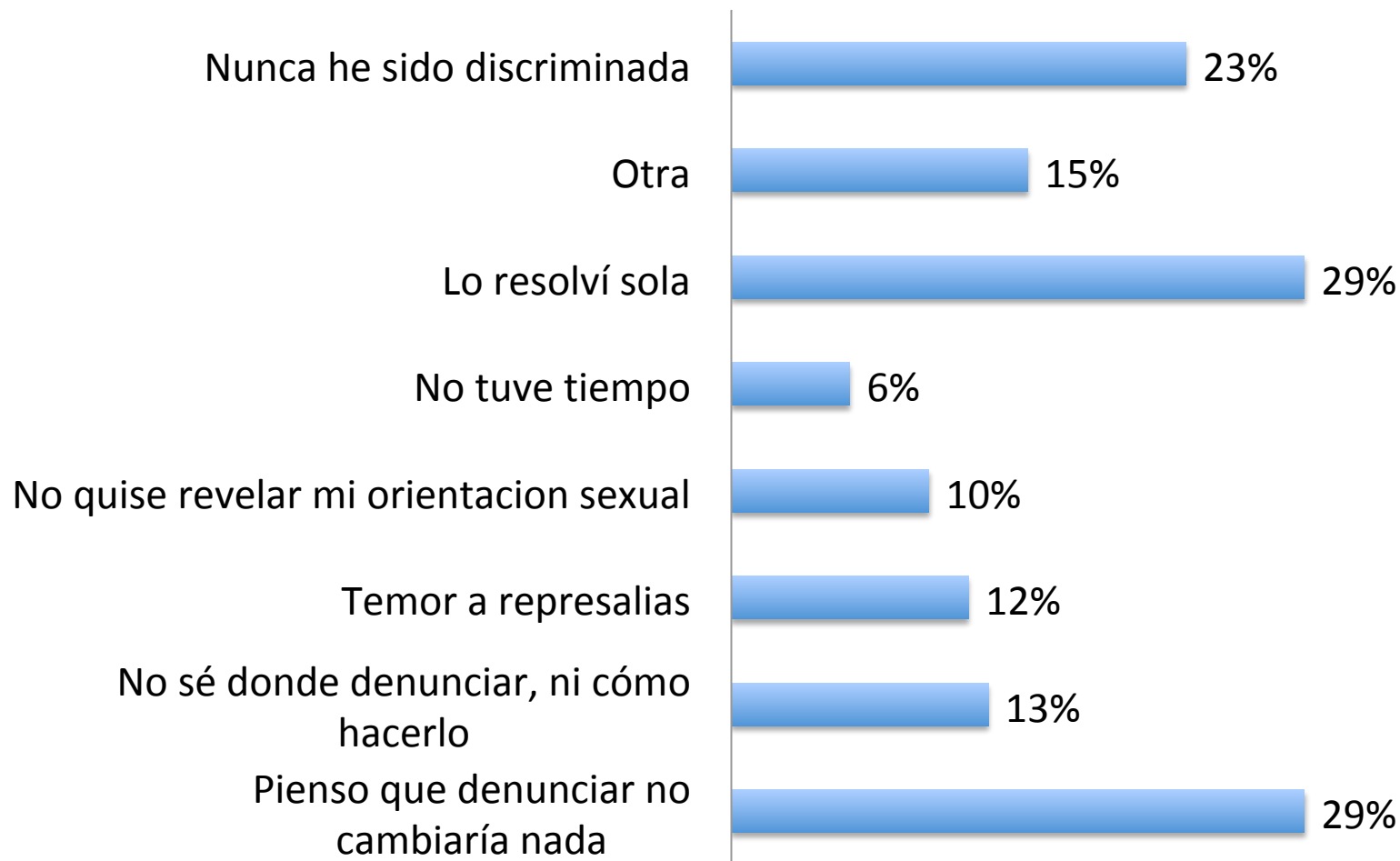
**¿Los responsables de la
discriminación que sufriste,
actuaron... ?**



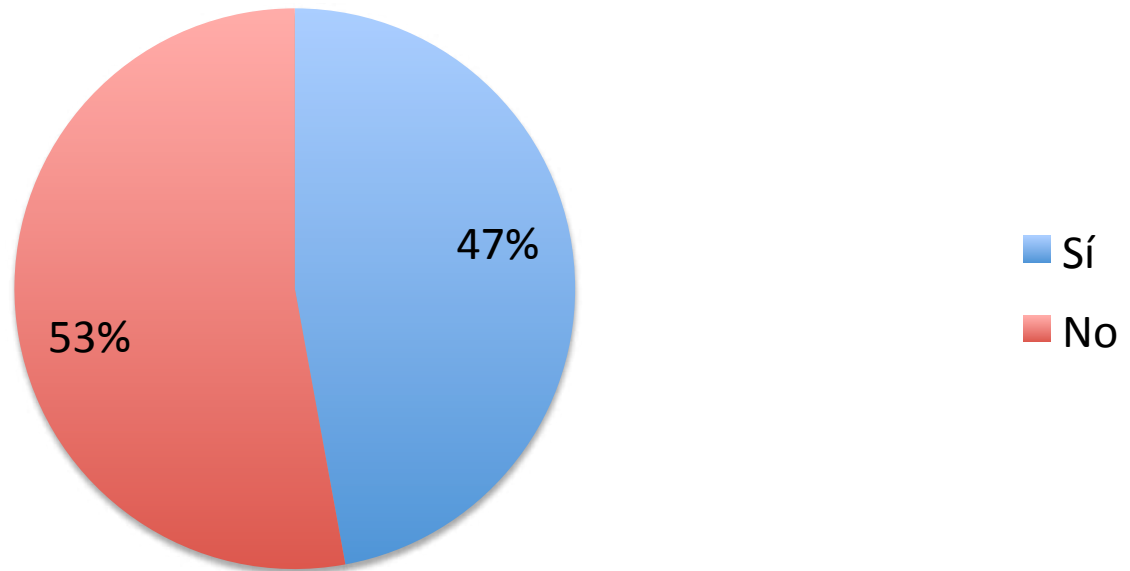
¿Denunciaste la última discriminación que viviste?



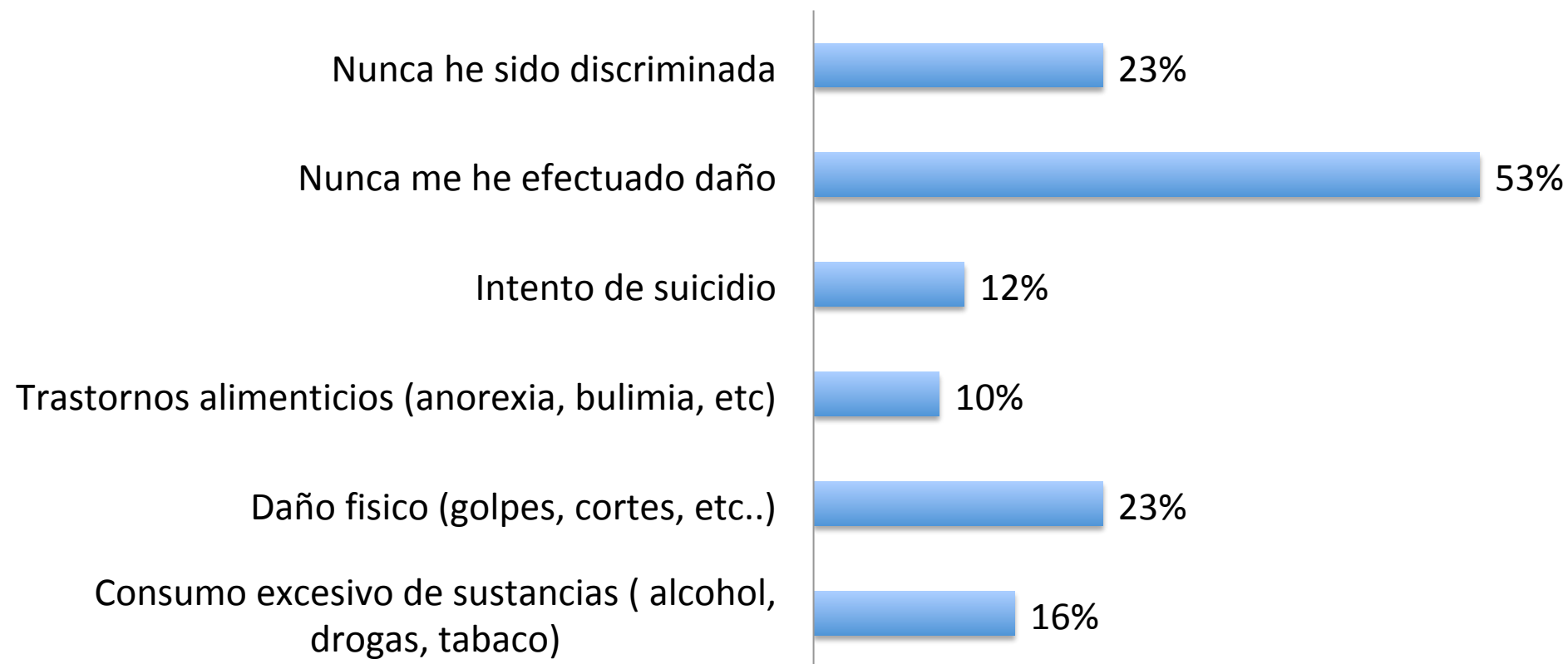
En el caso de no haber denunciado la discriminación que viviste, ¿a qué se debió?



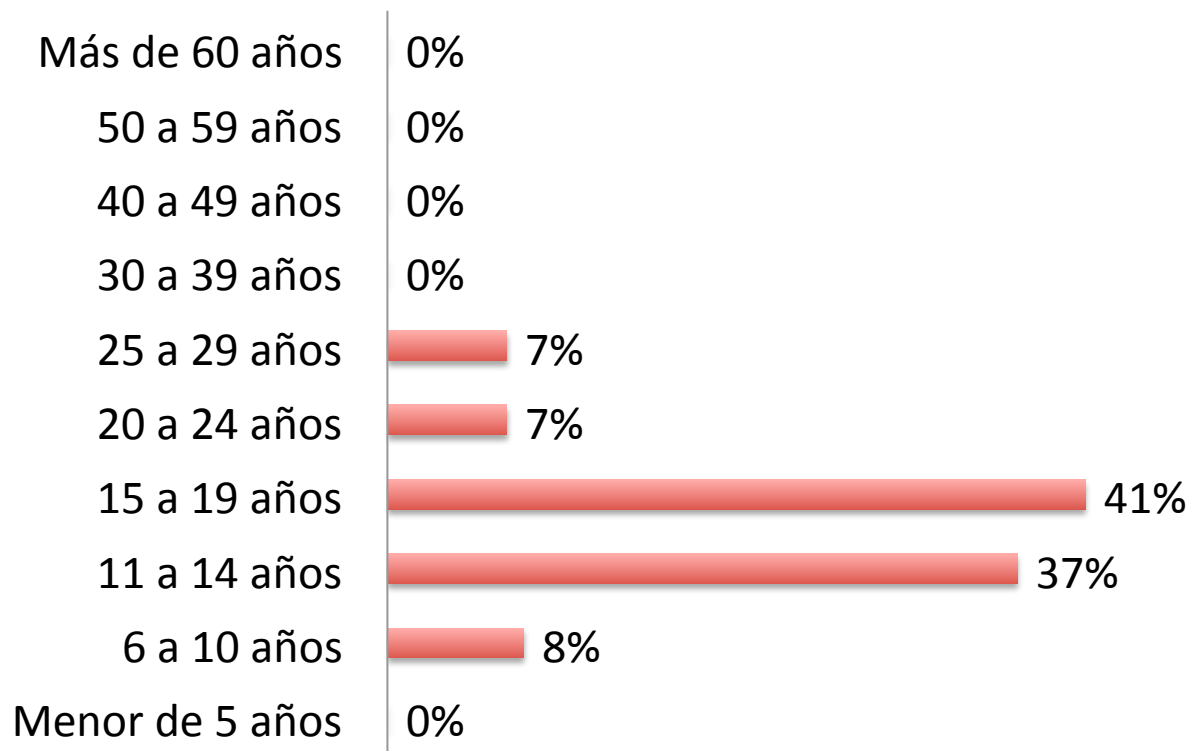
¿Te hiciste daño alguna vez producto de la discriminación o presión social hacia tu orientación sexual?



¿Qué tipo de daño te hiciste producto de la discriminación?

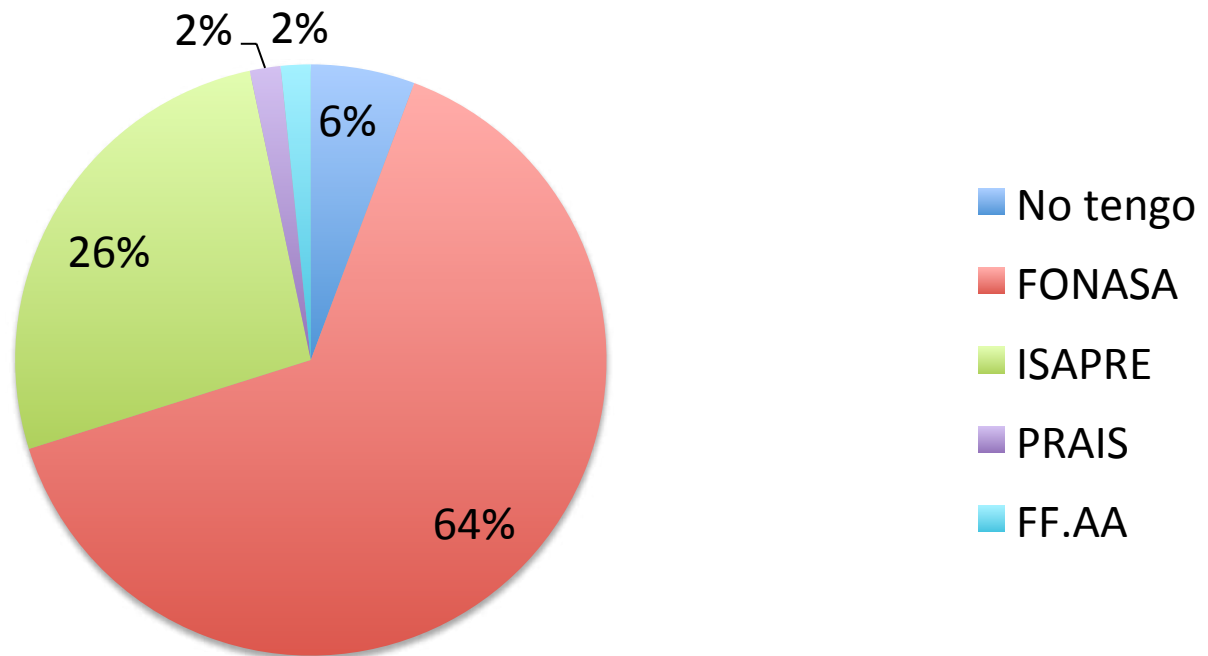


**¿A qué edad te dañaste por primera vez
producto de la discriminación o presión
social hacia tu orientación sexual?**

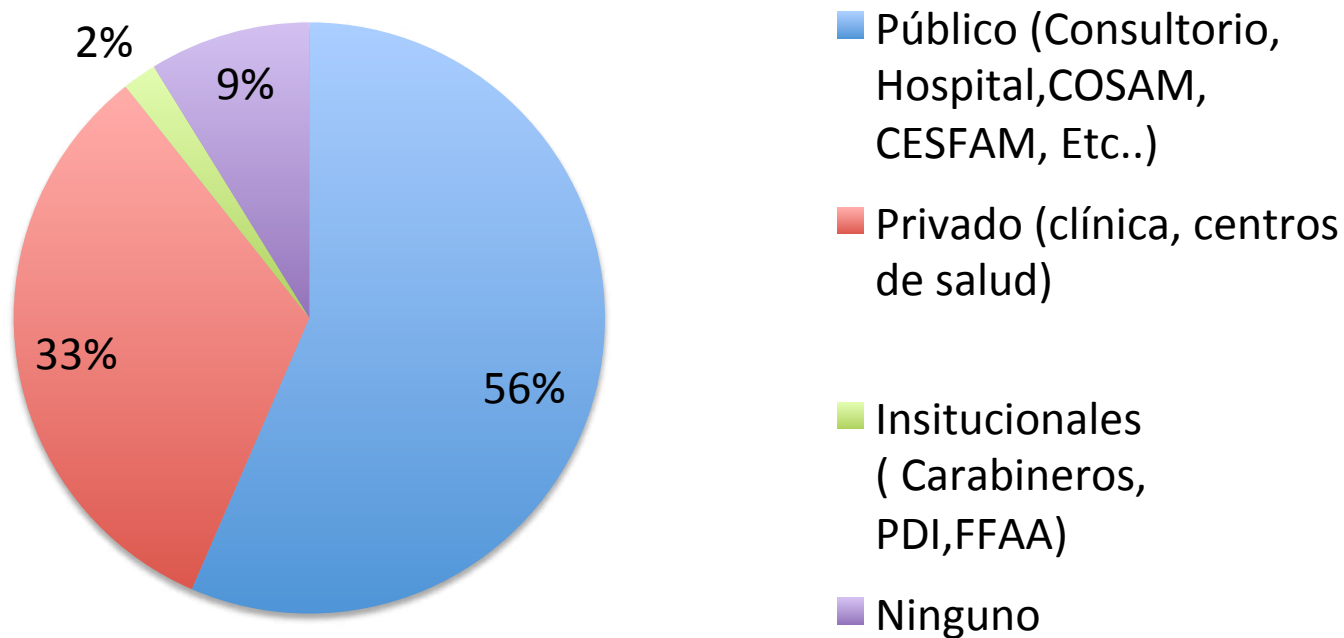


**SALUD, DERECHOS
Y PREVENCIÓN**

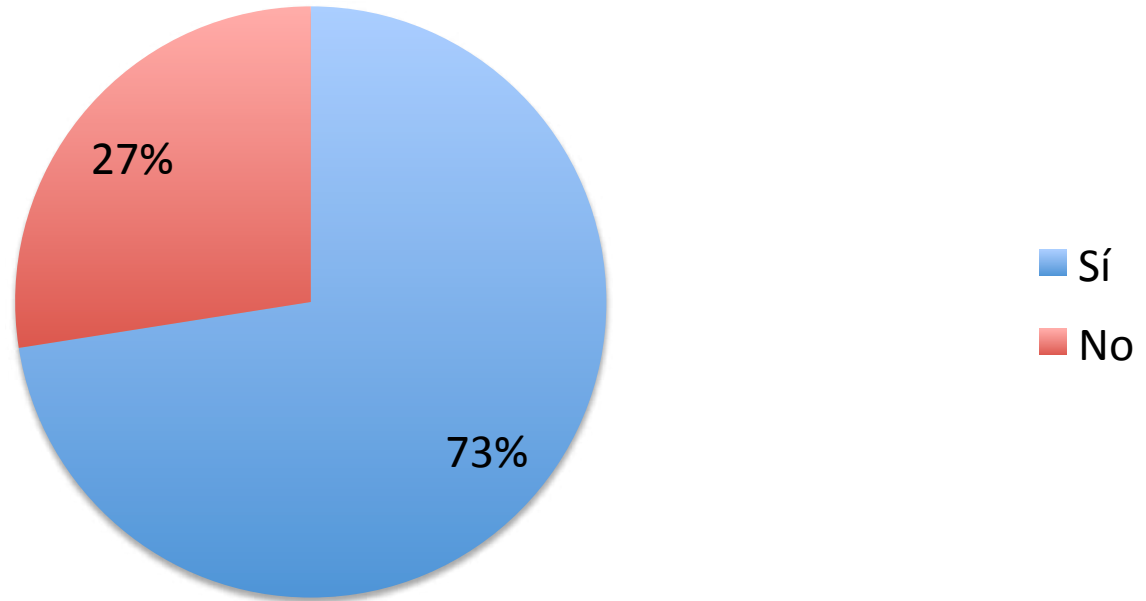
¿Cuál es tu previsión de salud?



¿En qué centro de salud estás inscrita?



¿Fuiste alguna vez al ginecólogo?



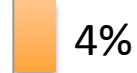
Si no fuiste a un ginecólogo ¿Cuál fue la razón?

Las mujeres lesbianas - bisexuales no poseen riesgos de embarazo



7%

Las mujeres lesbianas - bisexuales no poseen riesgos de ITS (infecciones de transmisión sexual)



4%

He tenido malas experiencias en los servicios de salud



25%

No les tengo confianza



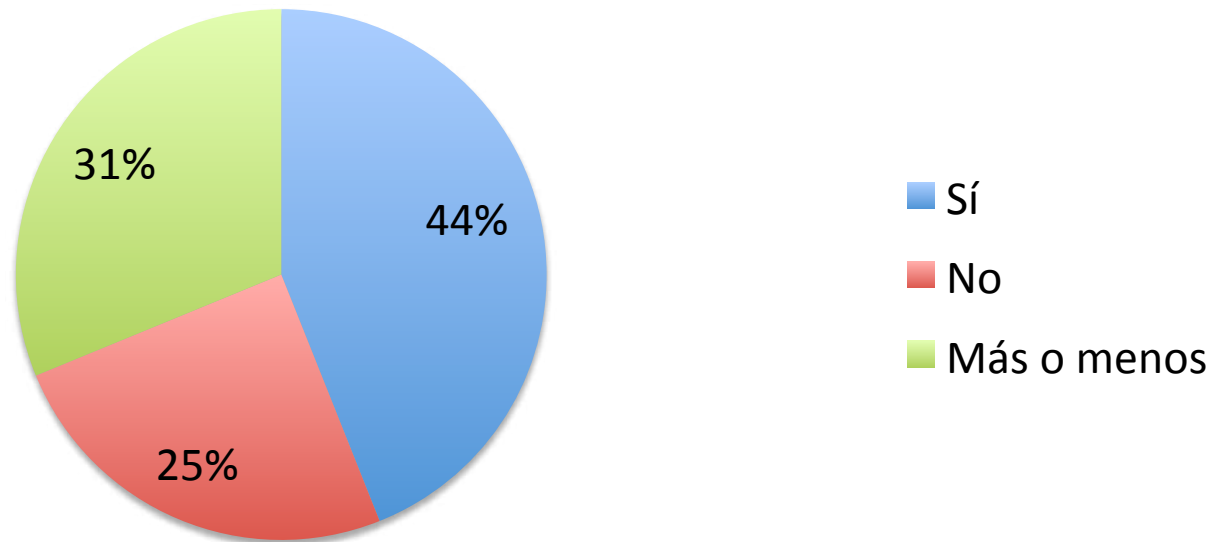
74%

No lo considero necesario

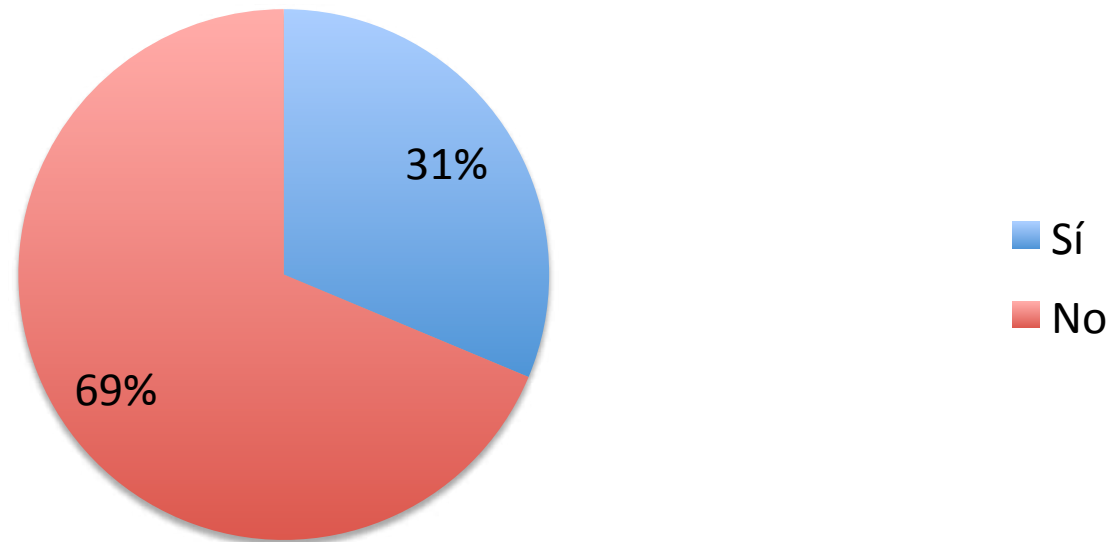


59%

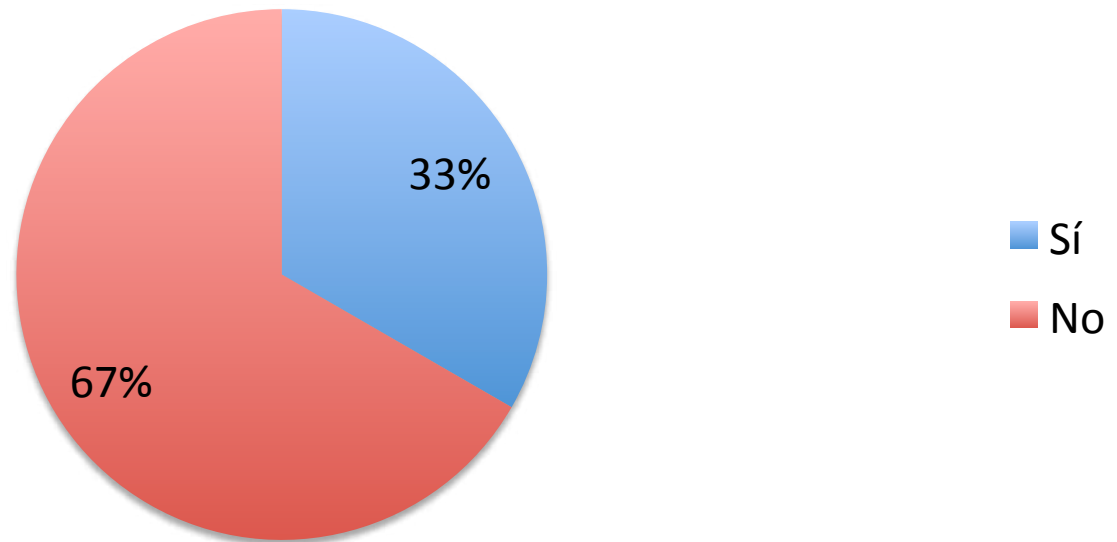
¿Conoces el método para efectuar el auto examen de mamas?



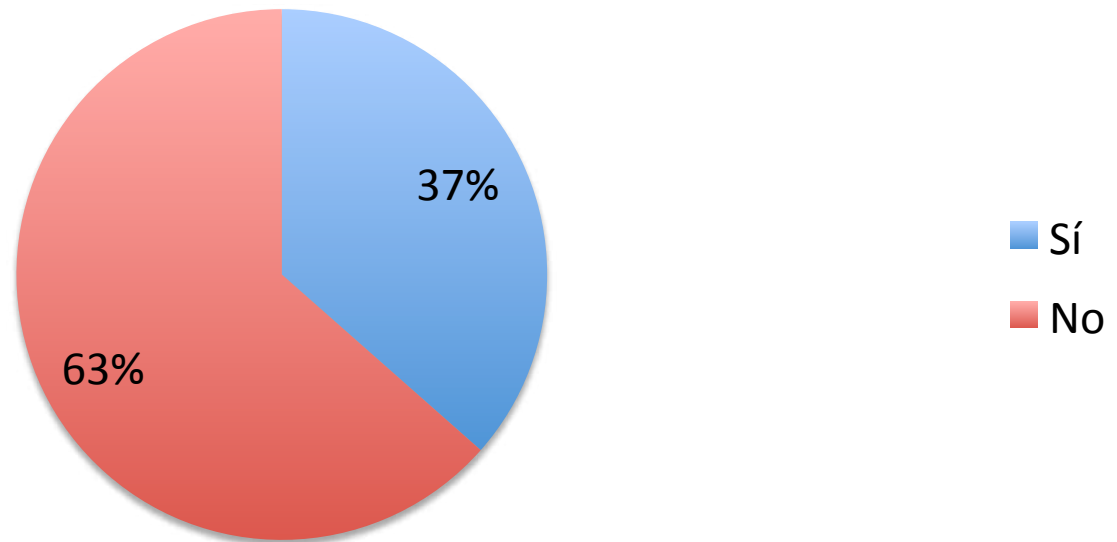
**¿Te efectúas el auto examen de mamas
regularmente?**



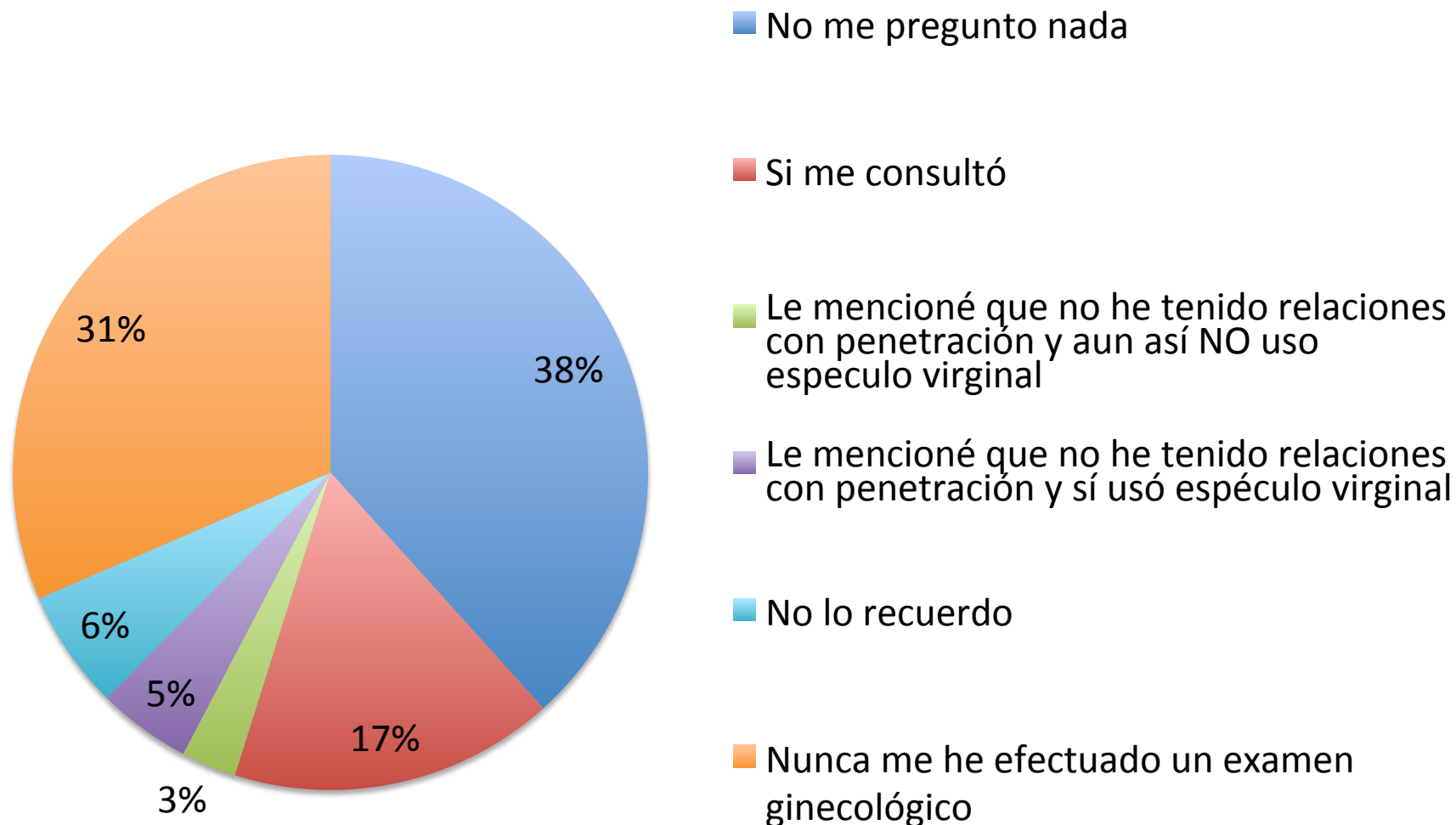
**¿Durante el último año te efectuaste el PAP
(papanicolau)?**



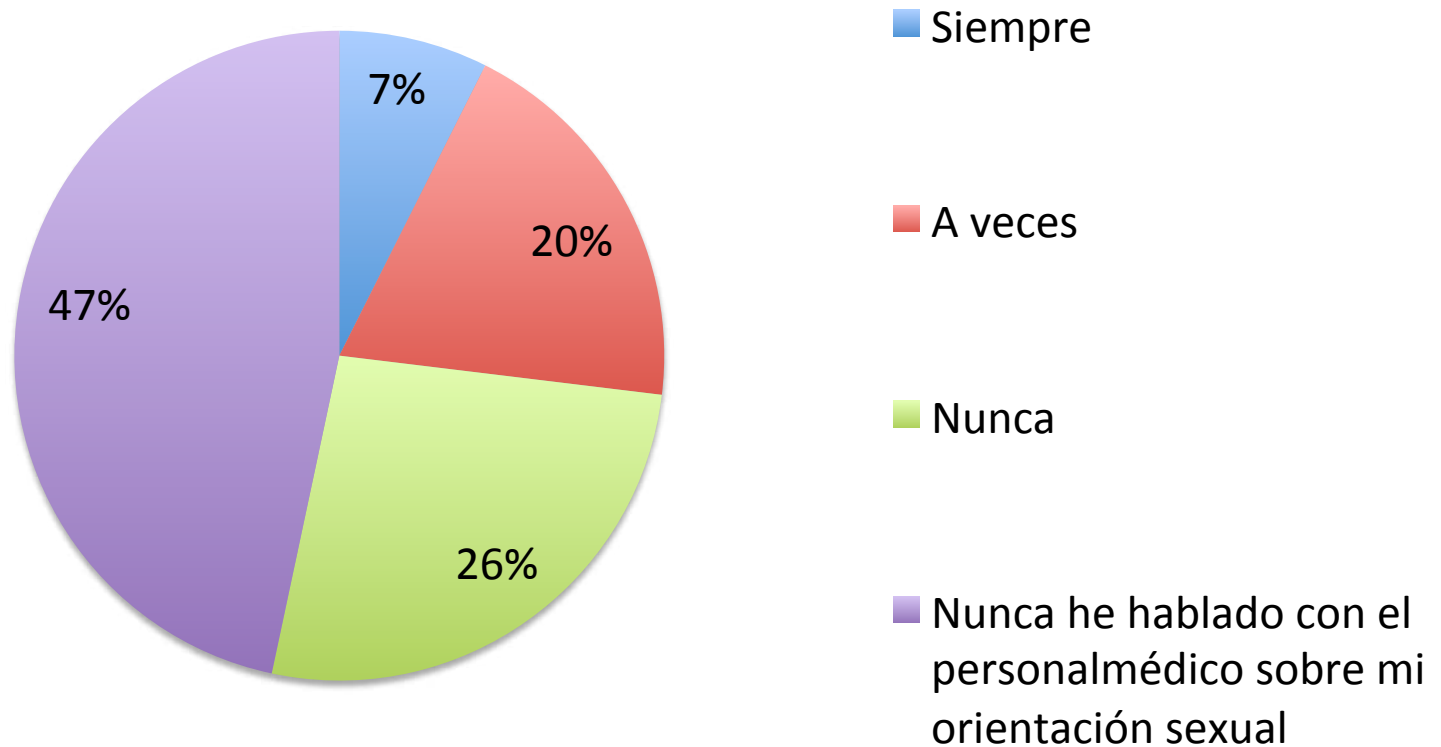
¿En alguna atención ginecológica te han preguntado sobre tu orientación sexual?



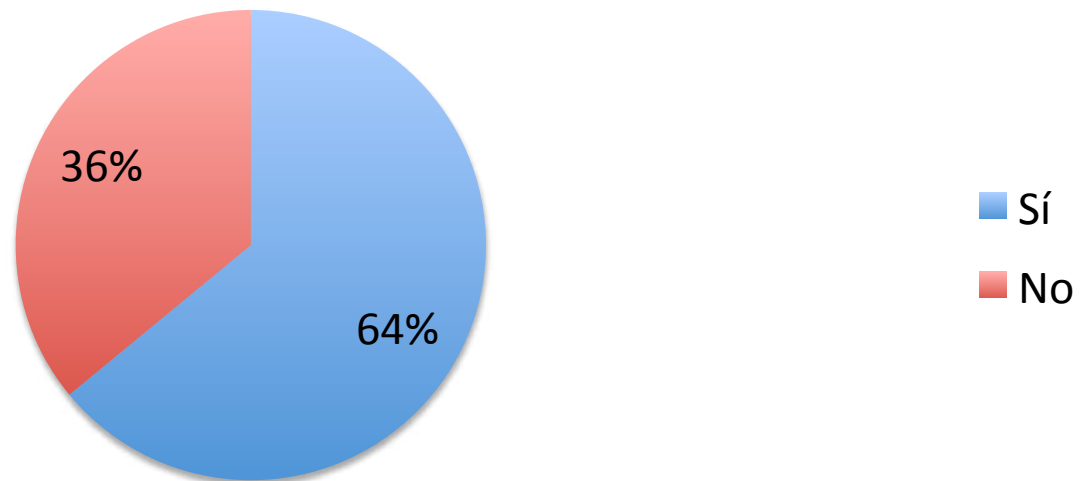
¿Al practicarle un examen ginecológico, el profesional de salud te preguntó tu orientación sexual?



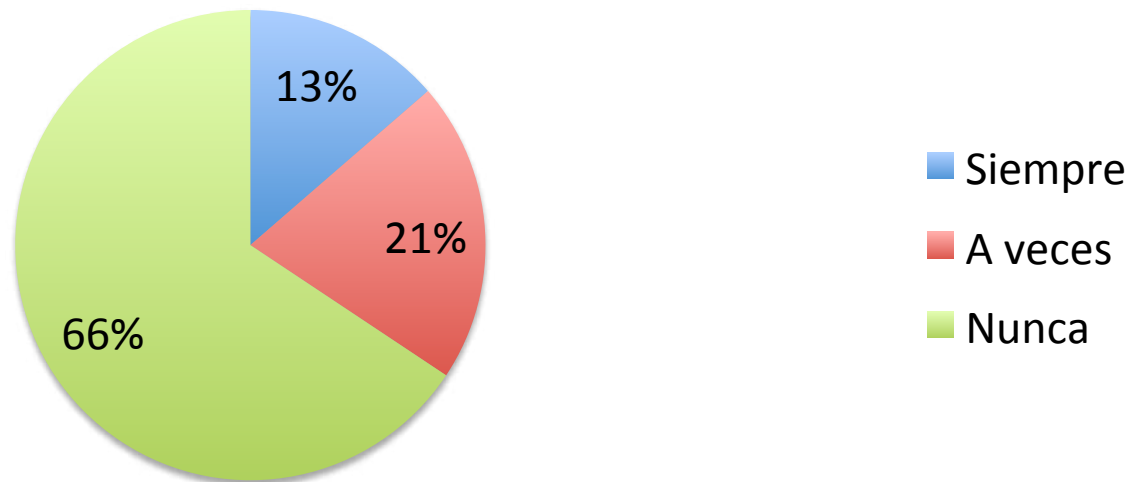
¿Consideras que el personal de salud muestra sincero interés en resolver tus necesidades de salud como mujer lesbiana/ bisexual?



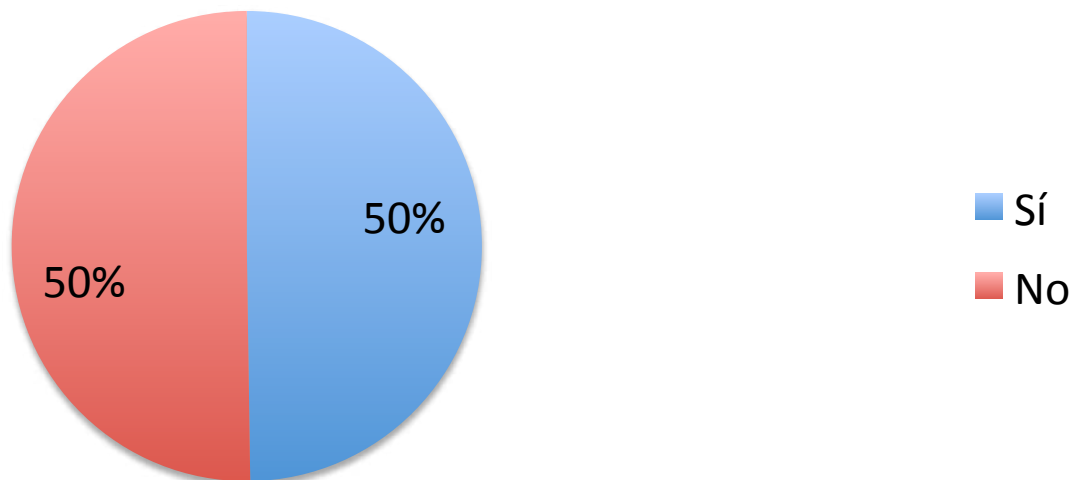
**¿Conoces cuáles son las barreras de protección ITS
(infecciones de transmisión sexual) que debes usar
para mantener relaciones sexuales con mujeres?**



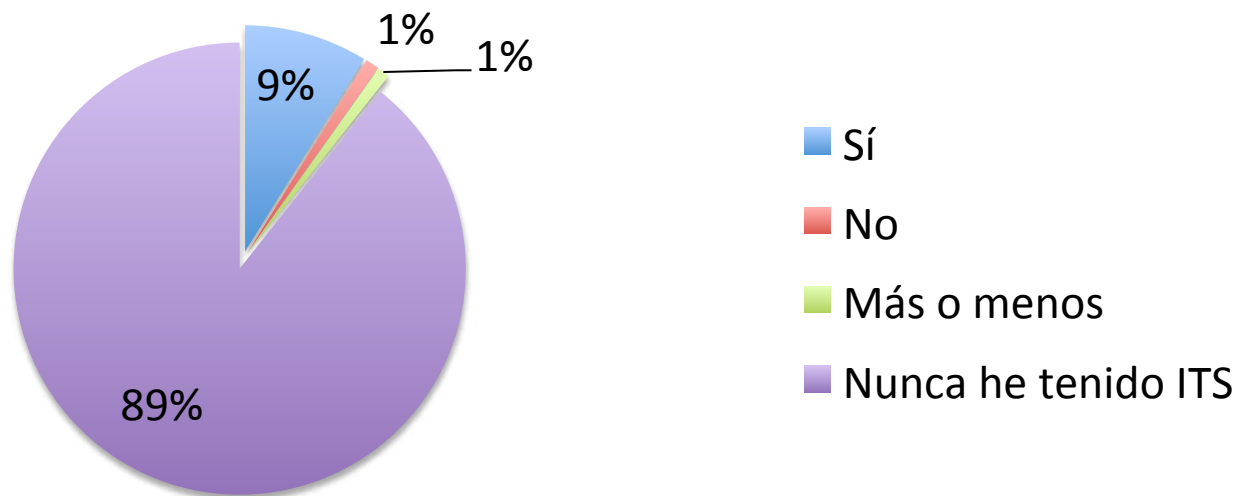
¿Cuando tienes relaciones sexuales utilizas algún método de protección de ITS (infecciones de transmisión sexual)?



¿Conoces lugares donde comprar barreras de protección de ITS (infecciones de transmisión sexual)?



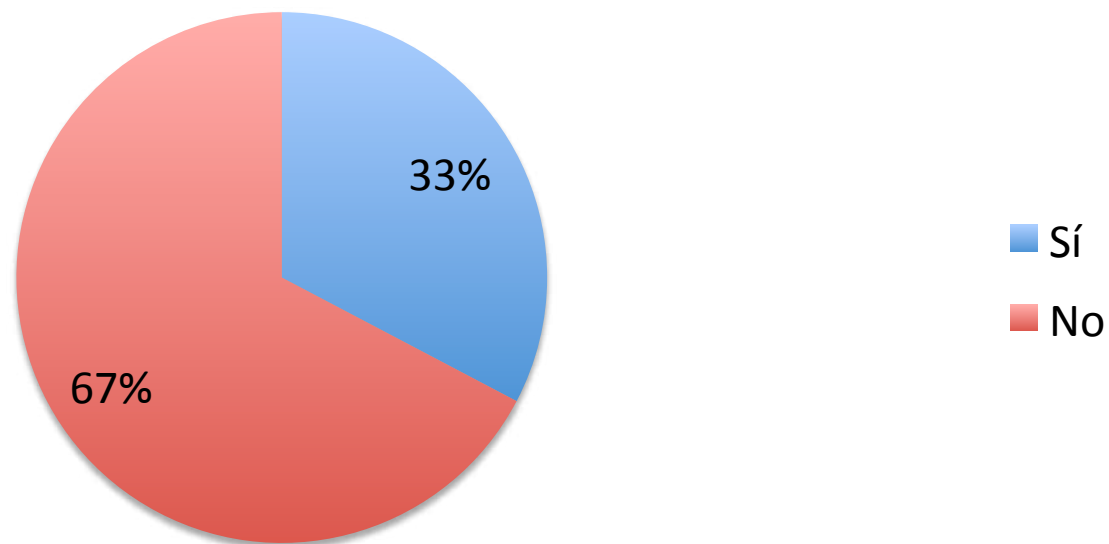
En caso de haber padecido alguna ITS (infecciones de transmisión sexual) ¿seguiste las indicaciones médicas?



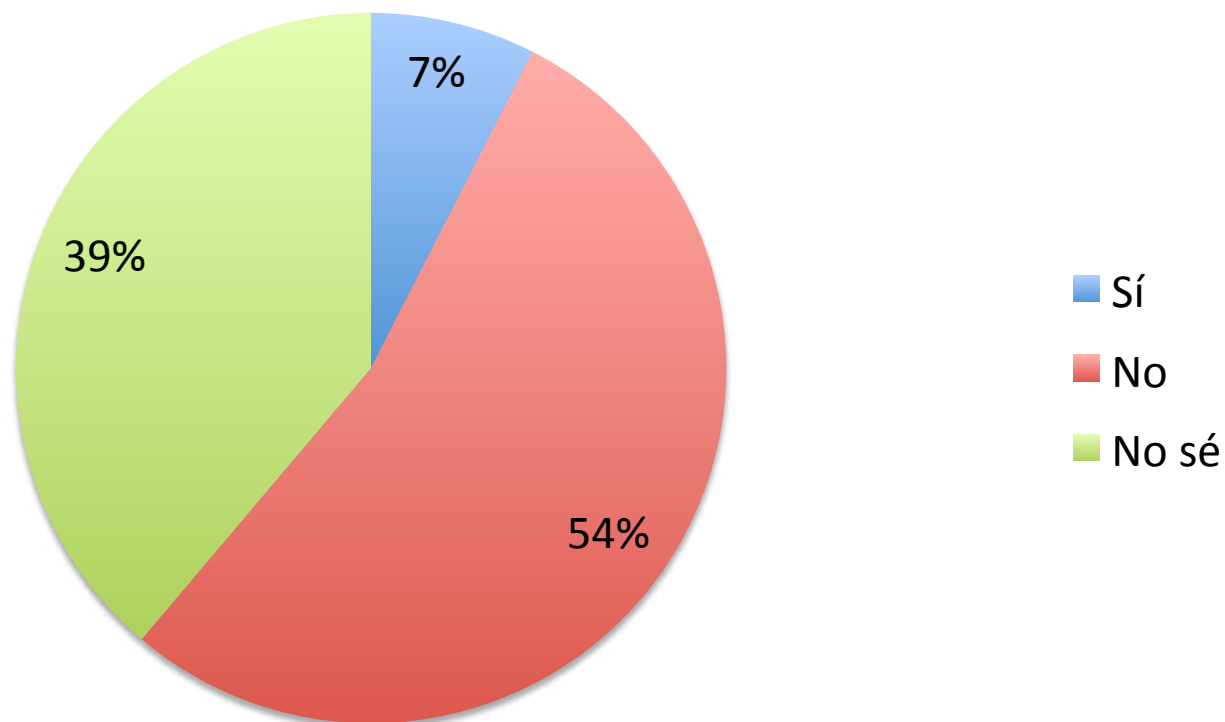
¿Crees que existe información suficiente sobre métodos de protección de ITS (infecciones de transmisión sexual) para mujeres que tienen sexo con otras mujeres?



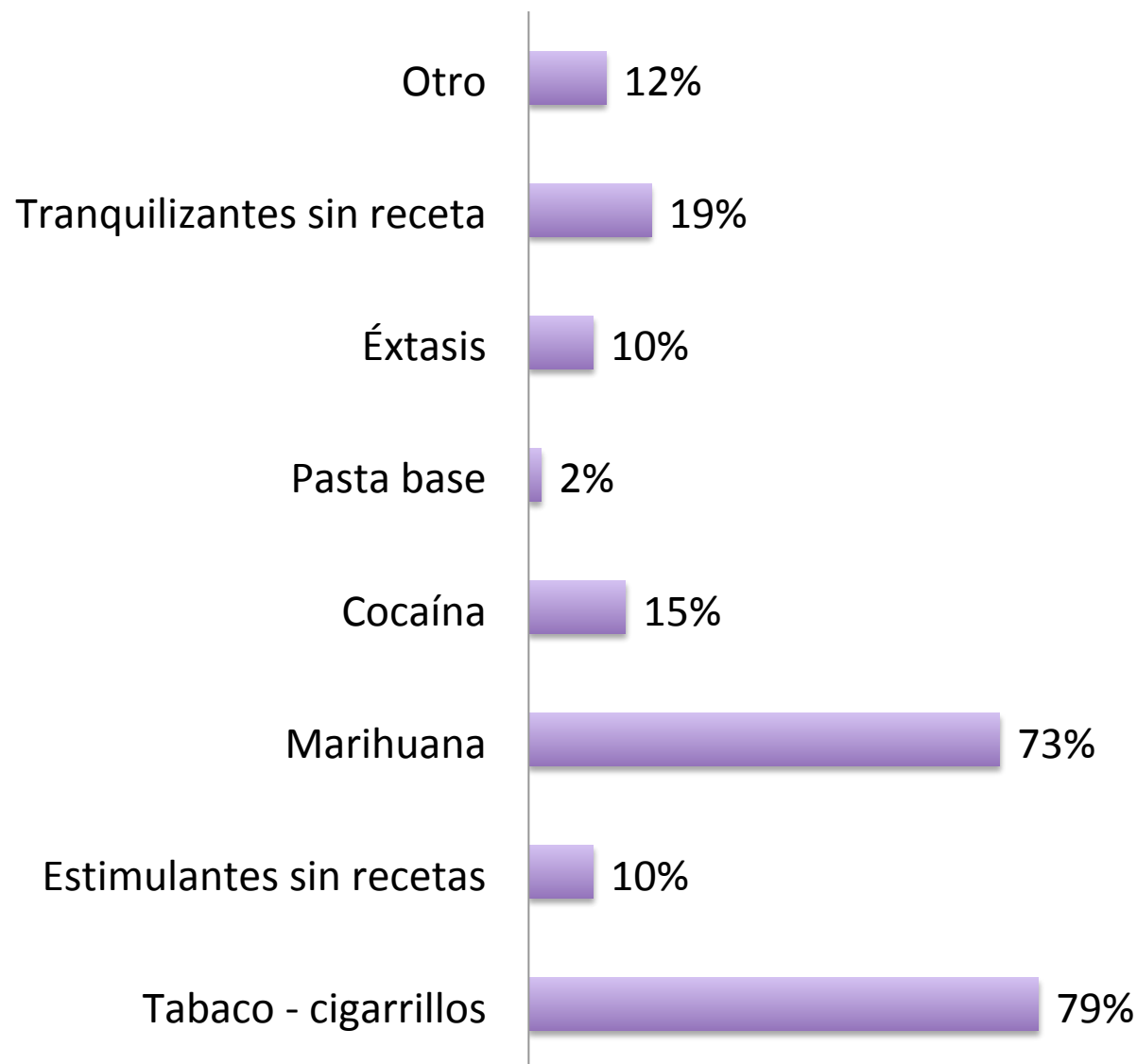
¿Conoces centros de salud u organizaciones que entreguen métodos de protección gratuitos?



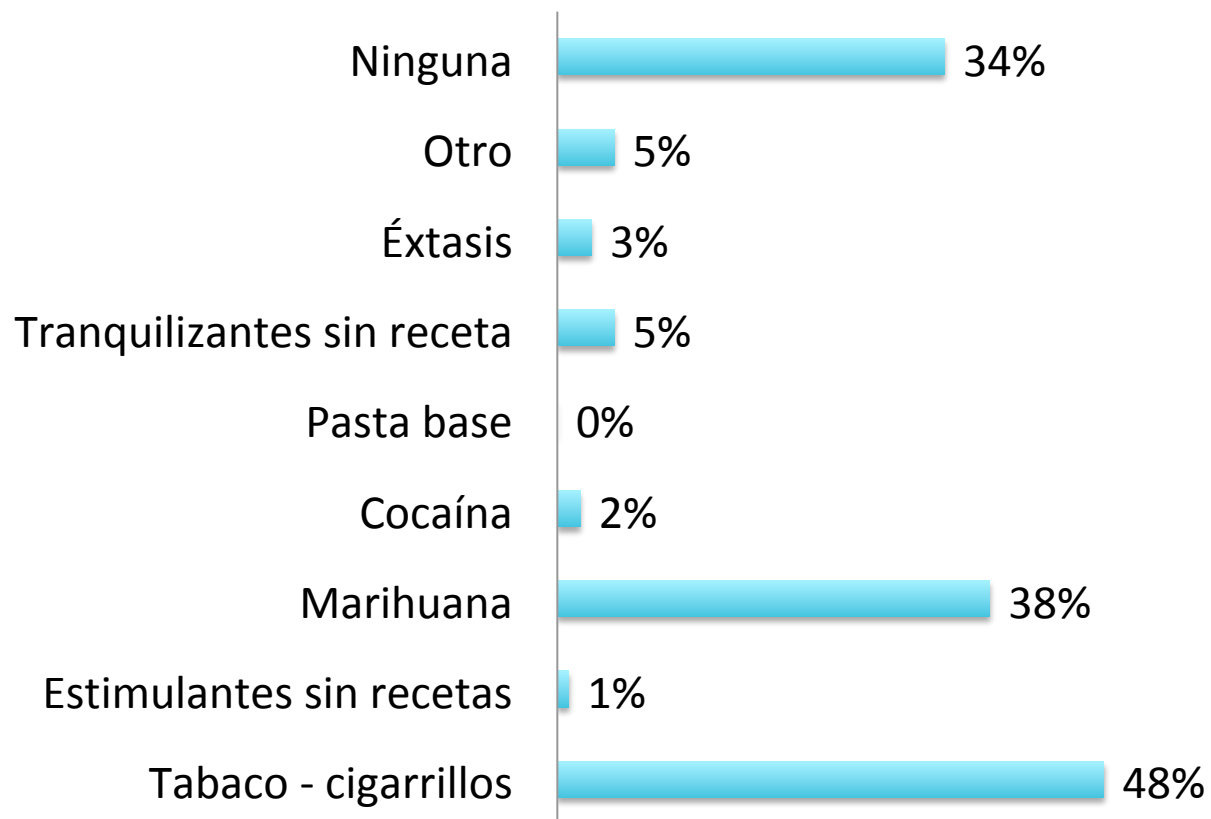
¿Sientes que el personal de salud está capacitado para efectuar atención a personas LGTBIQ+?



¿Cuál/es de estas sustancias consumiste alguna vez en tu vida?



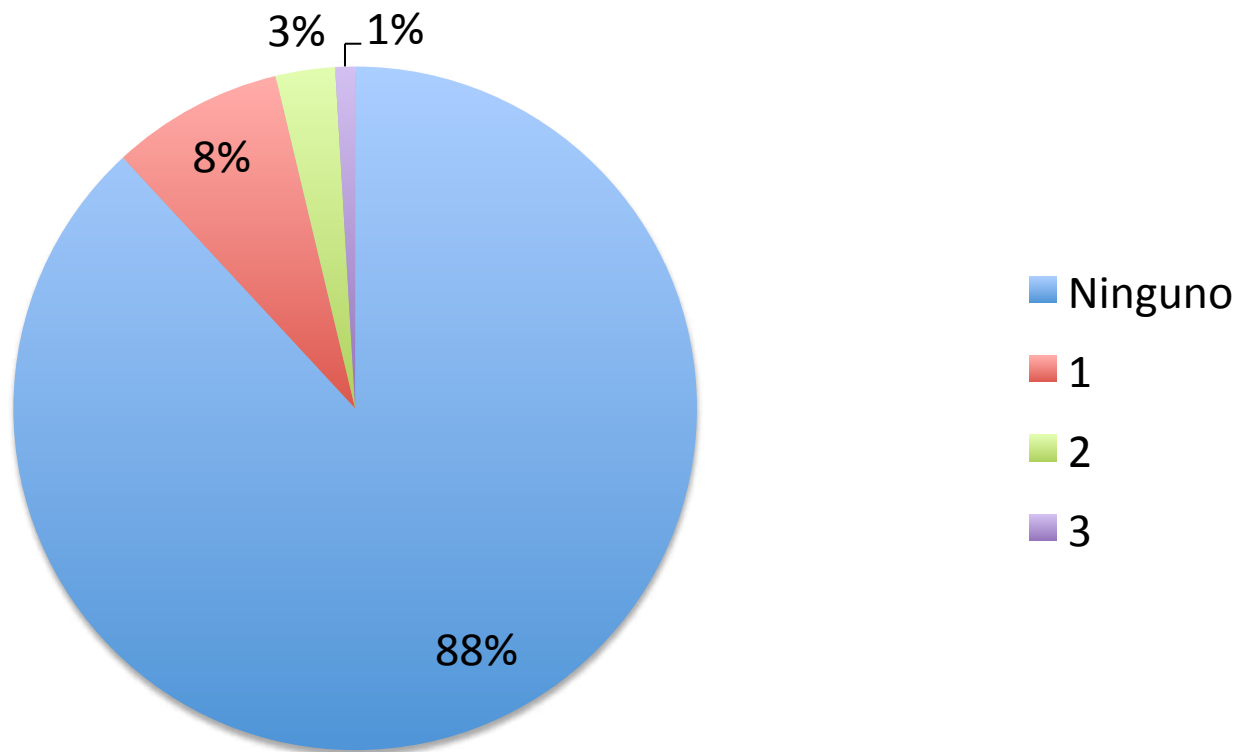
¿Cuál/es de estas sustancias consumiste el último mes?



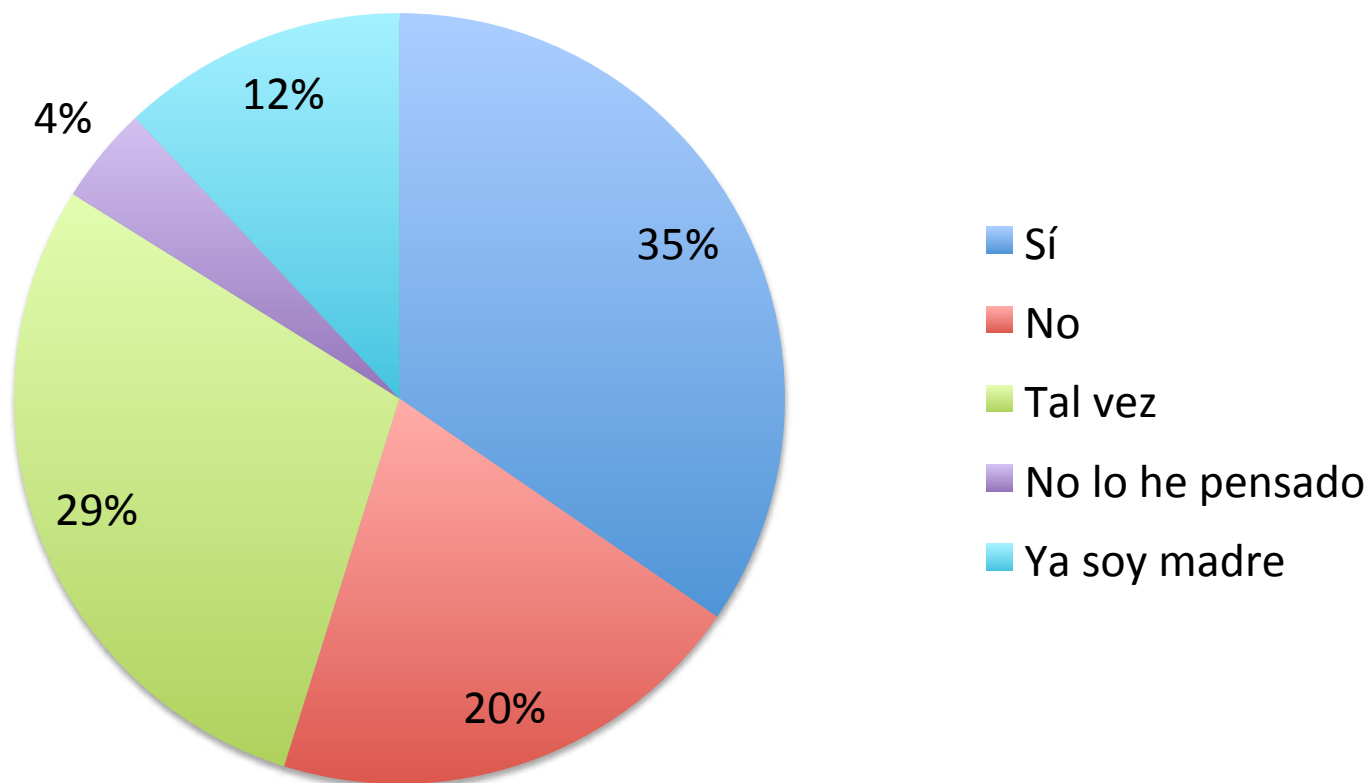
A photograph of a woman holding a baby, overlaid with a purple gradient. The woman is on the left, and the baby is on the right, looking up. The text 'LESBOPARENTALIDAD' is centered in a white rounded rectangle.

LESBOPARENTALIDAD

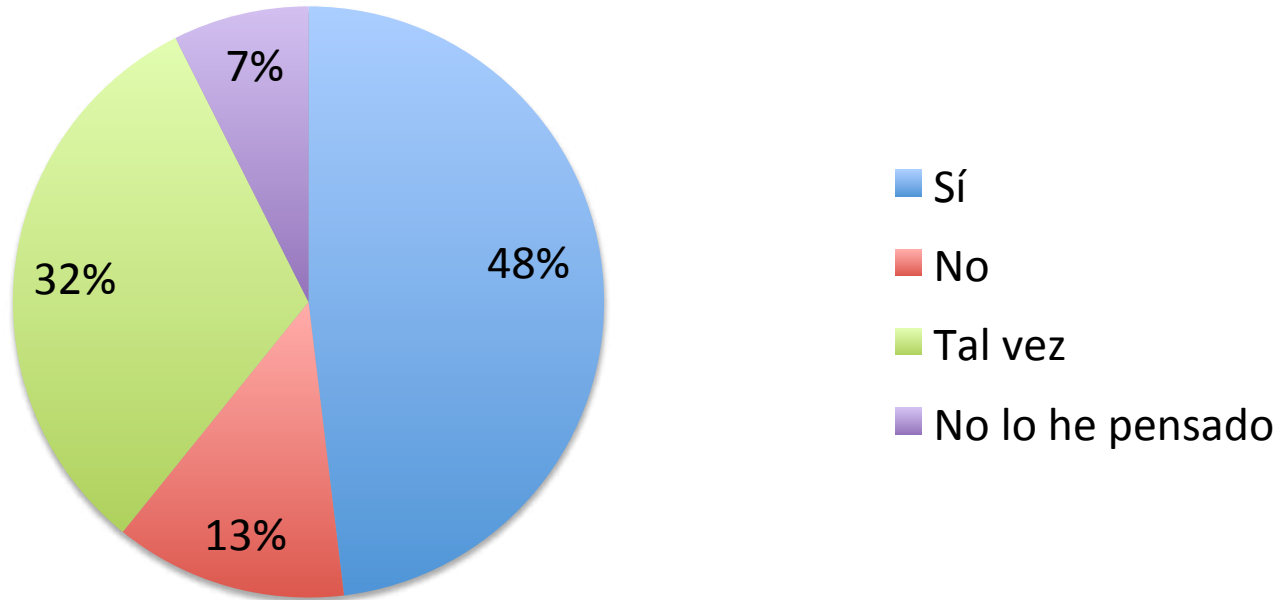
¿Cuántos hijos(as) tienes?



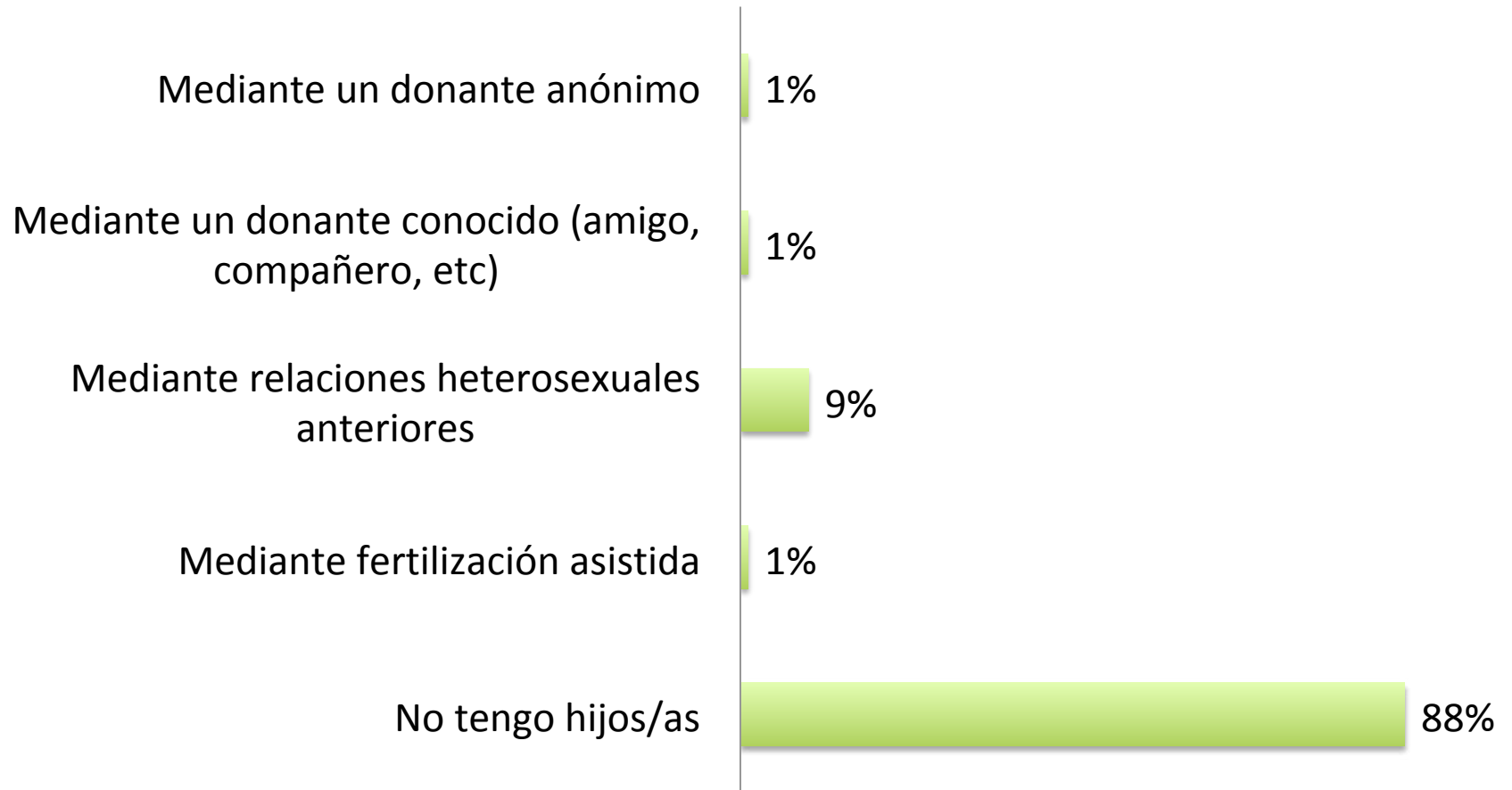
¿Quieres ser madre?



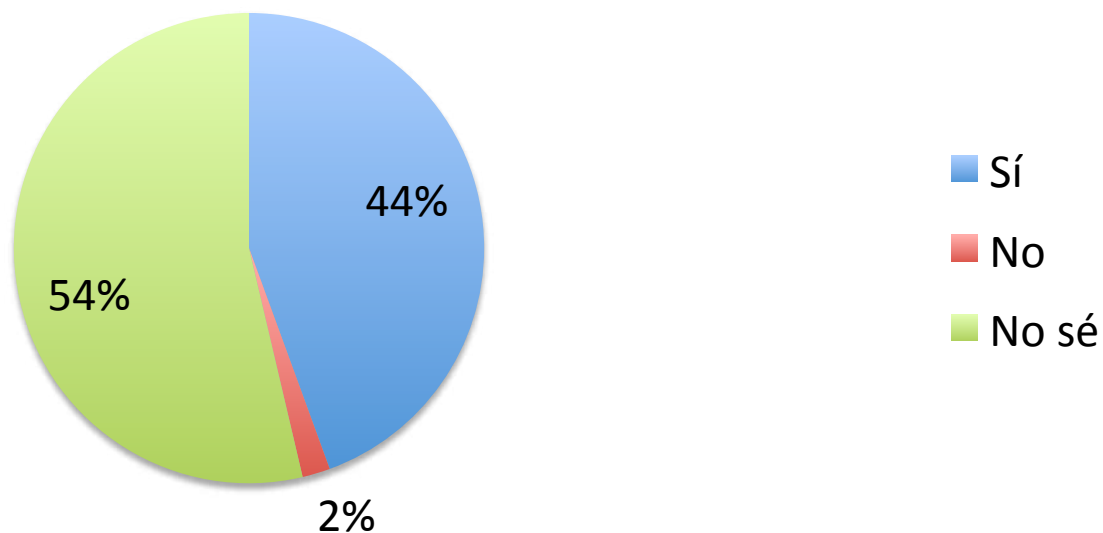
¿Te gustaría adoptar a un/a niño/a?



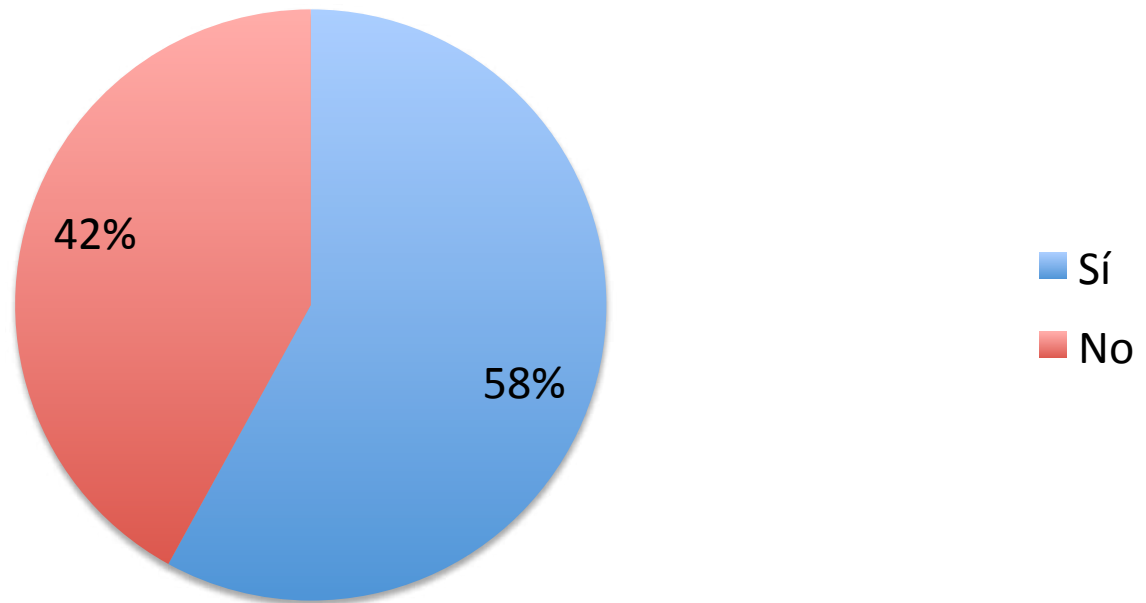
¿Cómo llegaron tus hijos/as a tu familia?



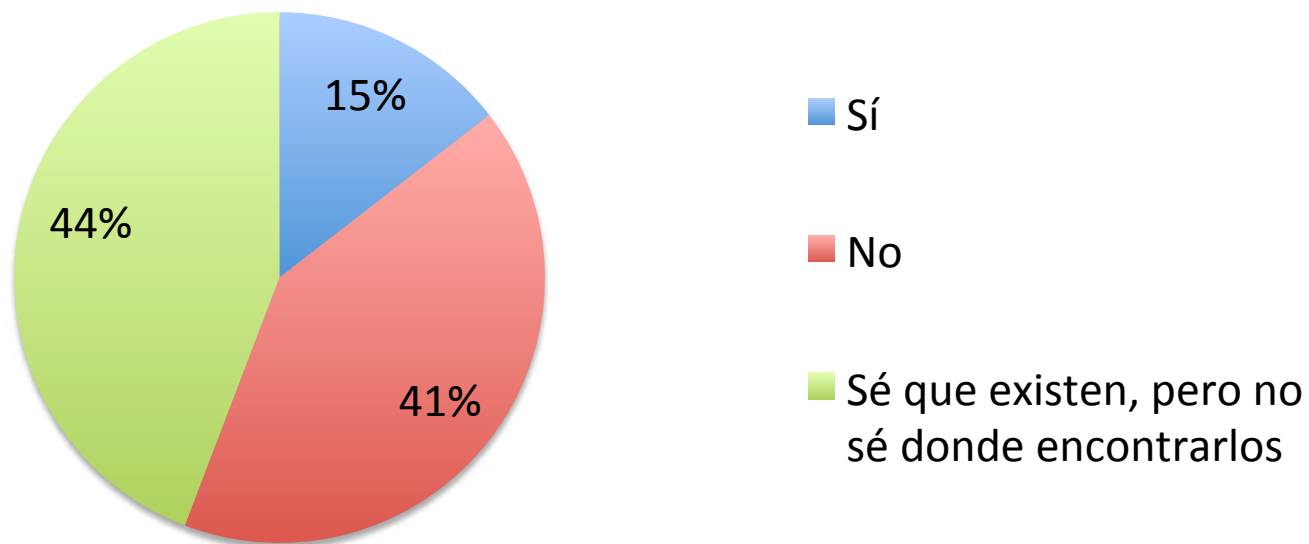
¿Crees que el programa de FONASA sobre fertilización asistida discrimina a mujeres lesbianas / bisexuales?



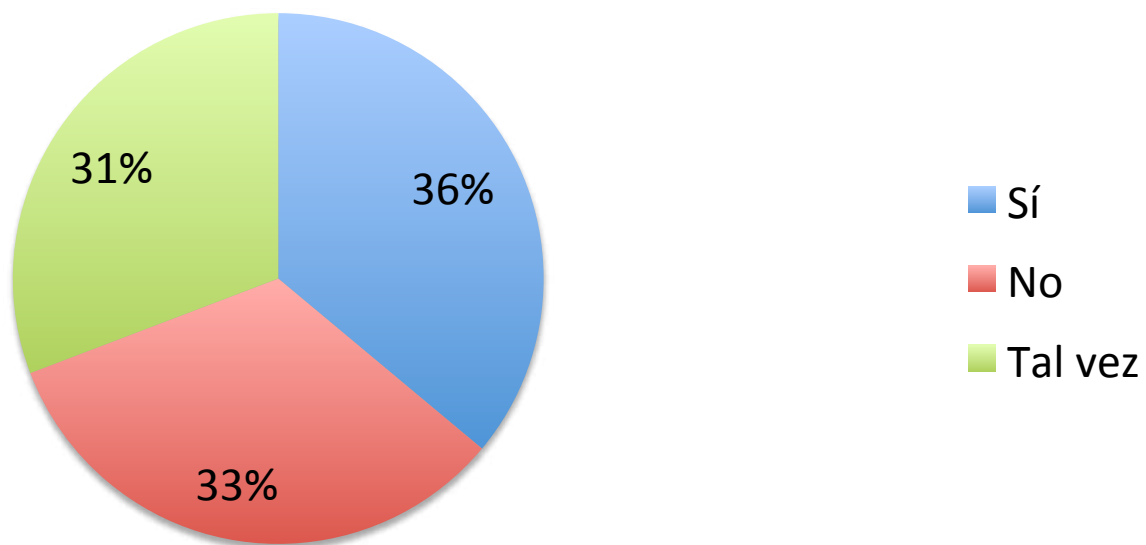
¿Conoces métodos de fertilización asistida?



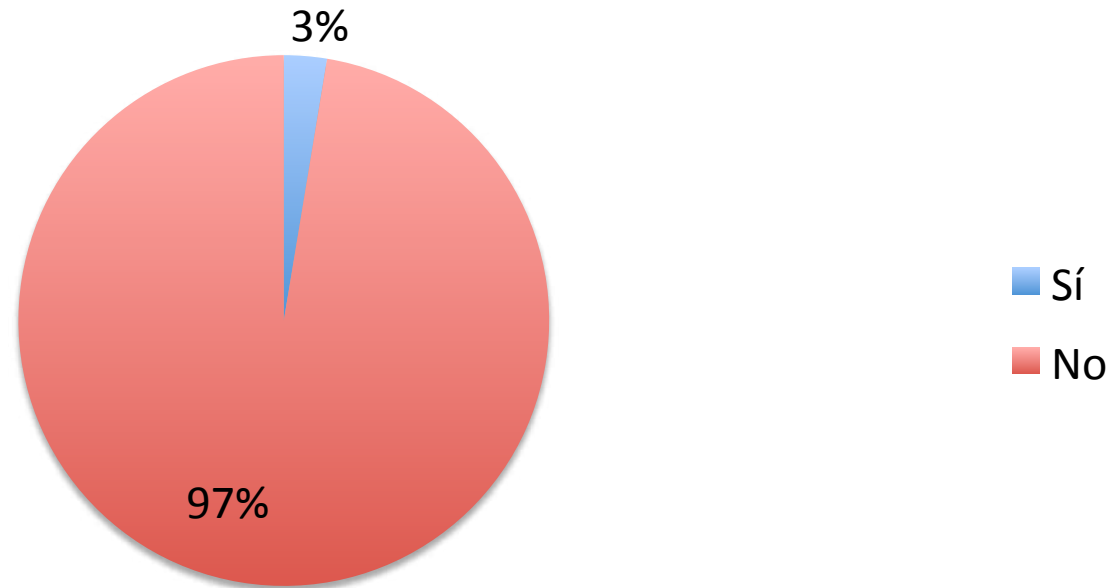
¿Conoces centros privados que en Chile efectúen fertilización asistida a parejas de mujeres?



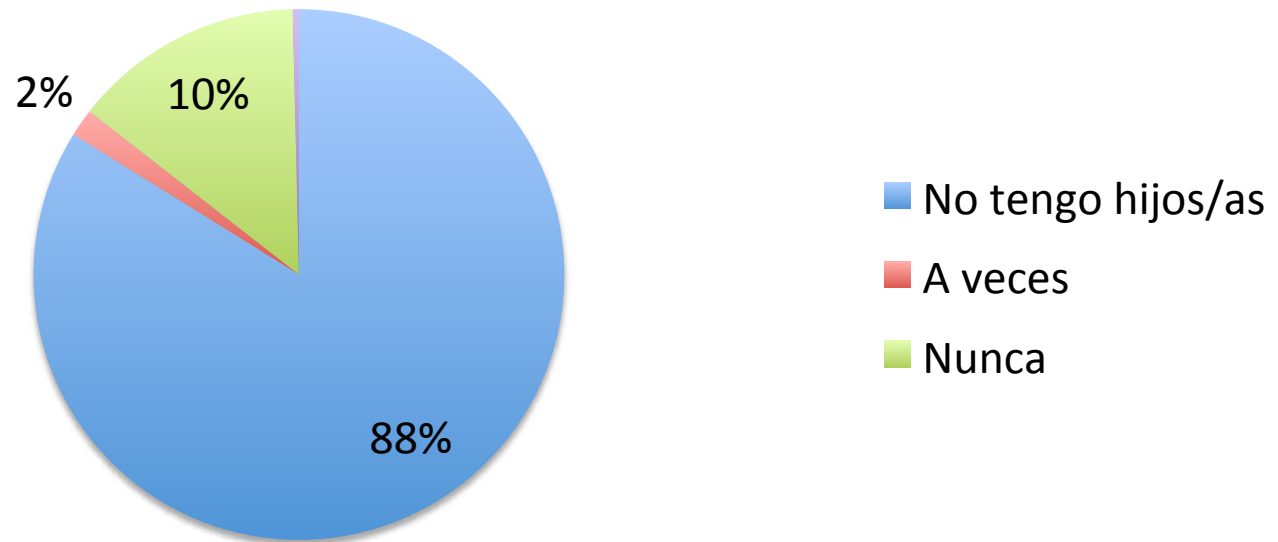
¿Te efectuarías algún método de fertilización asistida?



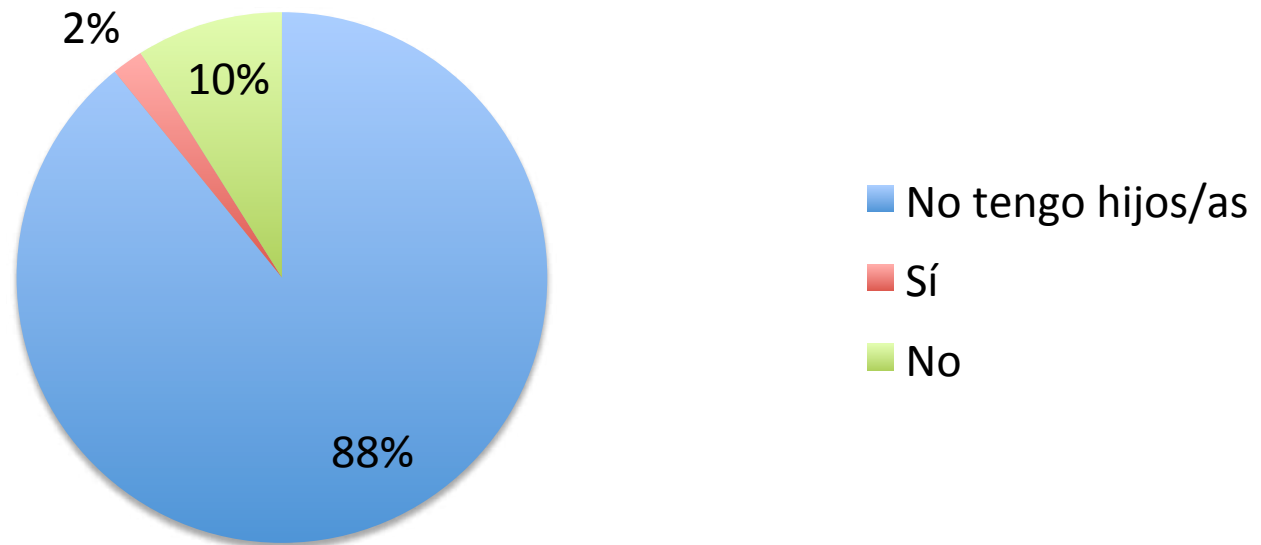
¿Te efectuaste alguna vez un procedimiento de fertilización asistida?



En caso de tener hijo/as, ¿otras personas te han privado de verlo/a por tu orientación sexual?



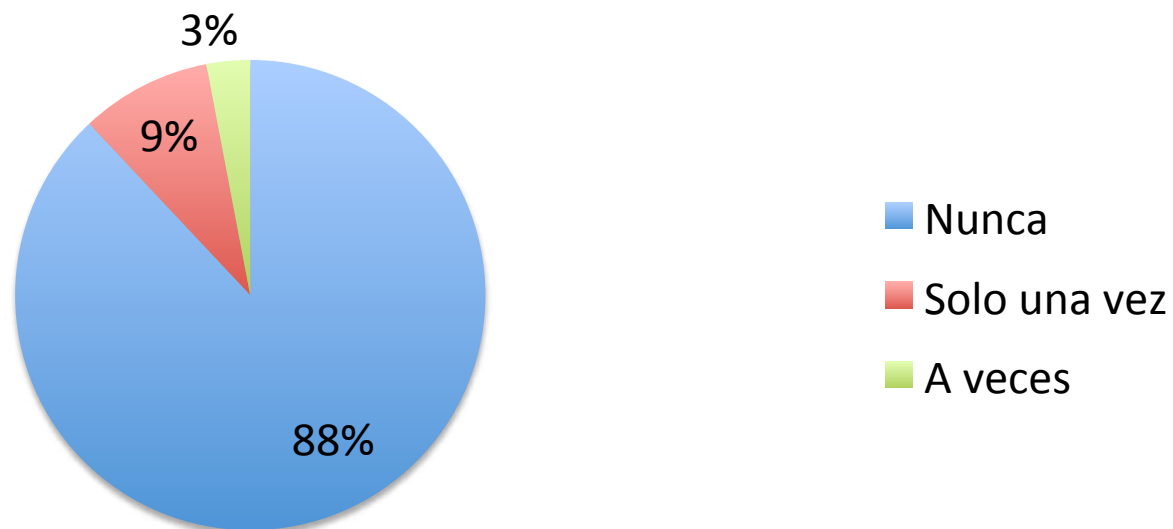
El tener hijo/as, ¿te ha dificultado encontrar una pareja del mismo sexo?



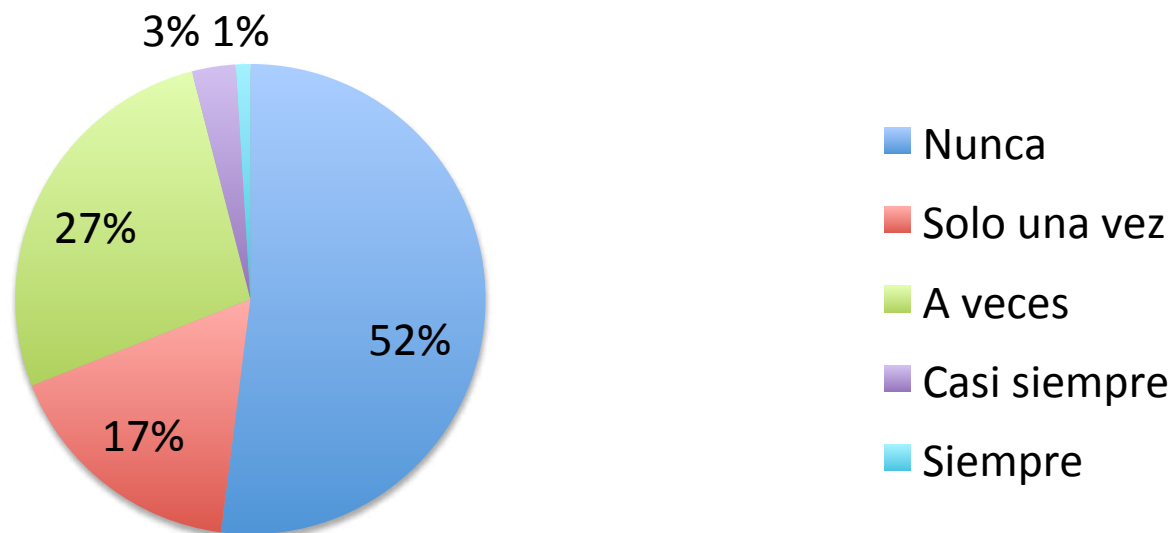
A close-up, high-contrast photograph of a woman's face, heavily tinted with a deep purple or magenta color. The lighting is dramatic, with the right side of her face (viewer's left) in deep shadow and the left side (viewer's right) more illuminated. Her hair is pulled back, and her expression is serious and contemplative. The background is dark and indistinct.

VIOLENCIA ENTRE PAREJAS DEL MISMO SEXO

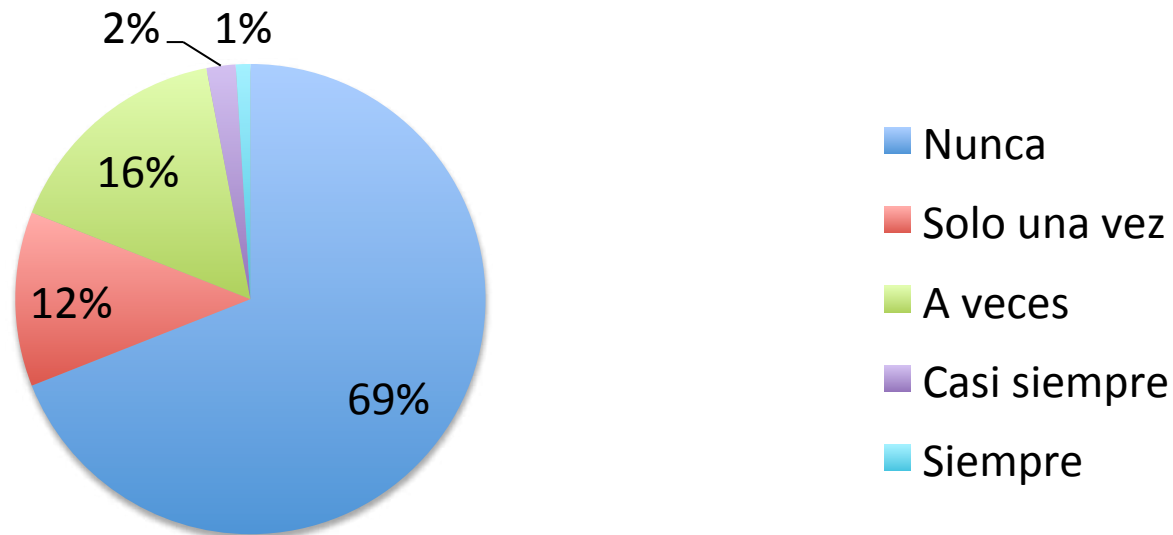
**¿Alguna de tus pasadas o actual pareja te
chantajeó con revelar tu orientación sexual si no
hacías lo que ella decía?**



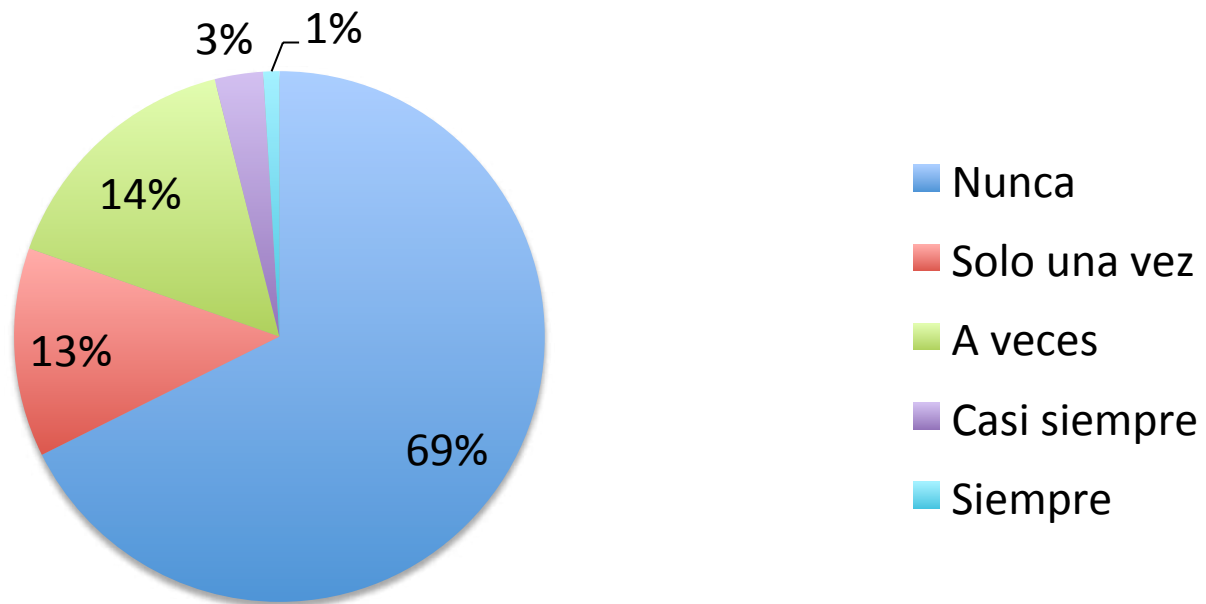
¿Alguna de tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te insultó utilizando groserías o lenguaje ofensivo?



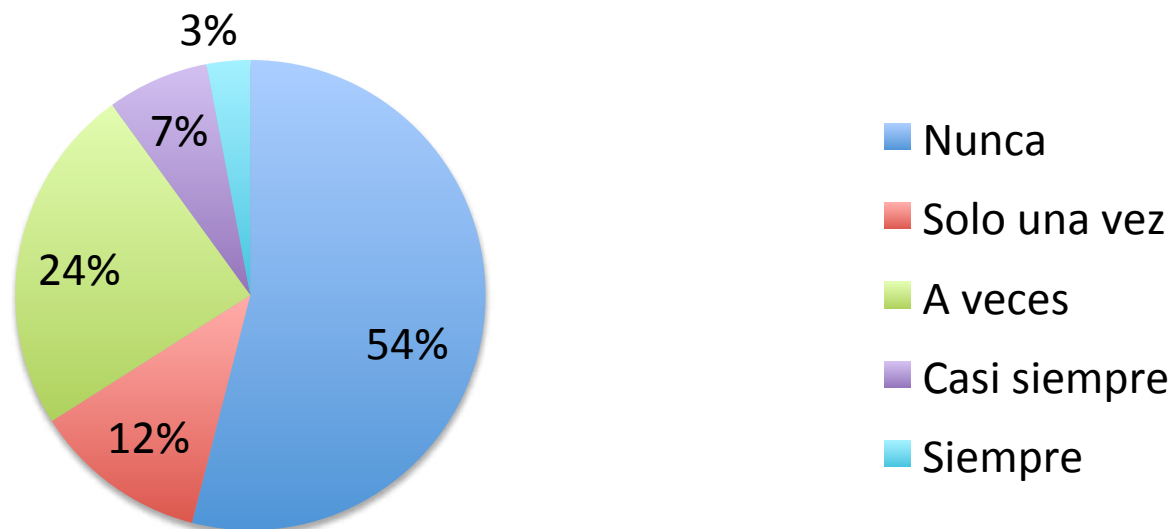
**¿Alguna de tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te humilló en frente de otras personas?
(familia, amigos/as, calle, trabajo, etc...)**



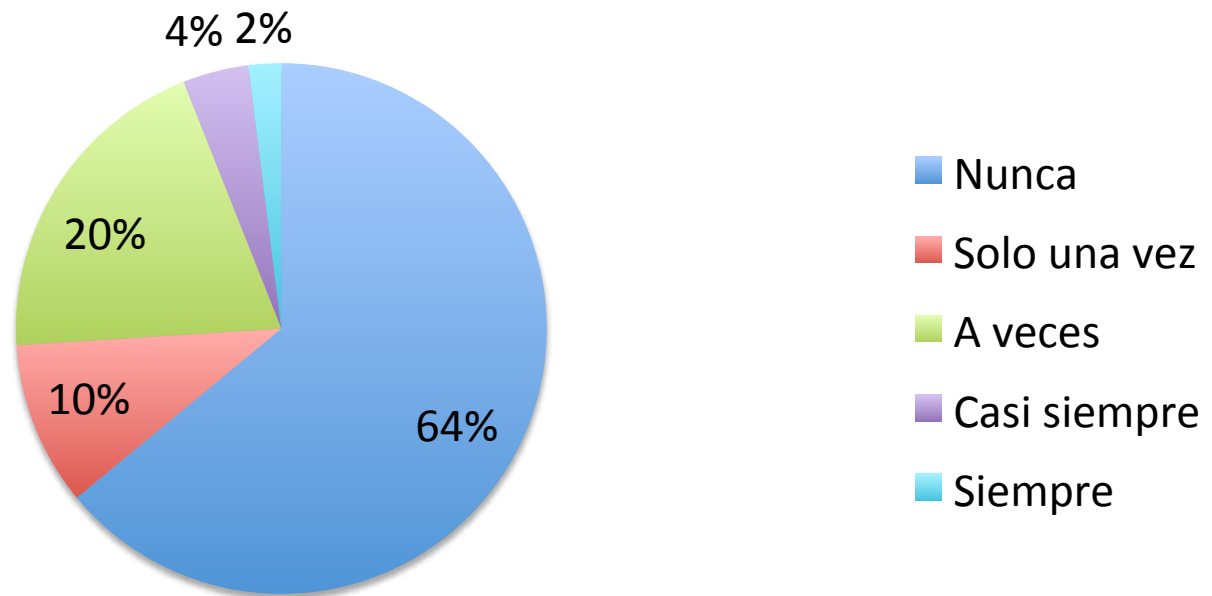
¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo intentó controlar como te vistes?



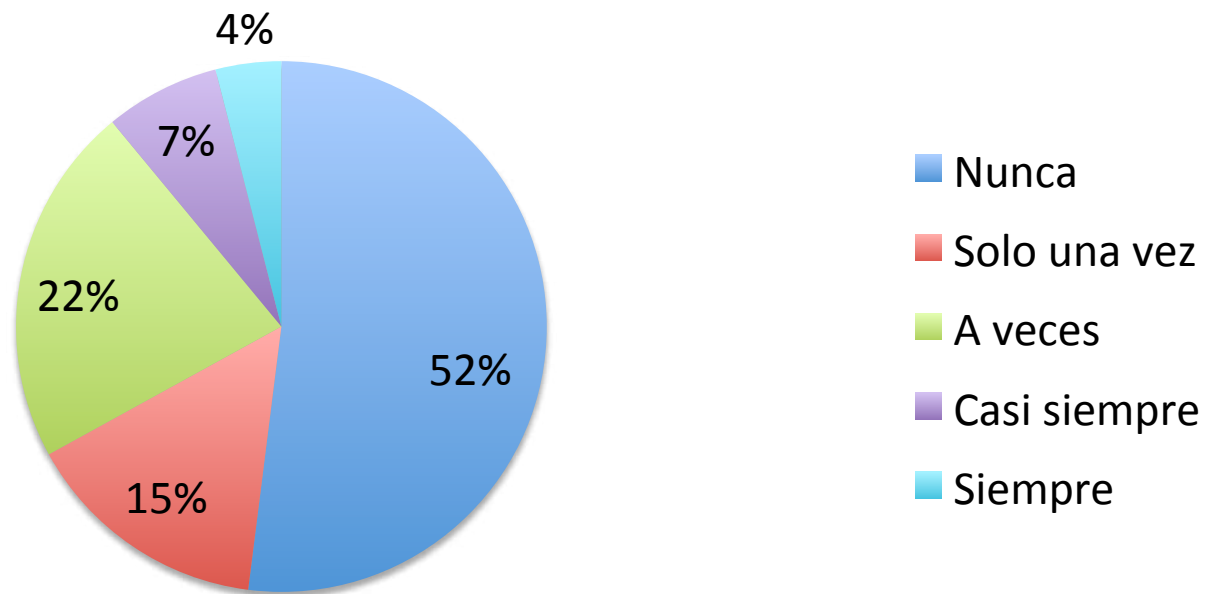
**¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo
impidió que te juntaras con amigos/as o
conocidos/as?**



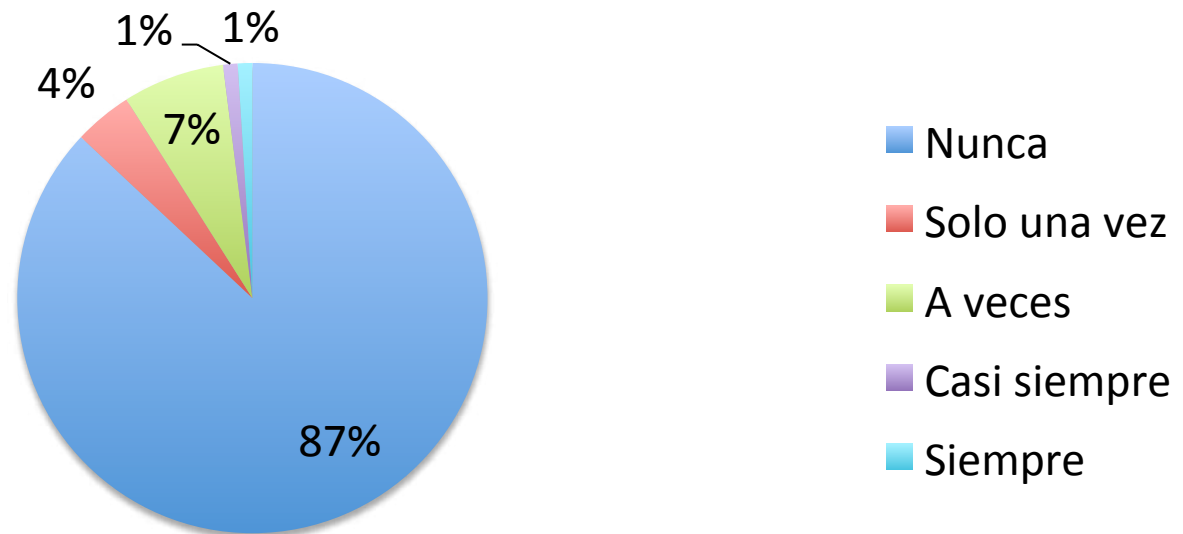
¿Tu pasada o actual pareja del mismo sexo te impidió ir a alguna fiesta o actividad recreativa?



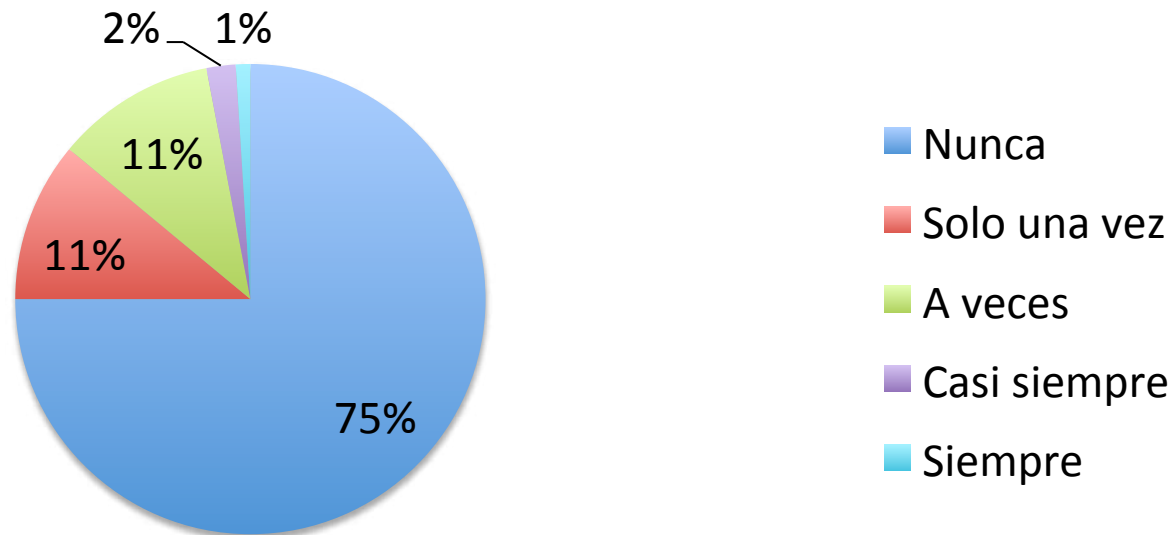
¿Tu pasada o actual pareja del mismo sexo revisó tu celular como forma de control?



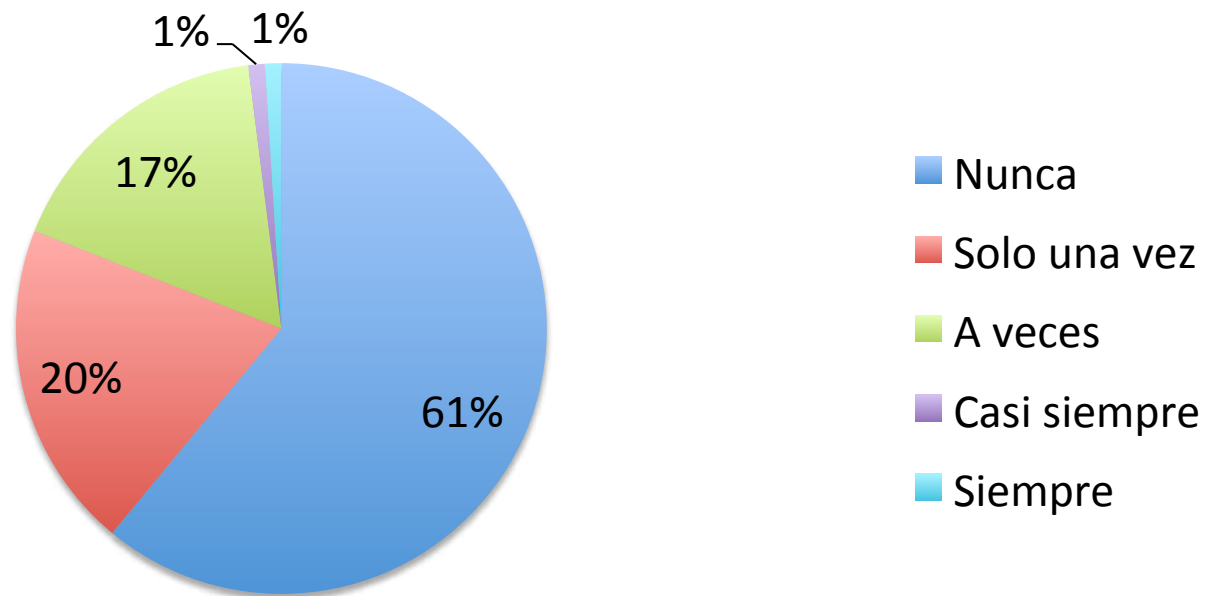
¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo controló tu ingreso económico y/o te sugirió que dejaras de trabajar?



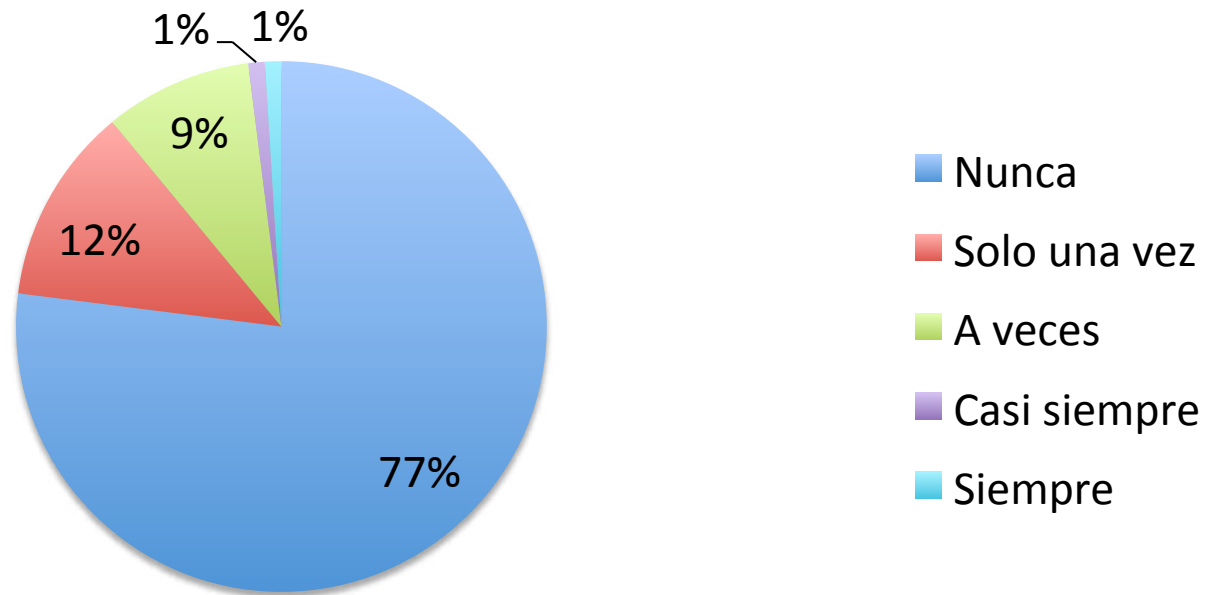
¿Tu pasada o actual parejas del mismo sexo te amenazó con herirte, lastimarse a ella misma o alguna persona/mascota, importante en tu vida?



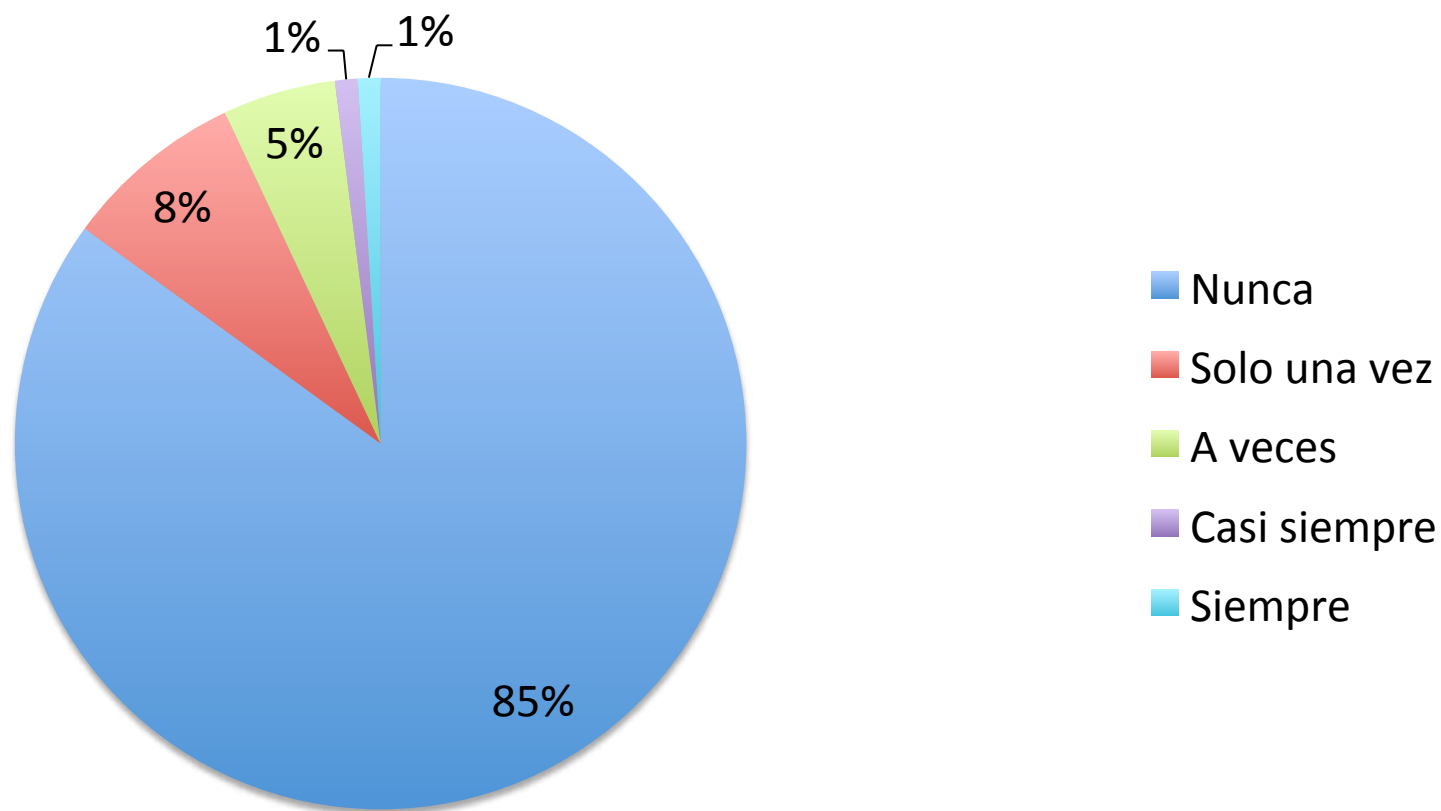
¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te ha empujado?



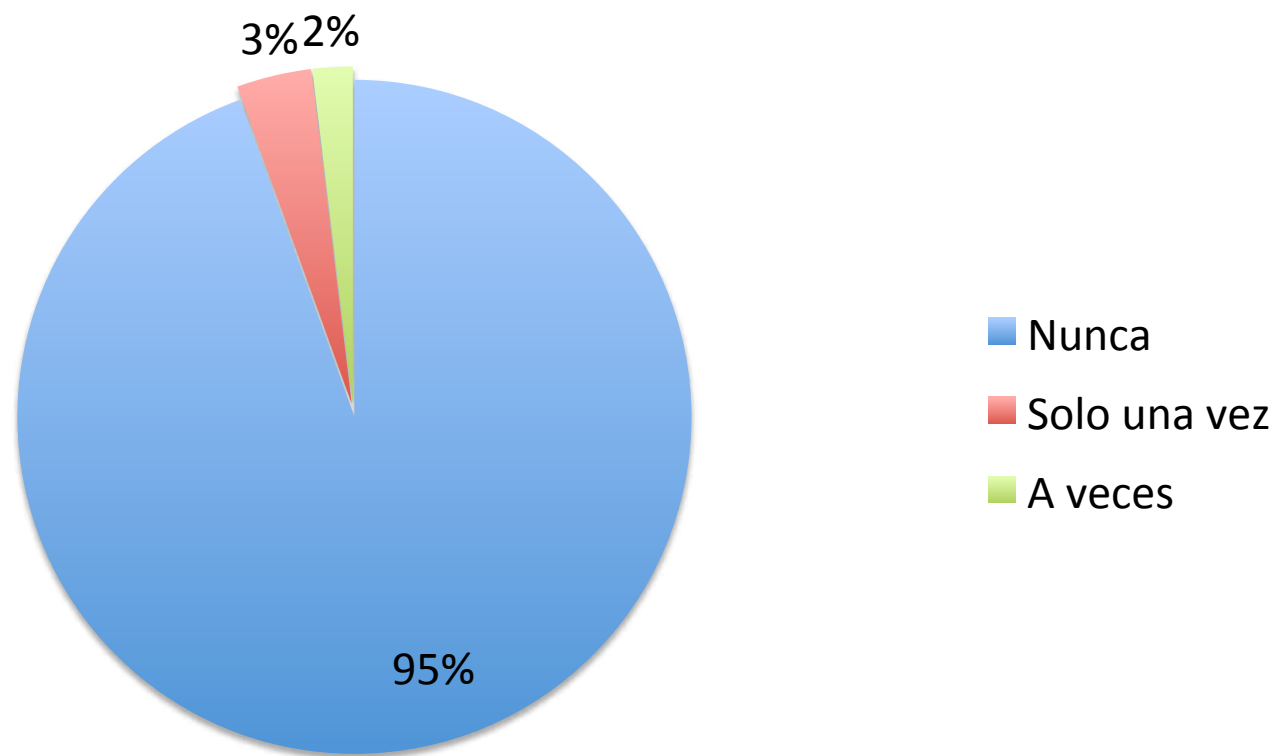
¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te abofeteó o tiró el cabello?



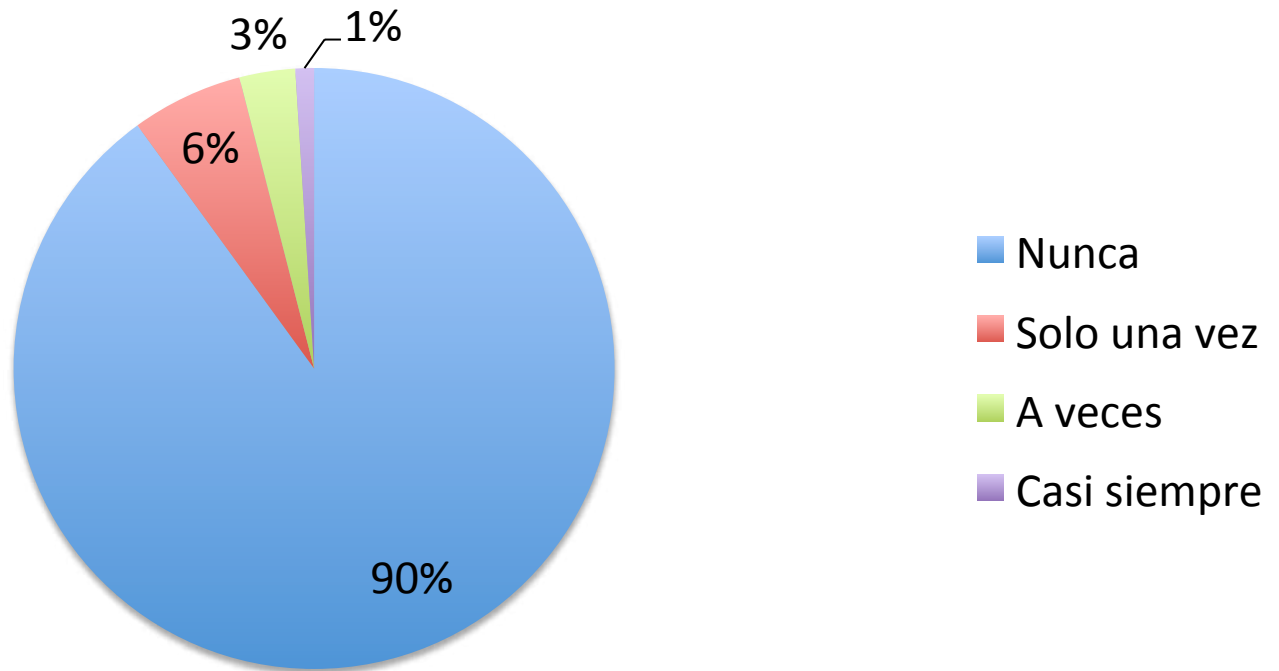
¿Tu pasada o actual pareja del mismo sexo te golpeó con puños y/o patadas?



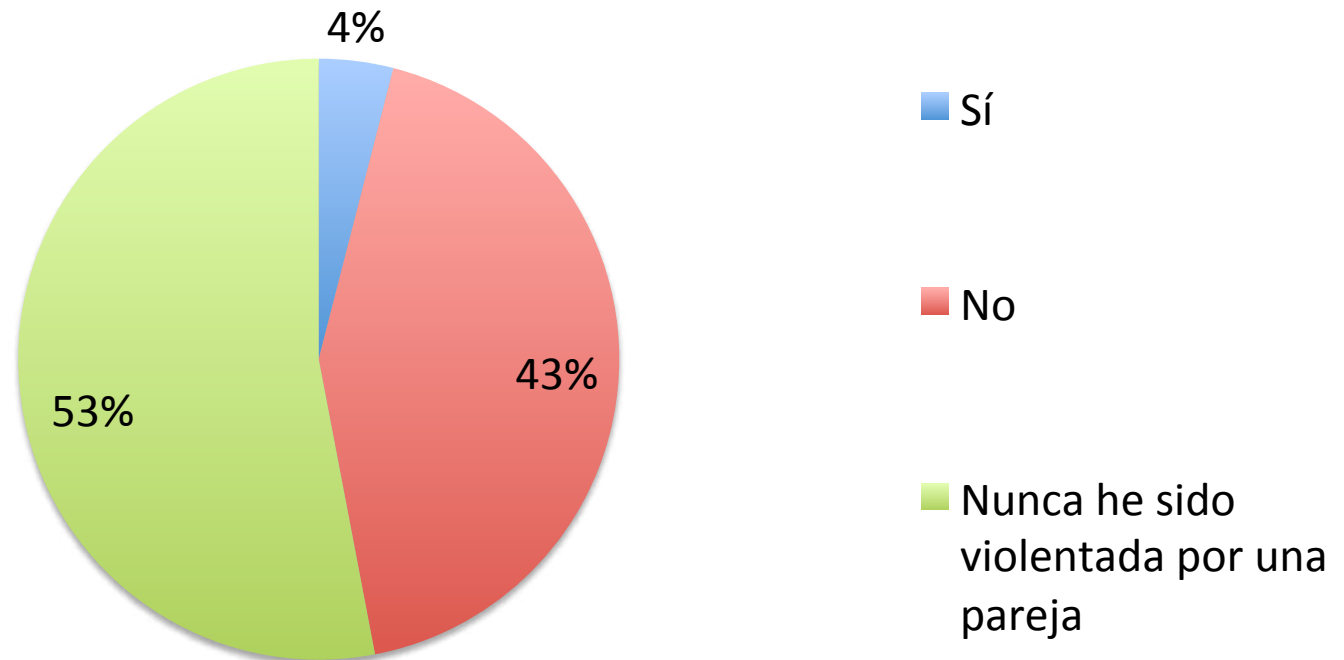
¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te amenazó con algún tipo de arma (cuchillo, arma de fuego, objeto contundente)?



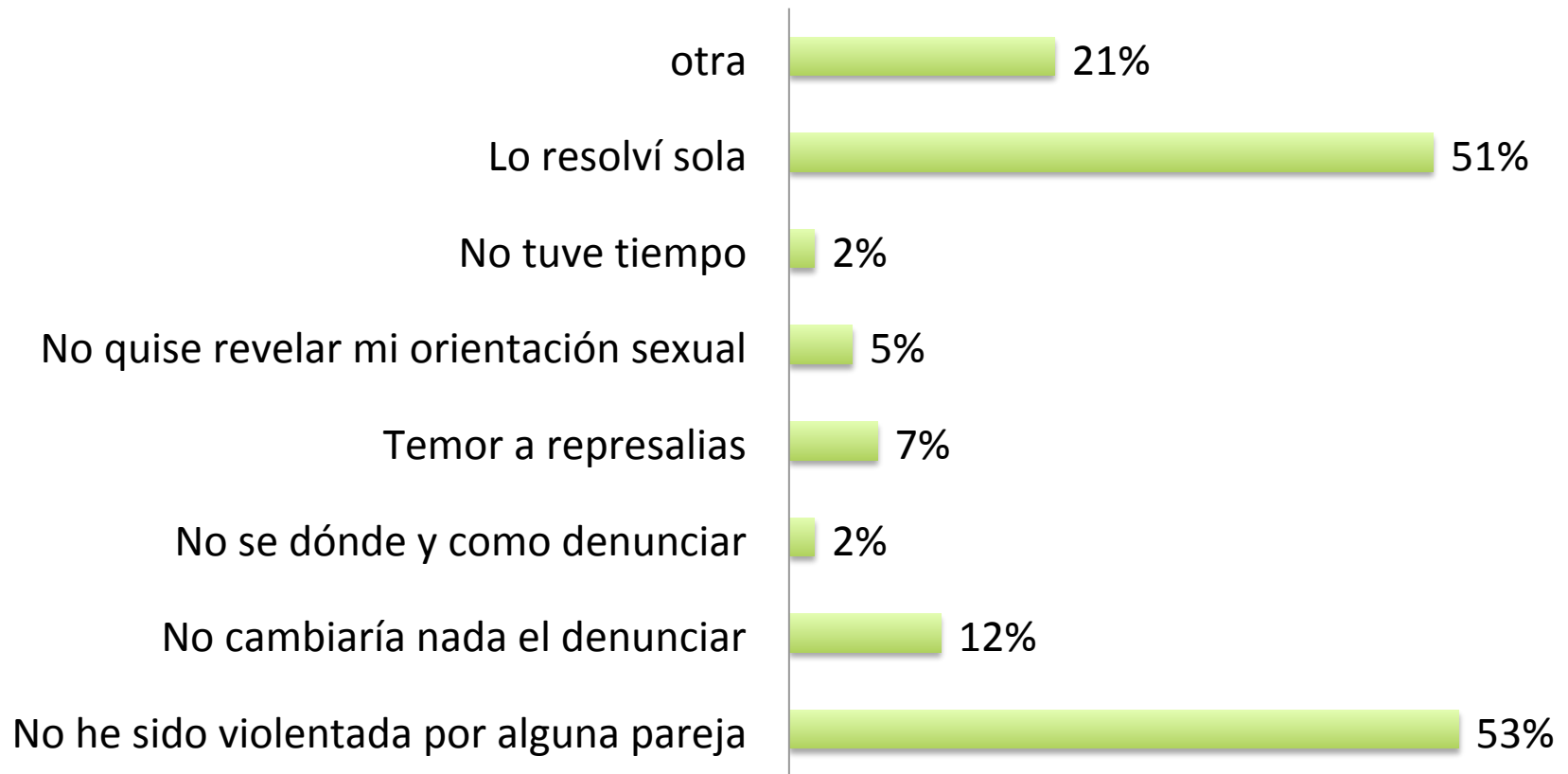
¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te forzó a mantener relaciones sexuales (de cualquier tipo) ?



¿Denunciaste algún tipo de violencia que sufriste alguna vez en manos de tus pasadas o actual pareja?



¿Por qué no denunciaste el acto de violencia que viviste con tu actual o pasadas parejas?



ENCUESTA VISIBLES



MUJERES LESBIANAS Y
BISEXUALES EN CHILE

APLICADA A **2146** MUJERES ENTRE **11 Y 59 AÑOS**

MOVILH
mujer