

# 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%

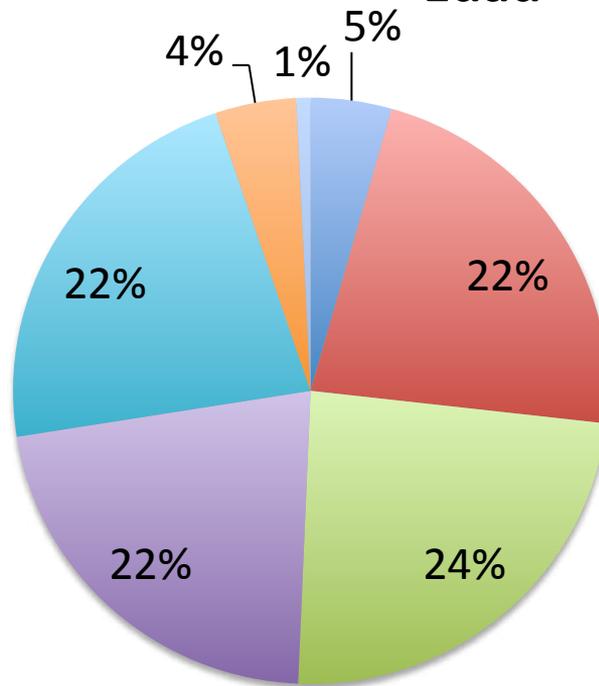
**Nivel de confianza:** 95%

A woman with dark hair, smiling, is centered in the frame. She is wearing a dark tank top and a necklace with a circular pendant. The background is a soft, out-of-focus sunset or sunrise over a body of water, with a color gradient from purple to pink. Two white rounded rectangular boxes are overlaid on the image, containing the text 'CARACTERIZACIÓN' and 'GENERAL' respectively.

**CARACTERIZACIÓN**

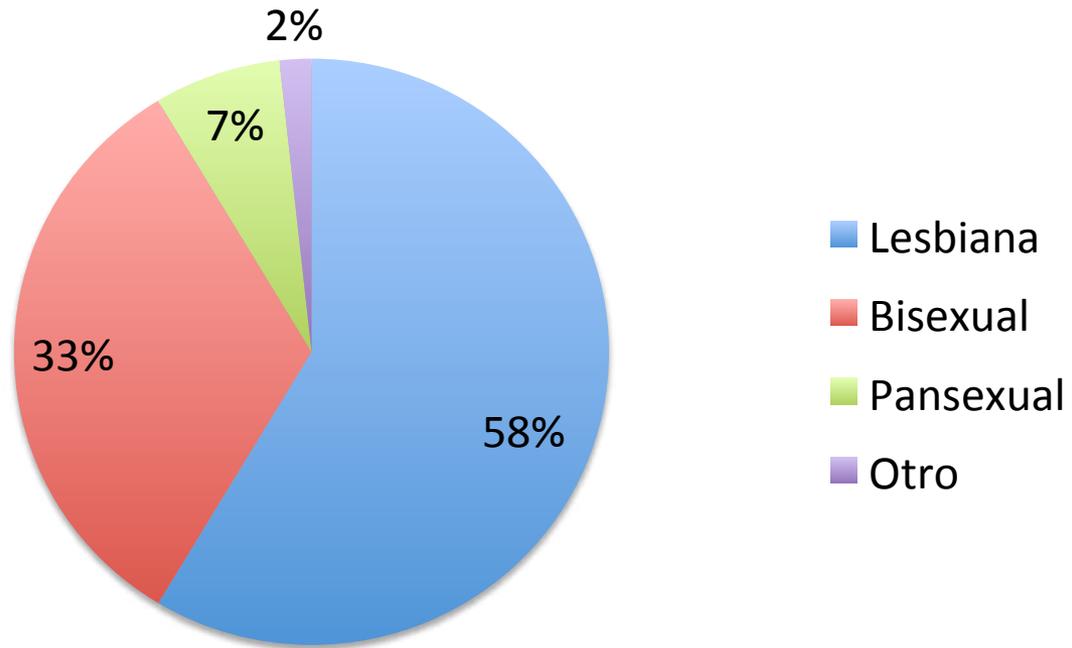
**GENERAL**

## Edad

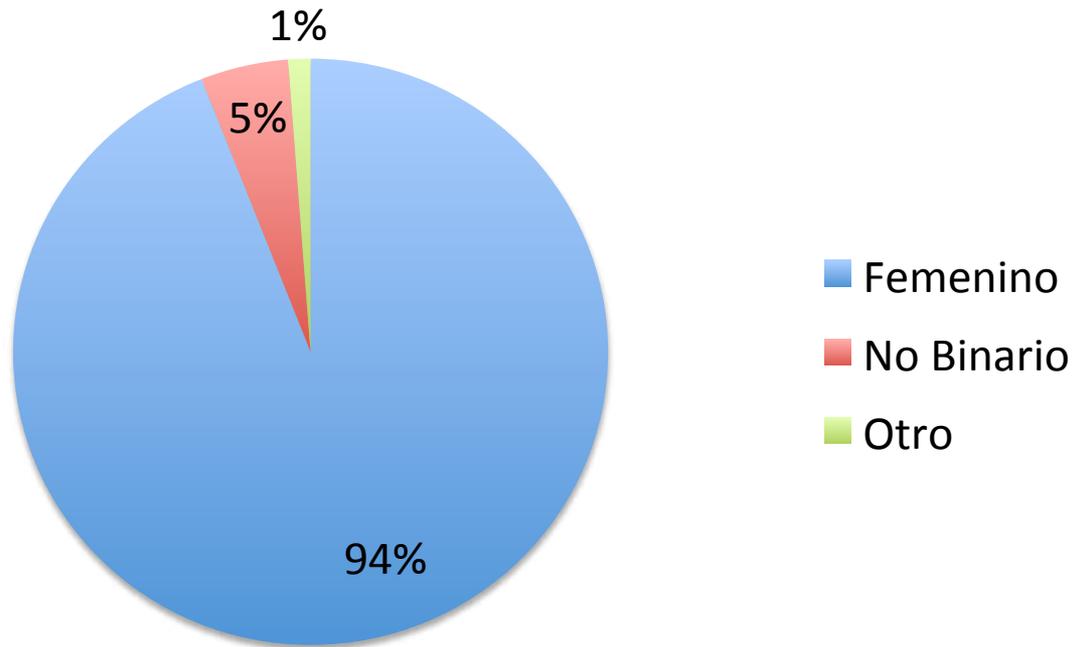


- 11 a 14 años
- 15 a 19 años
- 20 a 24 años
- 25 a 29 años
- 30 a 39 años
- 40 a 49 años
- 50 a 59 años

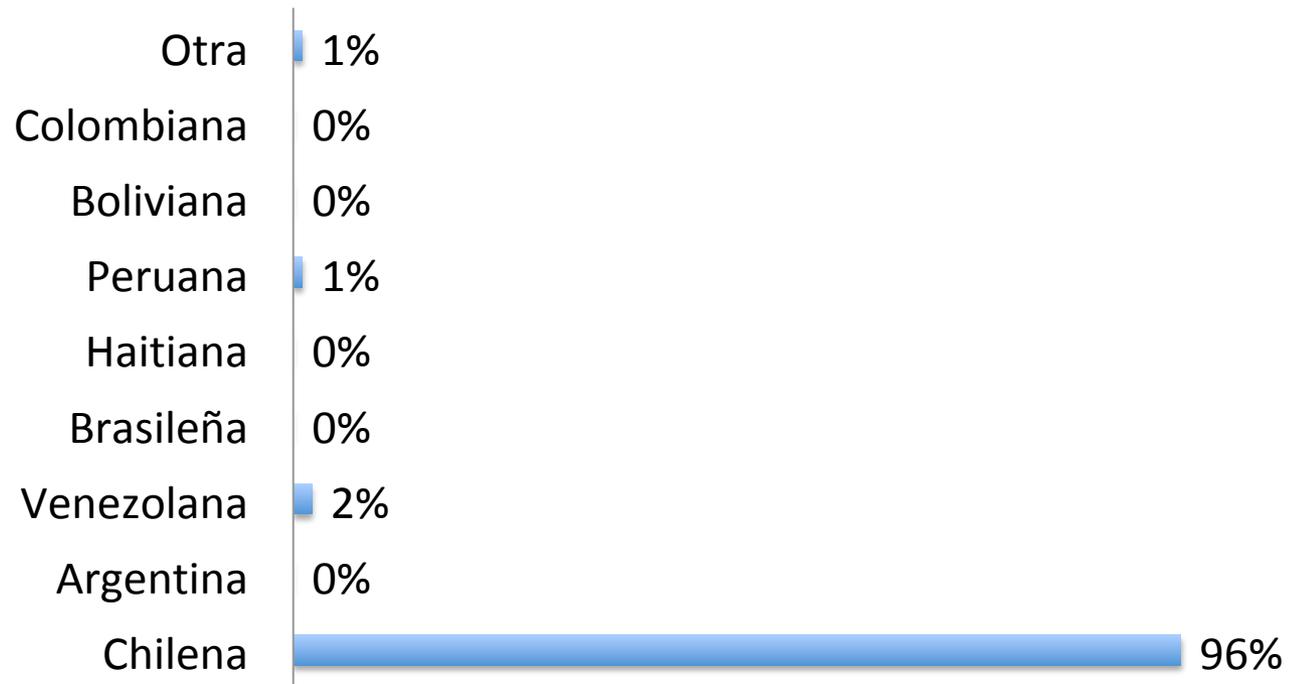
## Orientación Sexual



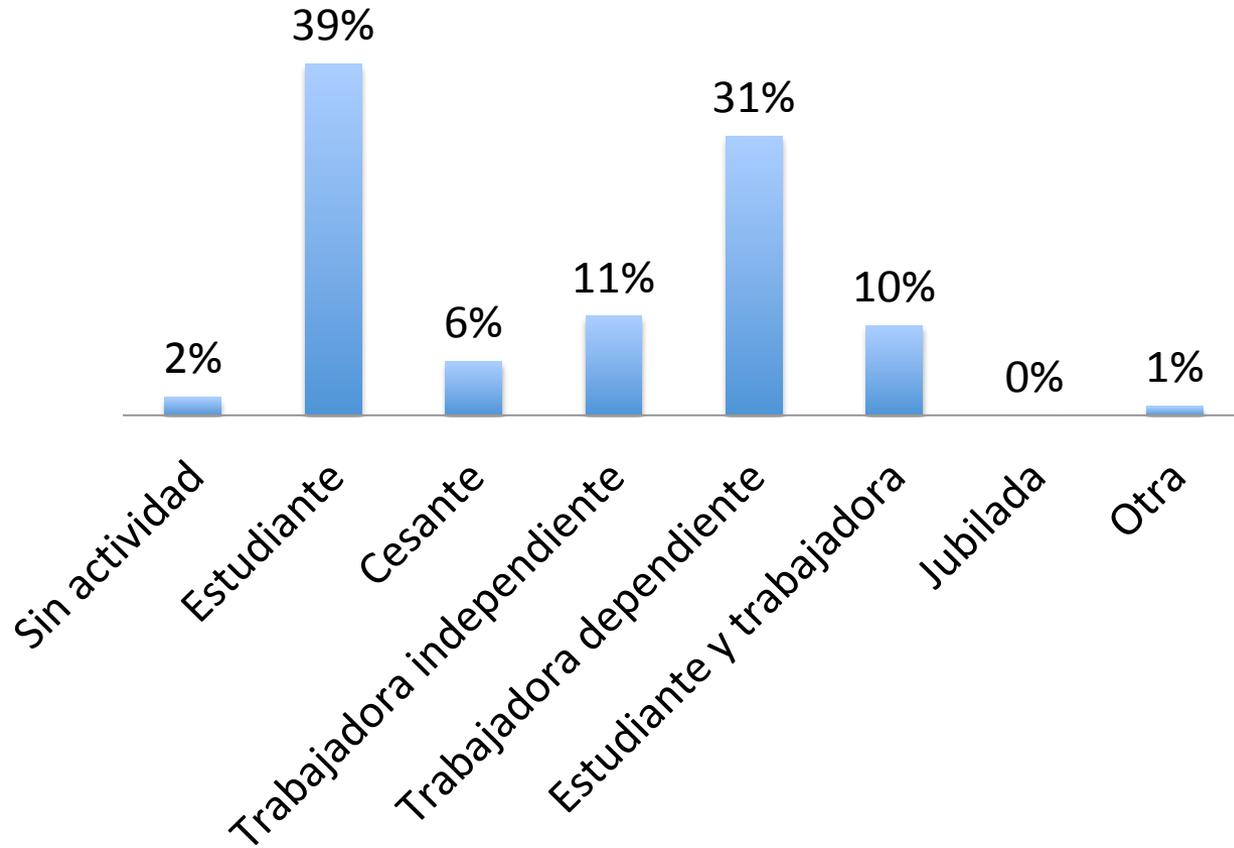
## Género



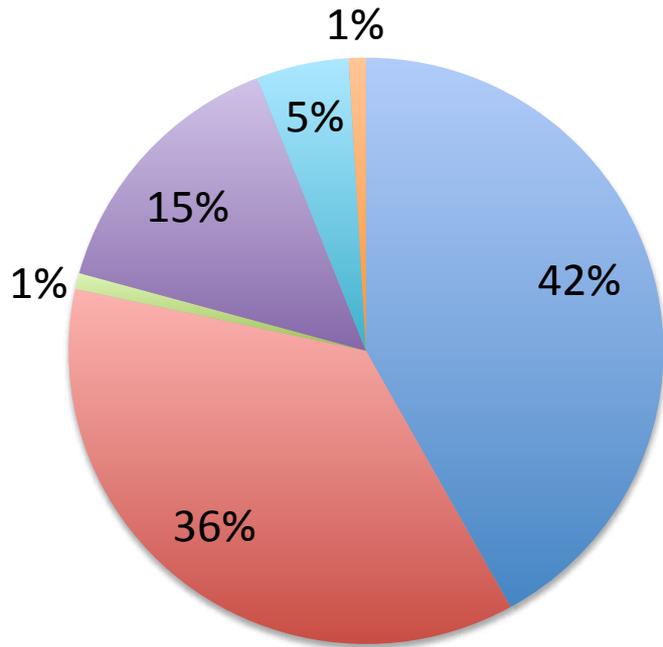
## Nacionalidad



## Actividad

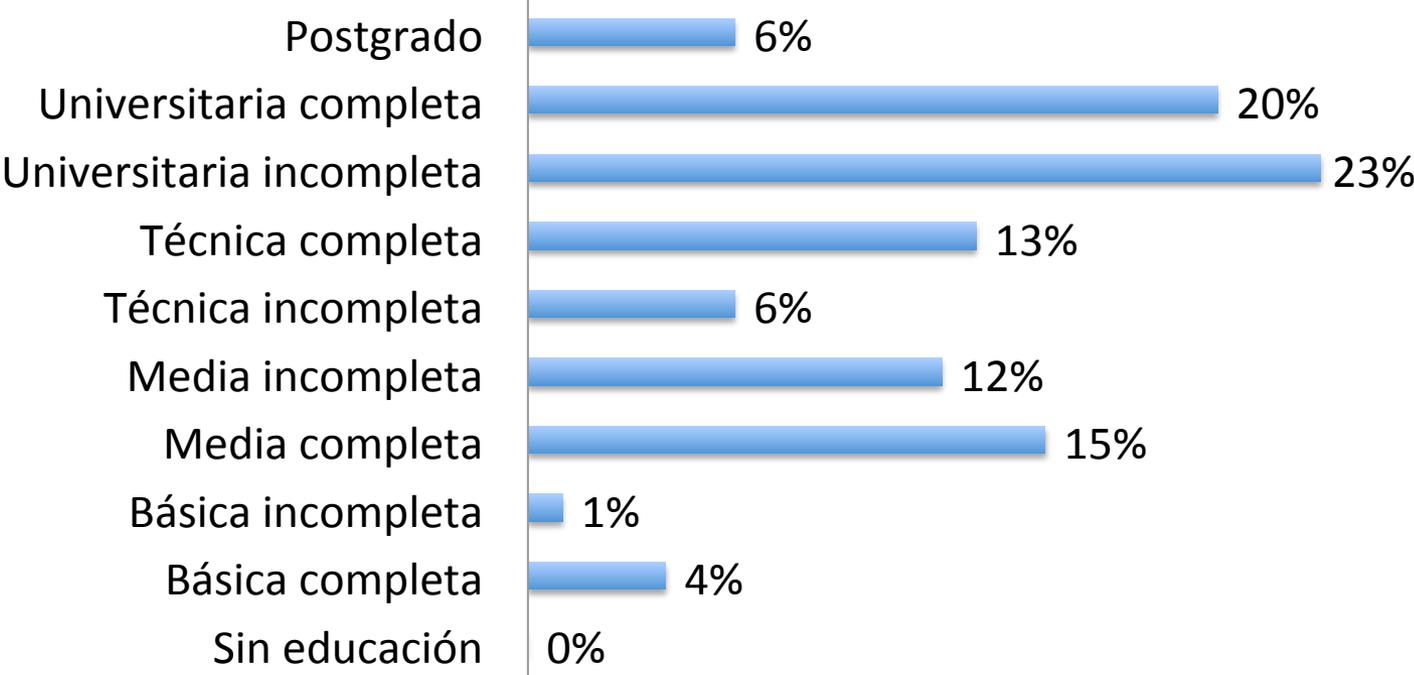


## Estado Civil

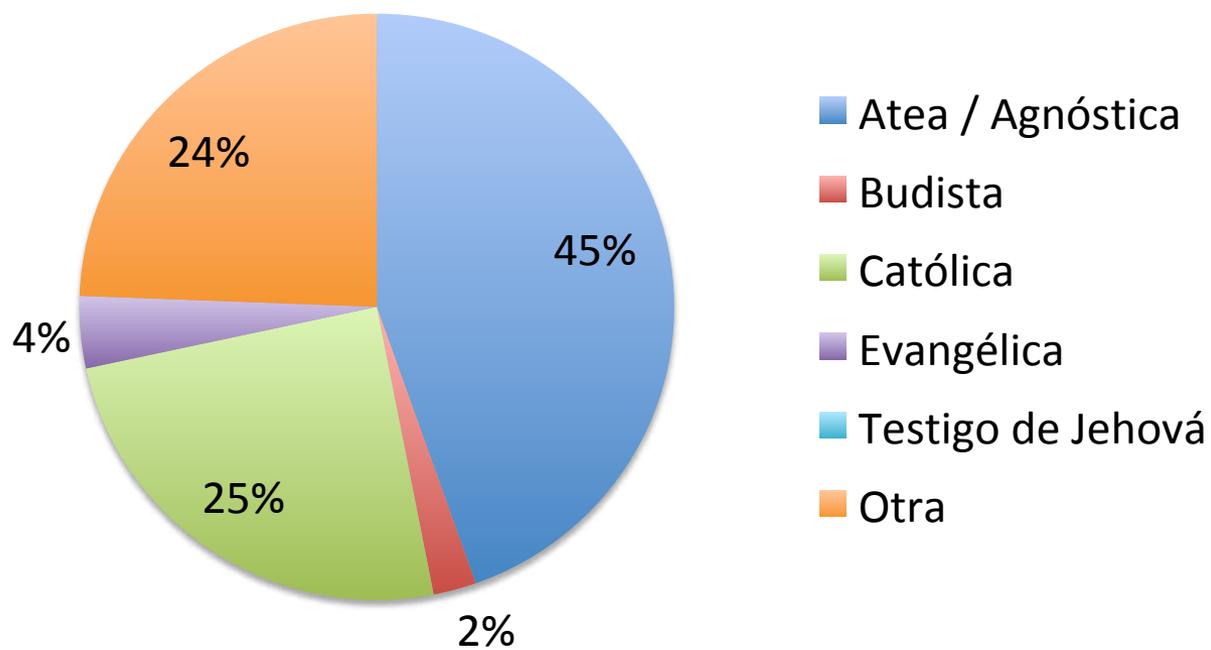


- Soltera
- Con pareja (pololeando)
- Casada
- Conviviente (Sin AUC)
- Conviviente (Con AUC)
- Divorciada

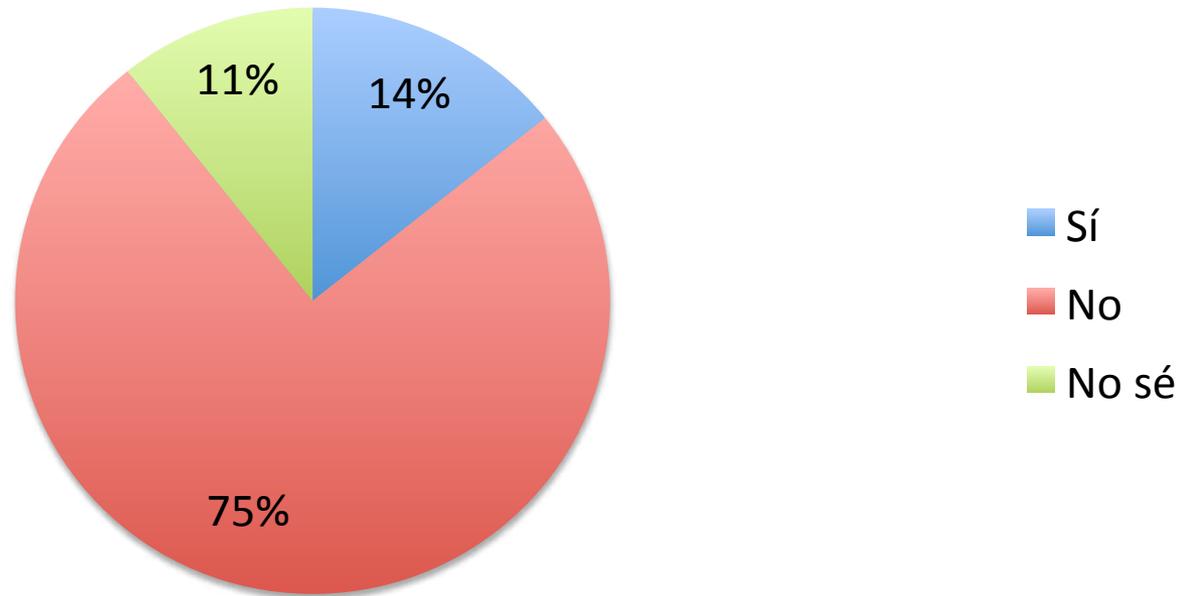
# Nivel educacional



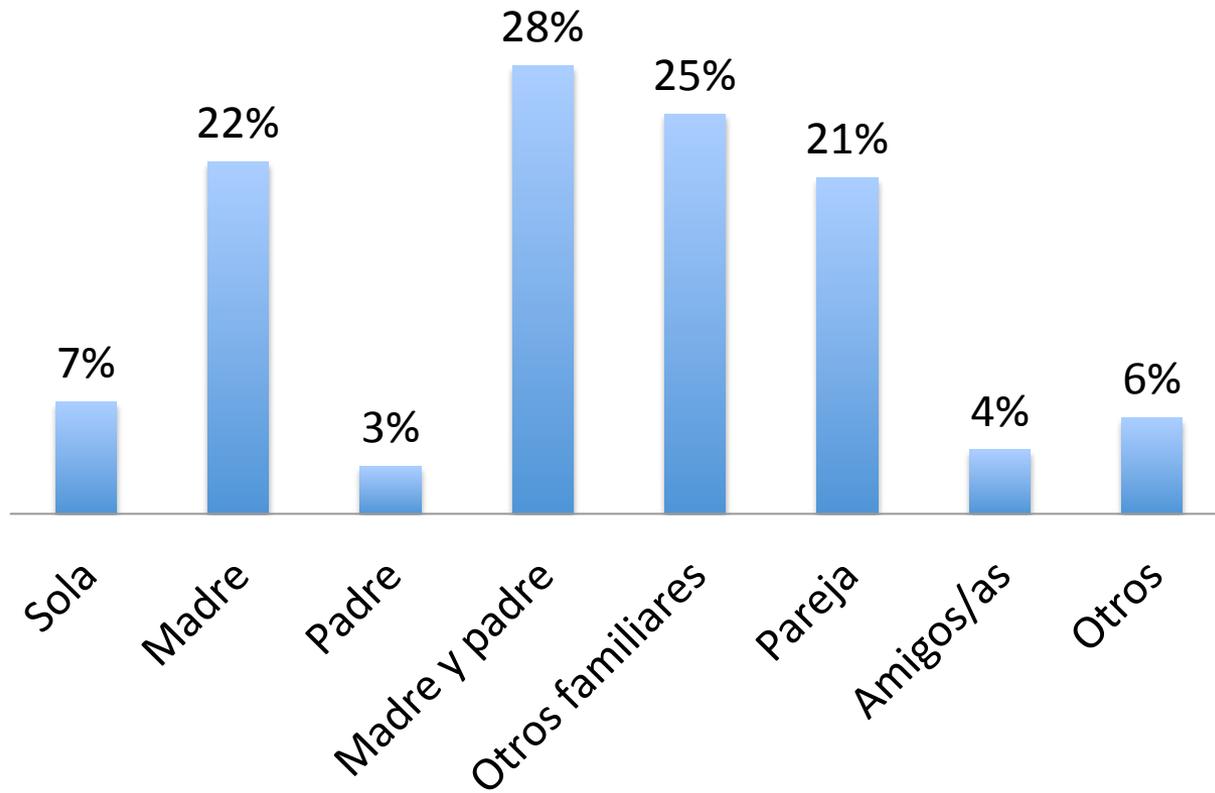
## Credo o religión



## ¿Te sientes parte de algún pueblo originario?



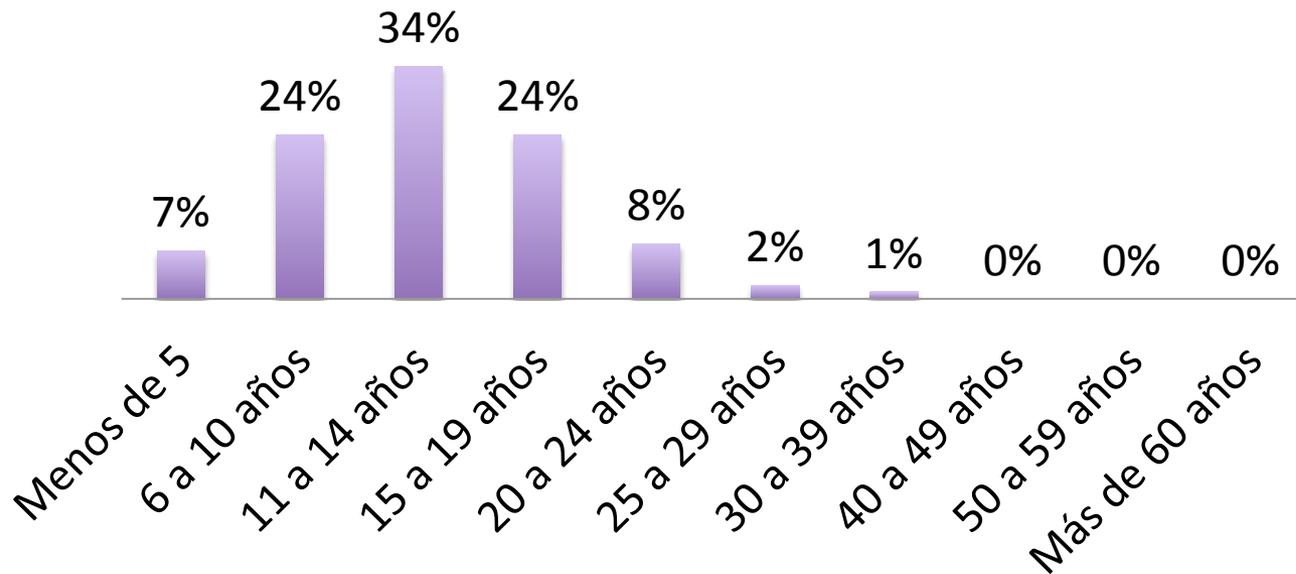
## ¿Con quién vives?



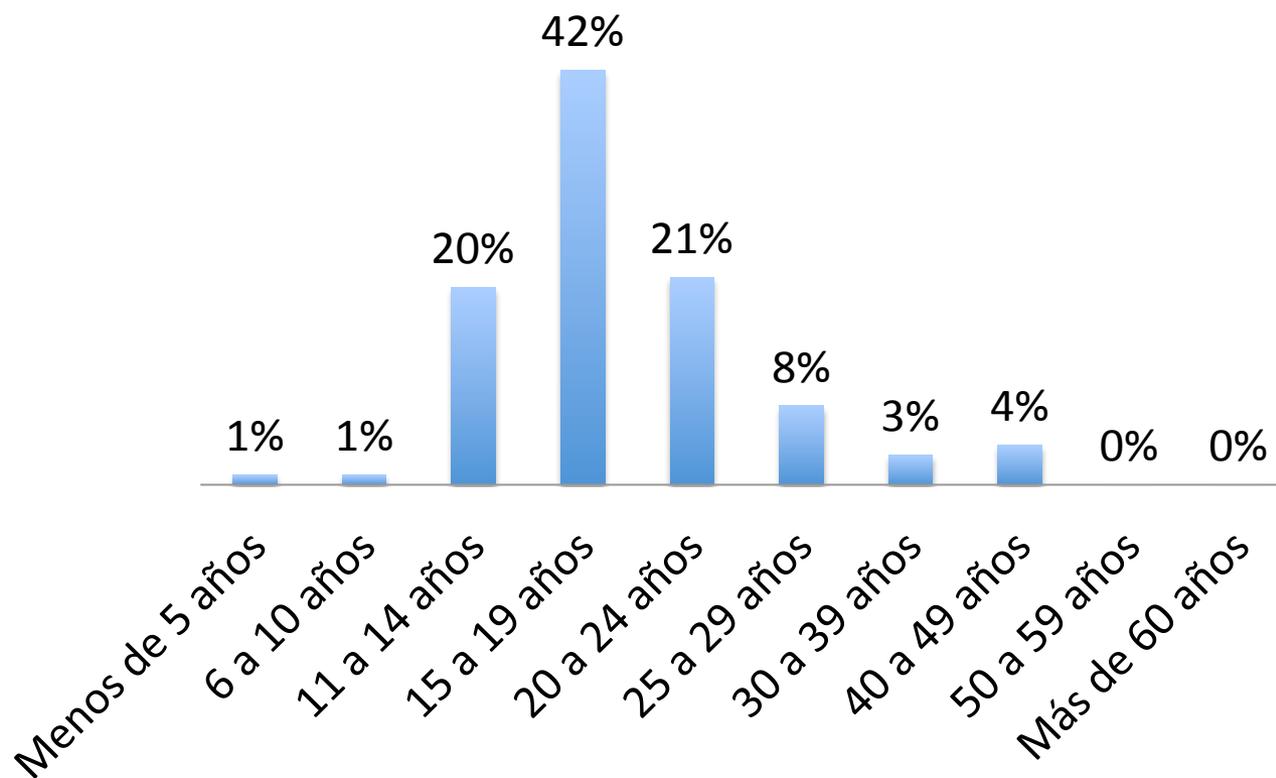
A photograph of a couple lying in bed, kissing. The image is overlaid with a semi-transparent purple color. The couple is positioned in the lower half of the frame, with their heads tilted towards each other. The background shows a patterned pillow and a plain white pillow. The text is centered in the middle of the image, split into two white rounded rectangular boxes.

**ORIENTACIÓN SEXUAL**  
**Y RELACIONES (INTRA)PERSONALES**

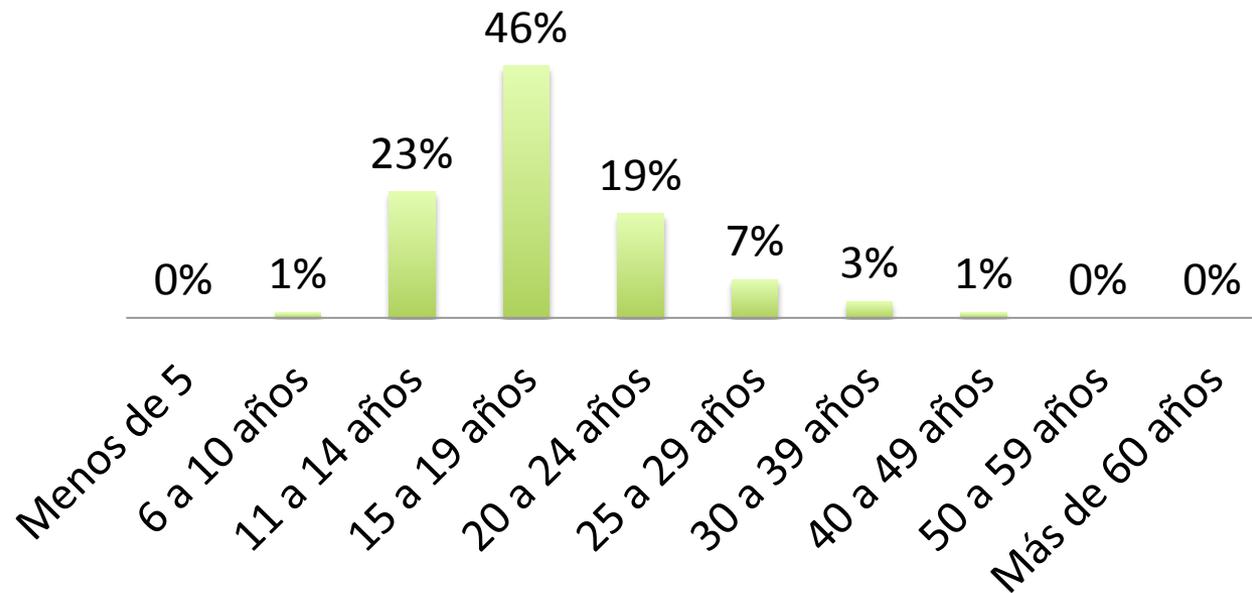
## ¿A qué edad supiste que sentías atracción por personas de tu mismo sexo?



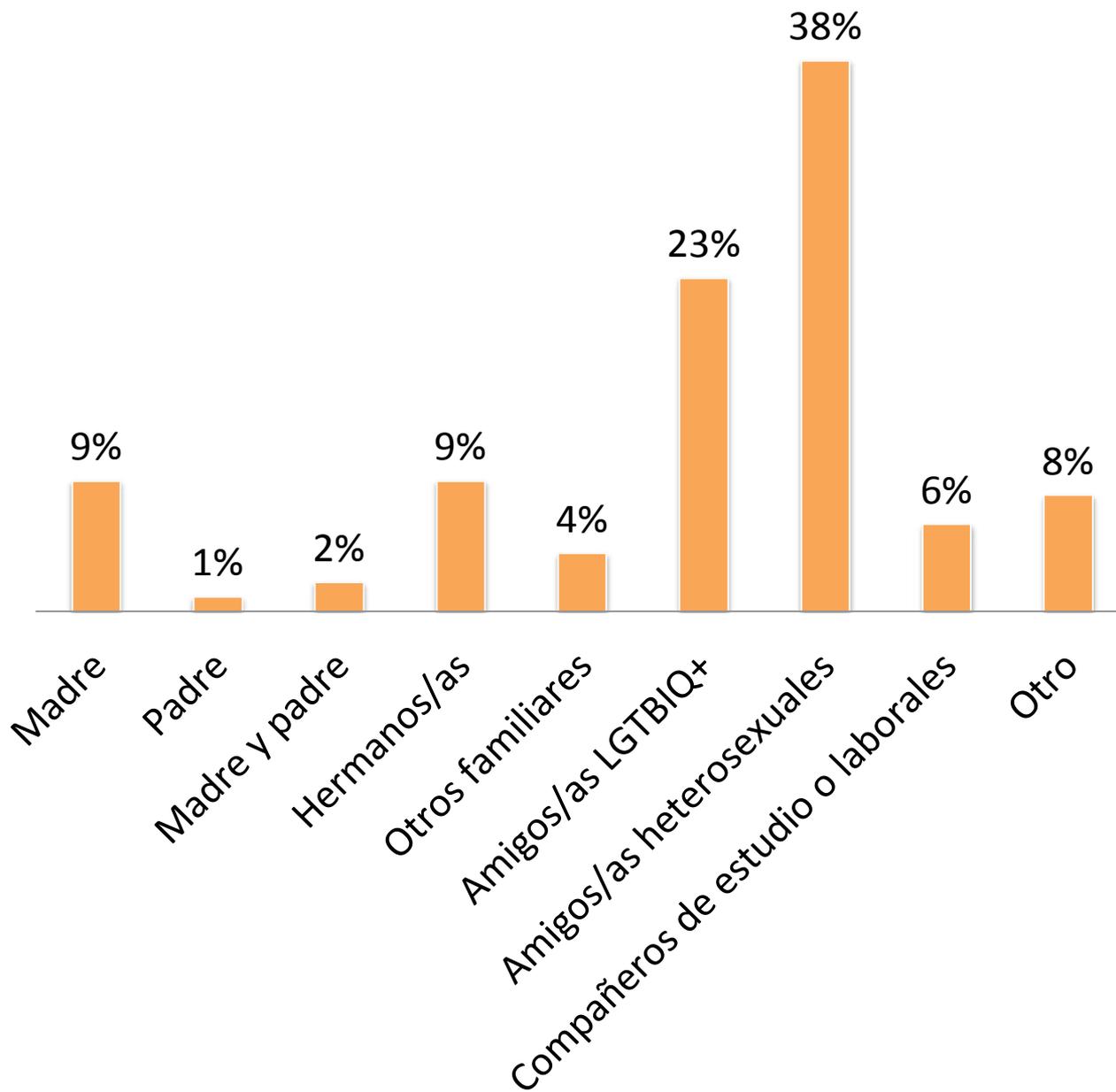
## ¿A qué edad te asumiste como lesbiana o bisexual?



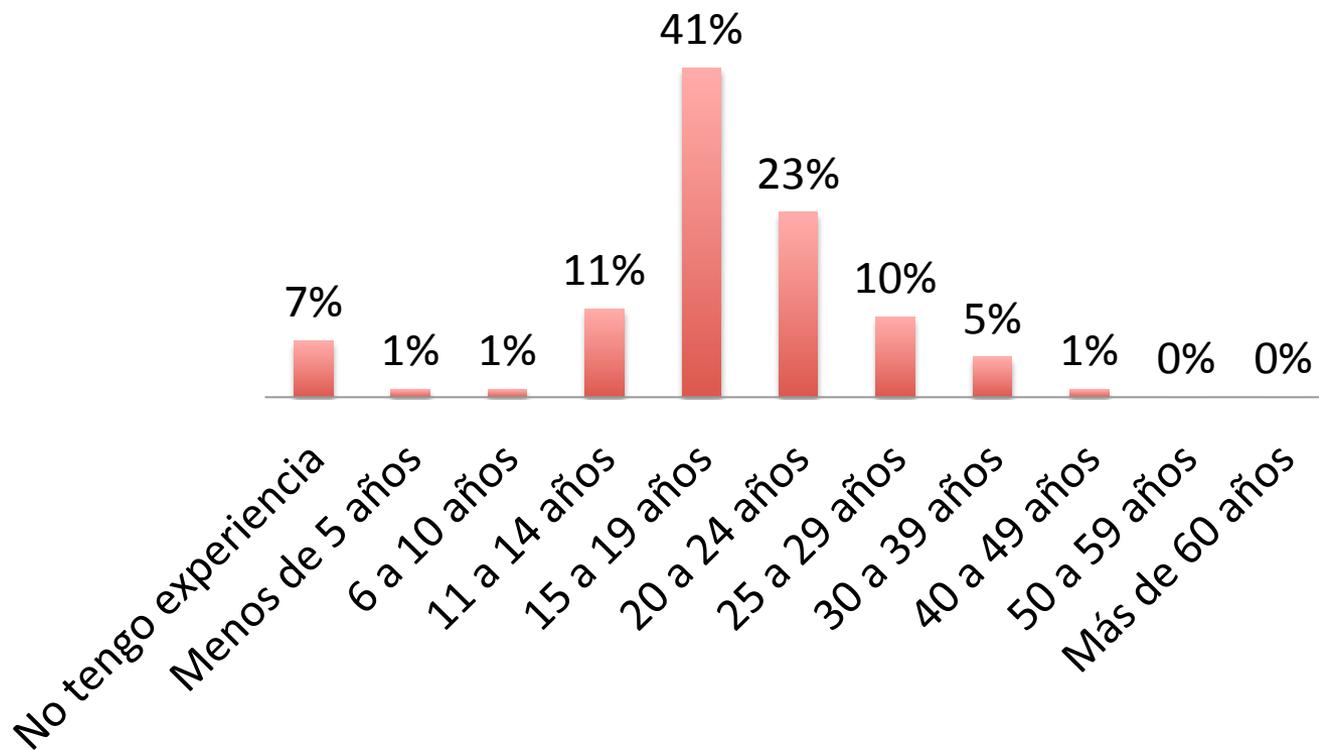
## ¿Qué edad tenías cuando le contaste primera vez a alguien tu orientación sexual?



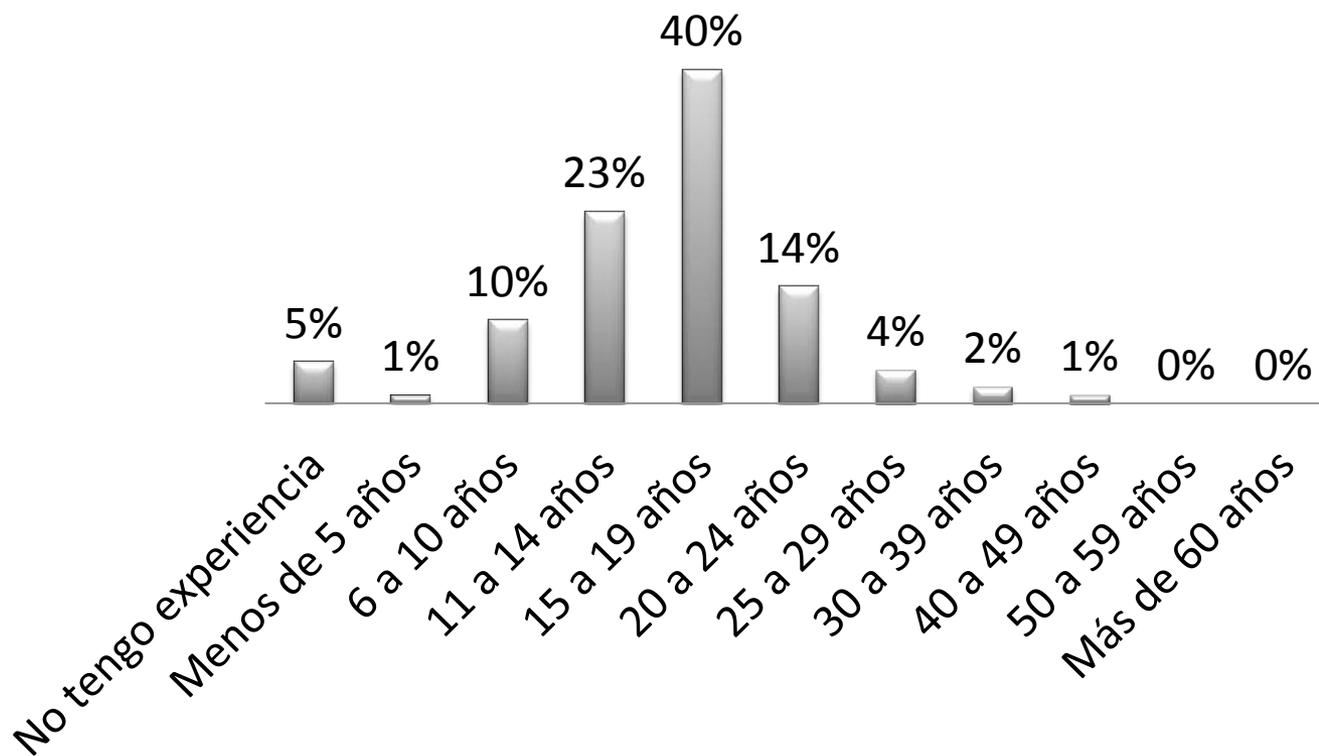
## ¿A quién le contaste por primera vez tu orientación sexual?



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



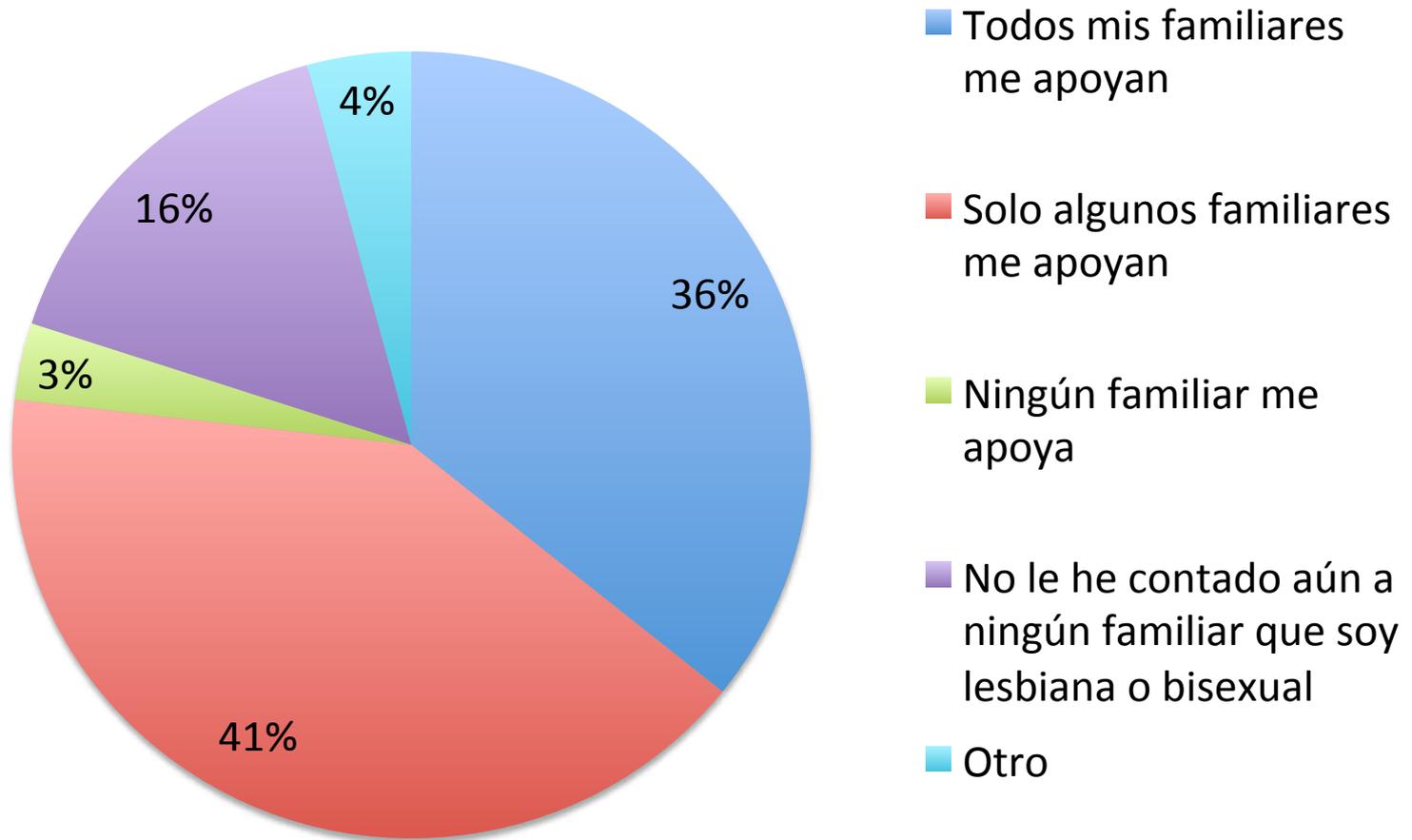
## ¿Qué edad tenías cuando por primera vez besaste en la boca a una mujer?



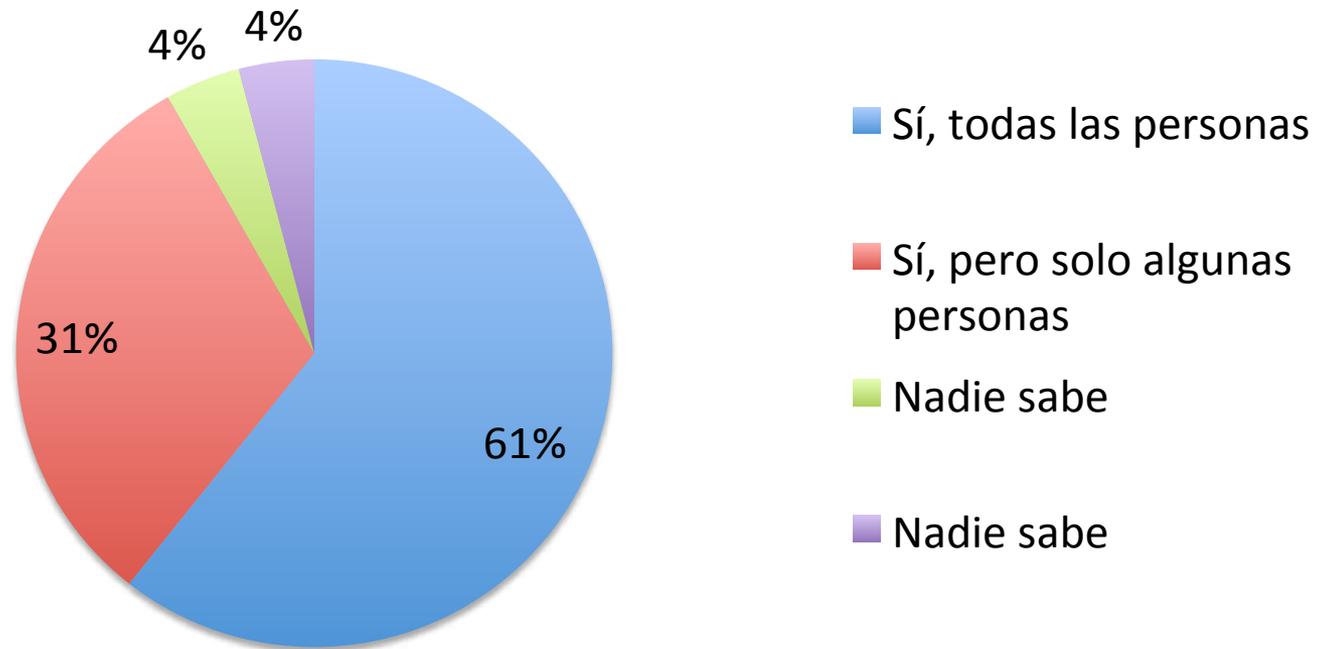


**ORIENTACIÓN SEXUAL  
Y RELACIONES SOCIALES**

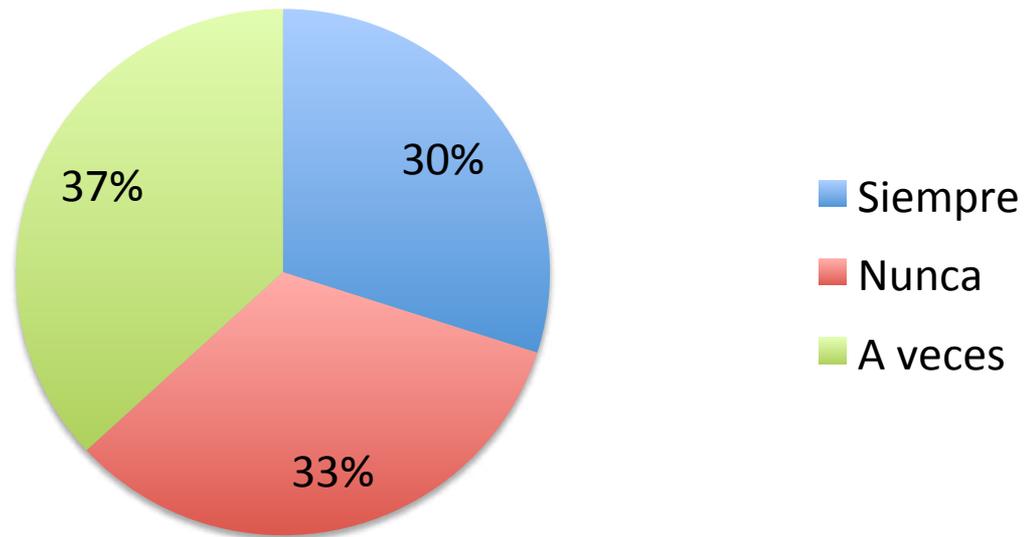
## ¿Quiénes de tu familia te han apoyado luego de saber tu orientación sexual?



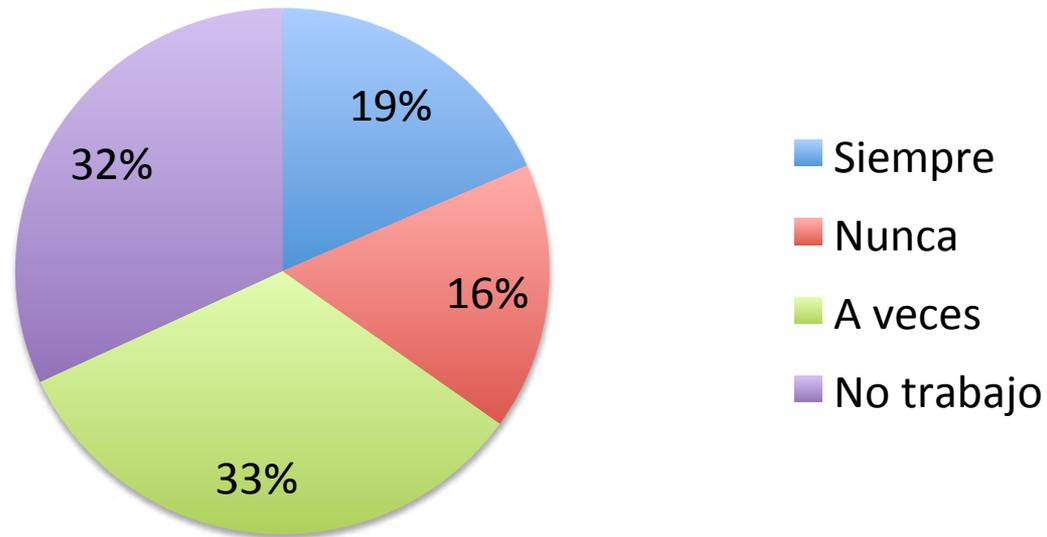
## ¿Aceptan tu orientación sexual las personas conocidas, pero que no son familiares?



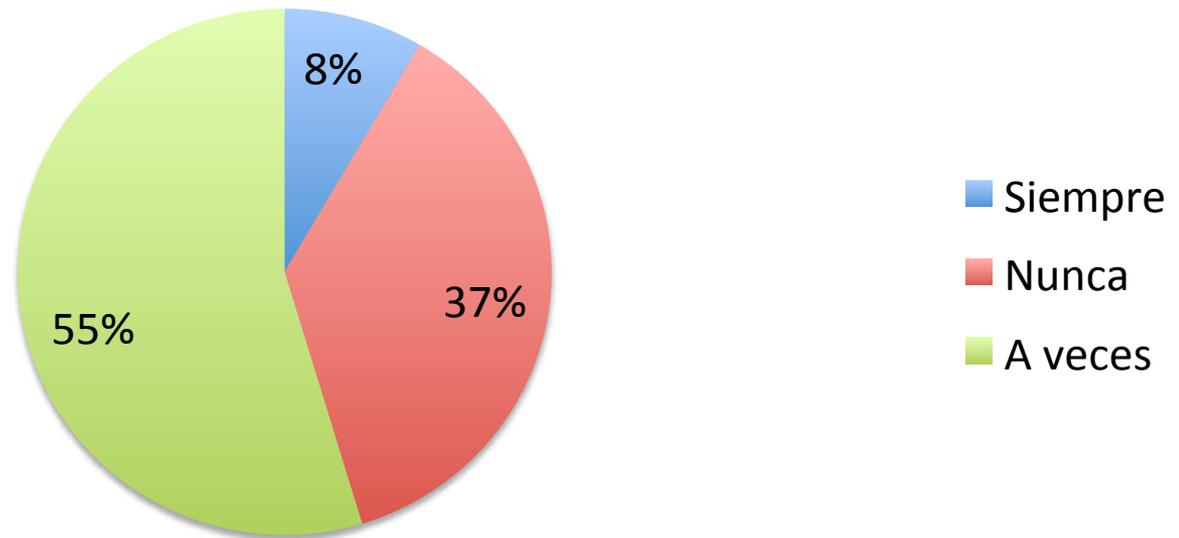
## ¿Ocultas tu orientación sexual frente a personas que recién conoces?



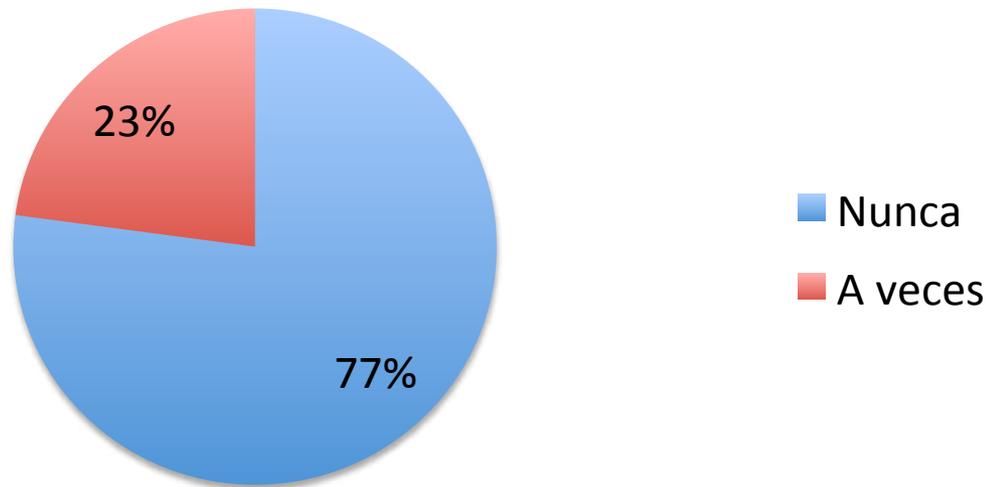
## ¿Puedes expresar tu orientación sexual en tu trabajo sin problemas?



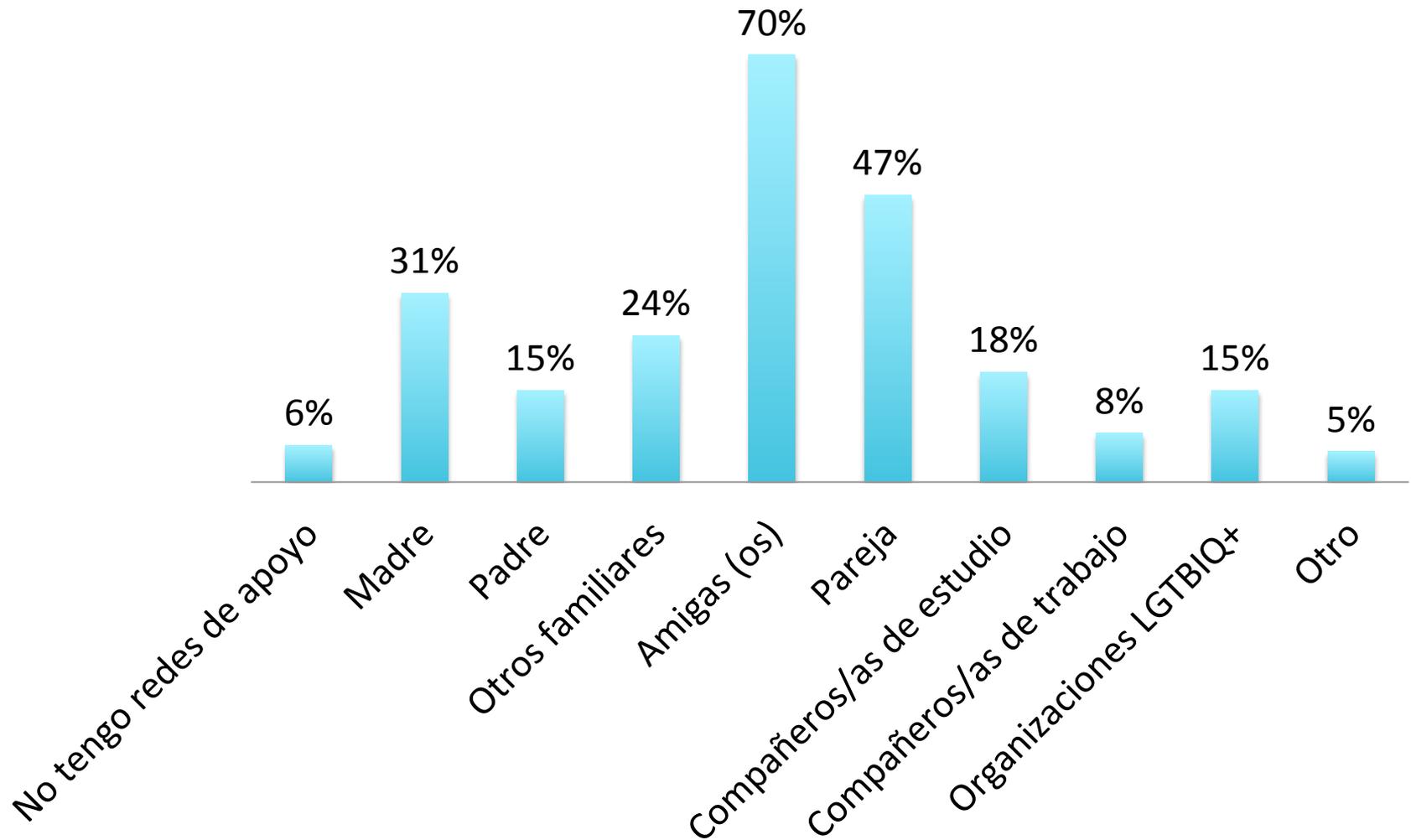
## ¿Tu orientación sexual ha afectado negativamente la relación con uno o más familiares?



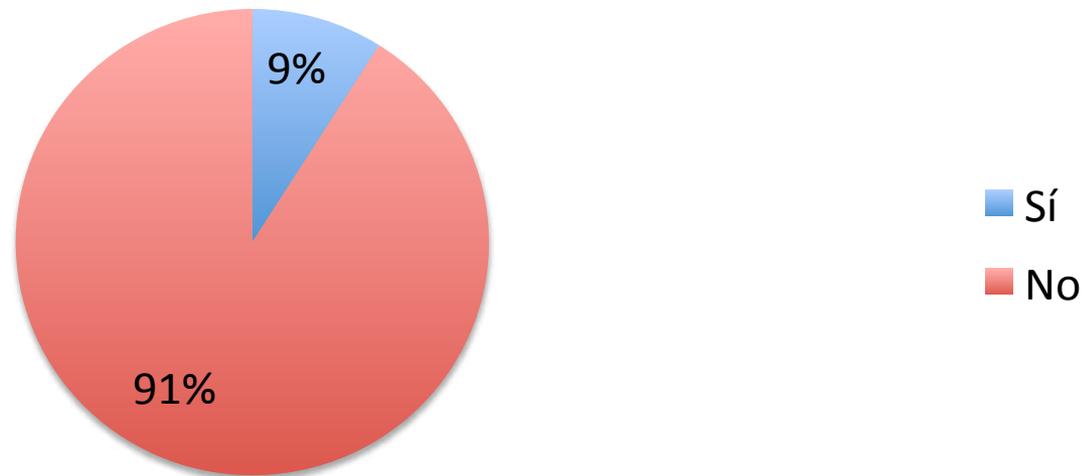
**¿Tu orientación sexual ha afectado negativamente la relación con tus amigas(os)?**



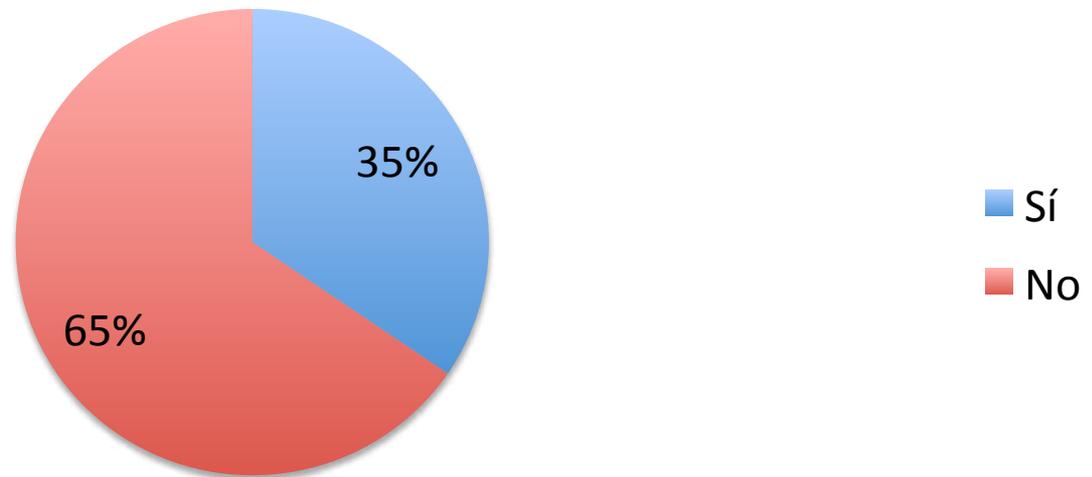
## ¿Quiénes son tus mejores apoyos para enfrentar la discriminación por orientación sexual?



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



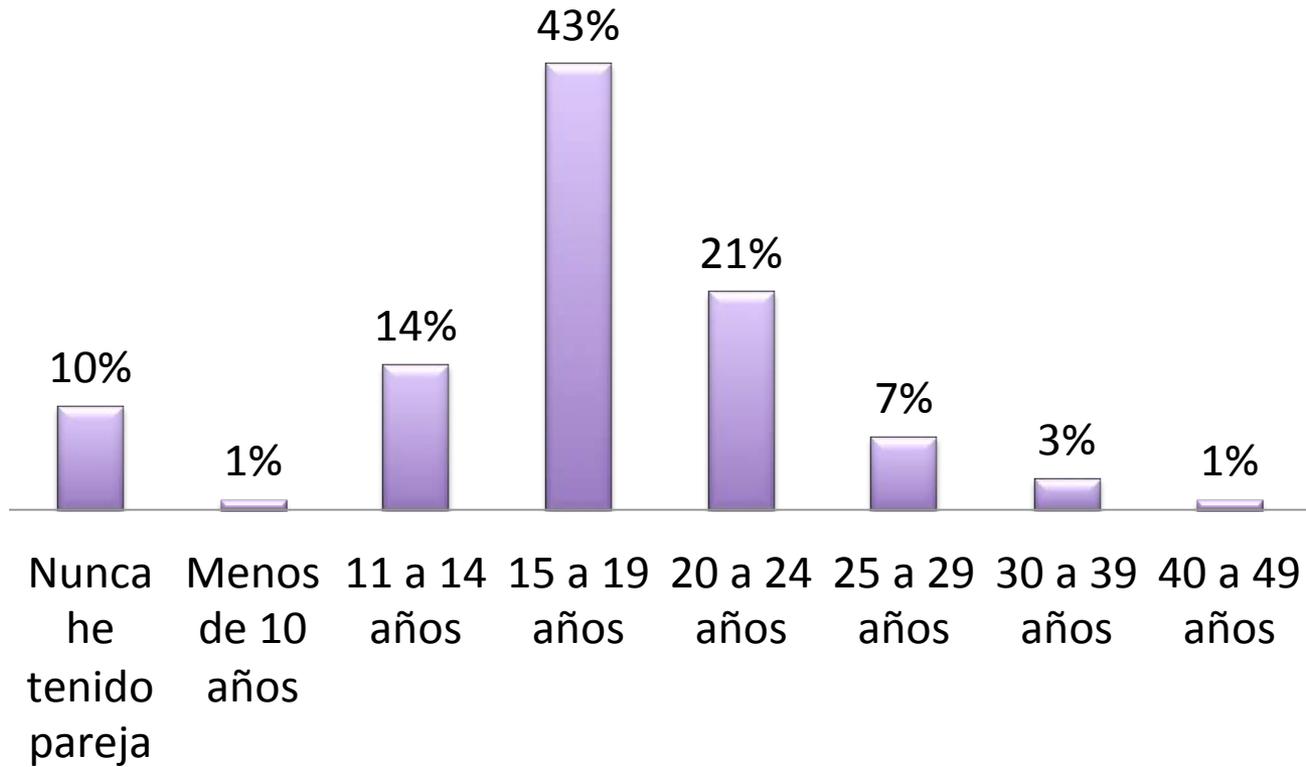
**¿Alguna vez algún familiar te aconsejó ir al  
psiquiatra o psicólogo/a como terapia para cambiar  
tu orientación sexual?**



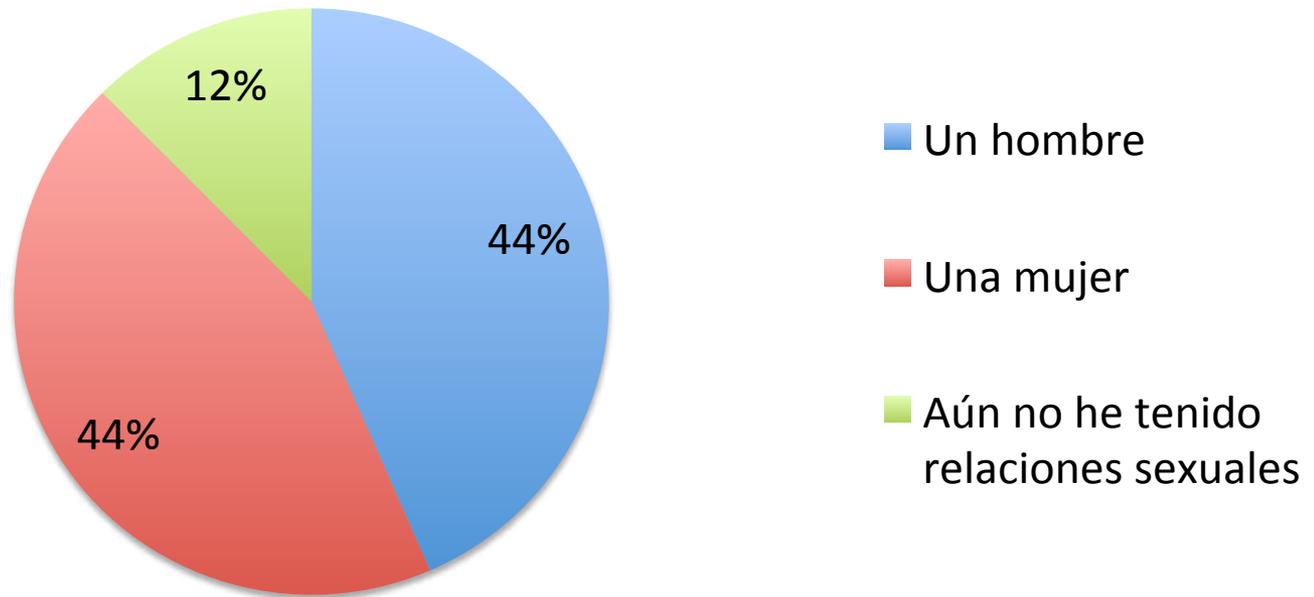
A romantic couple embracing in a purple and pink light. The woman is on the right, leaning her head against the man on the left. They are both smiling and looking at each other. The background is a soft, out-of-focus light. The overall mood is intimate and affectionate.

**RELACIONES AMOROSAS  
Y DE PAREJA**

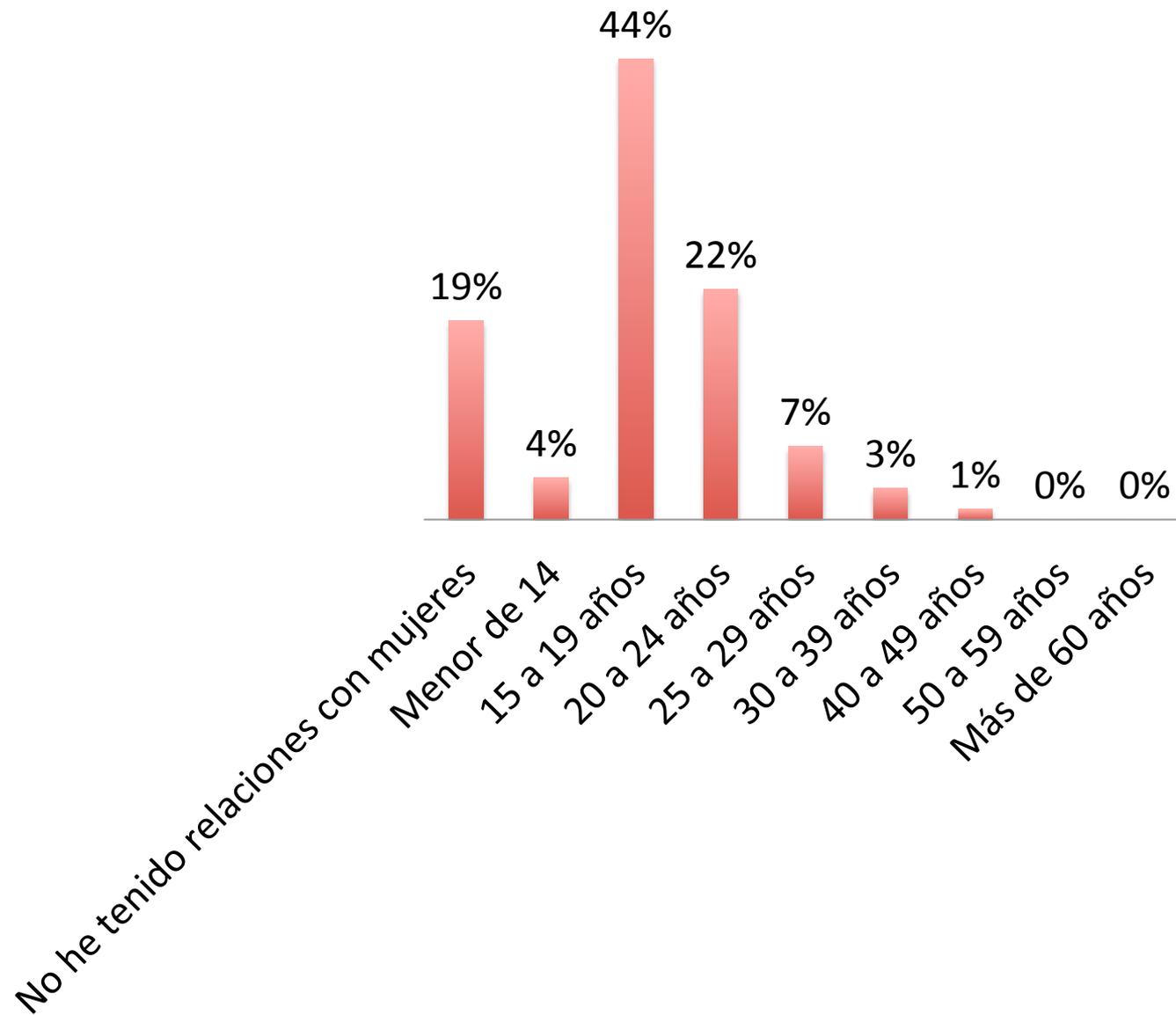
## ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera pareja del mismo sexo?



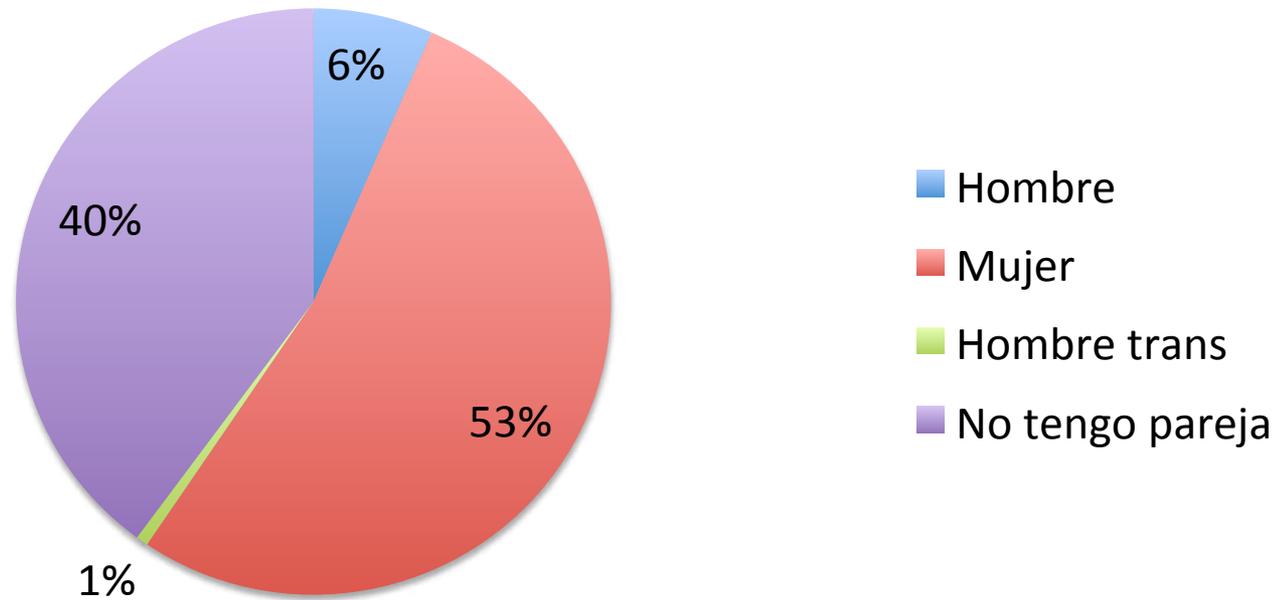
## ¿Tu primera relación sexual fue con...?



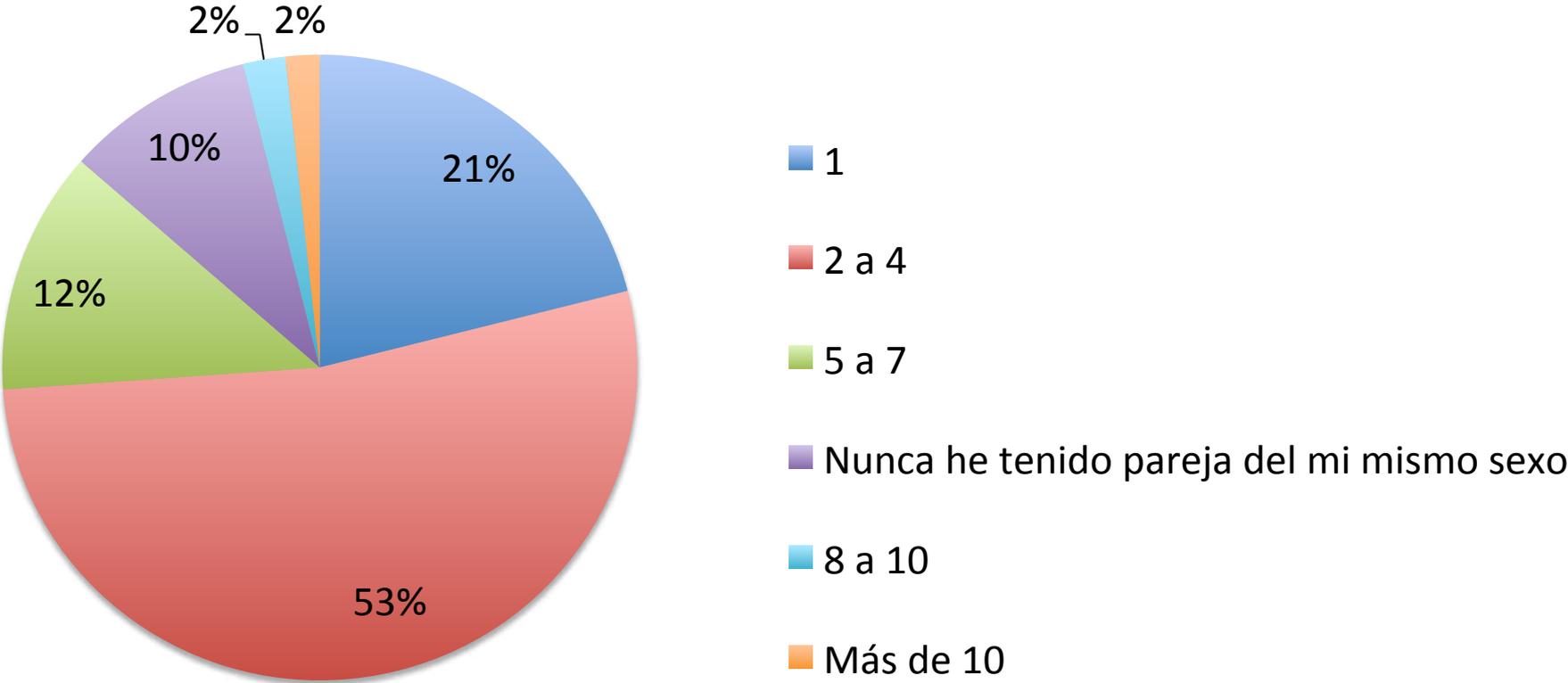
## ¿Qué edad tenías cuando por primera vez tuviste relaciones sexuales con una mujer?



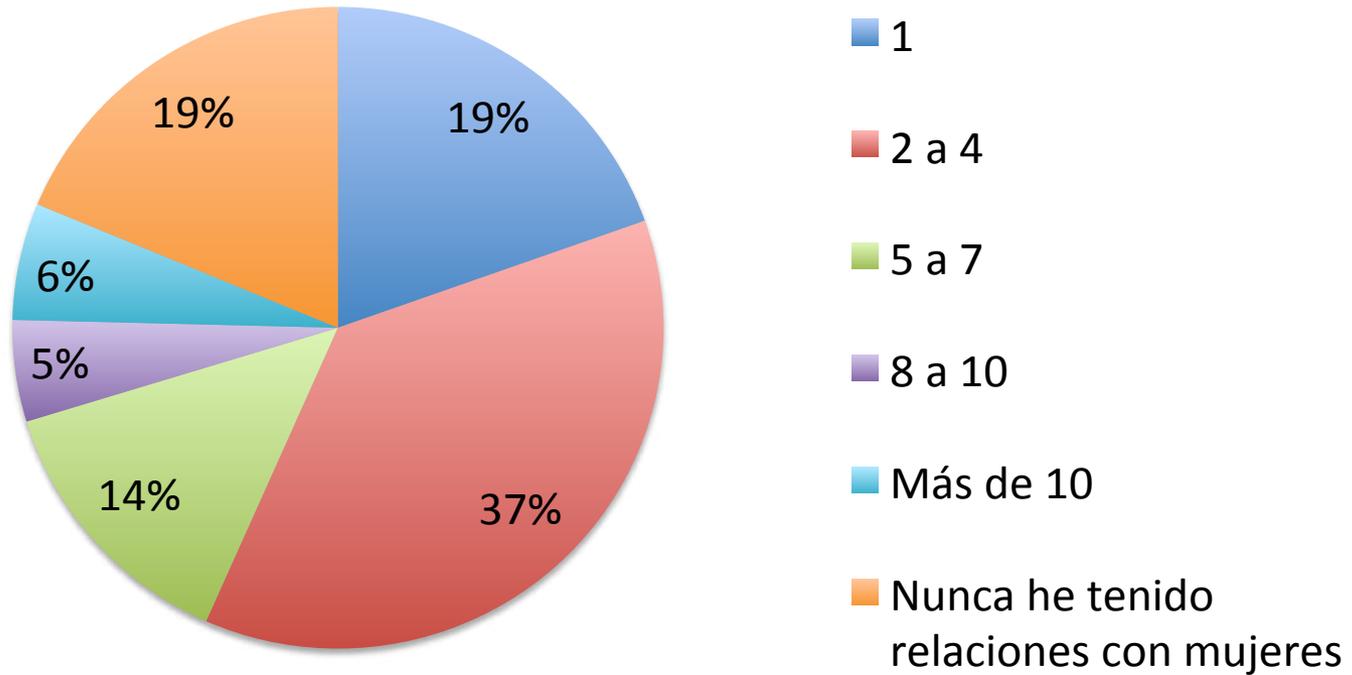
## ¿Tu actual pareja es?



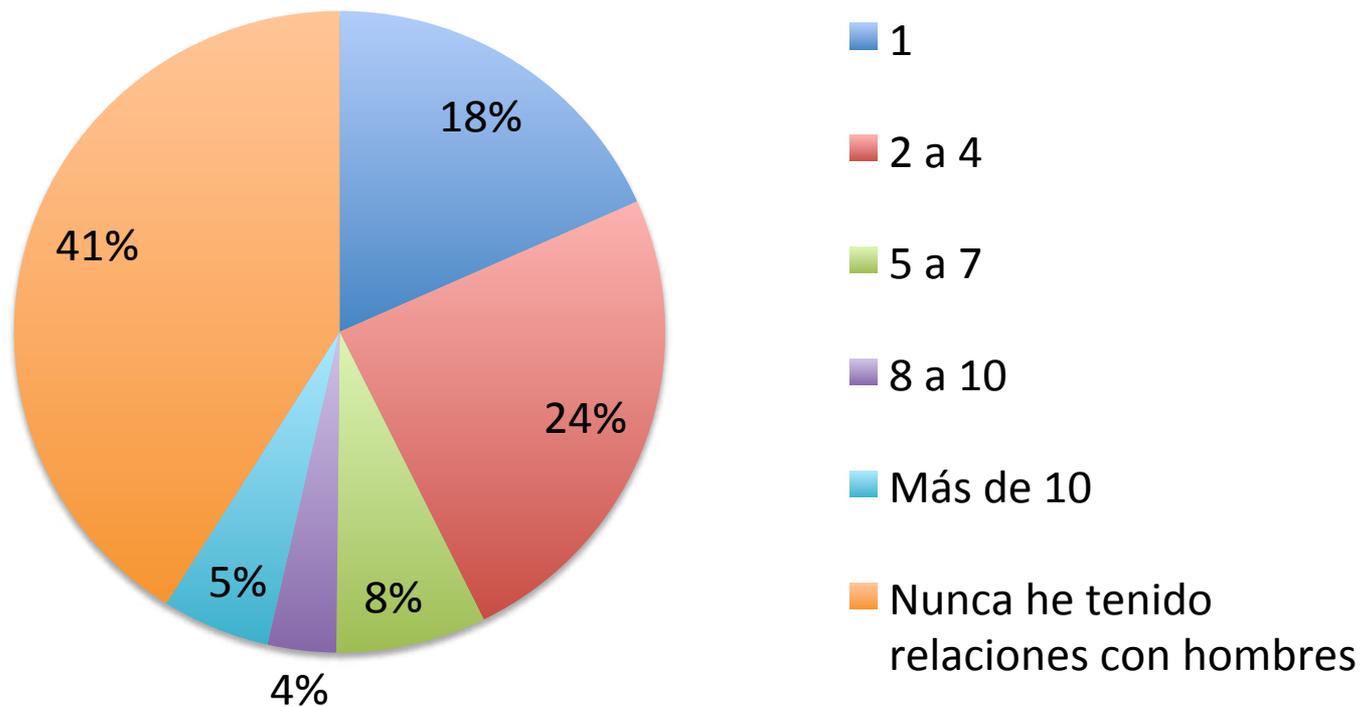
# ¿Cuántas parejas del mismo sexo tuviste a lo largo de tu vida?



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



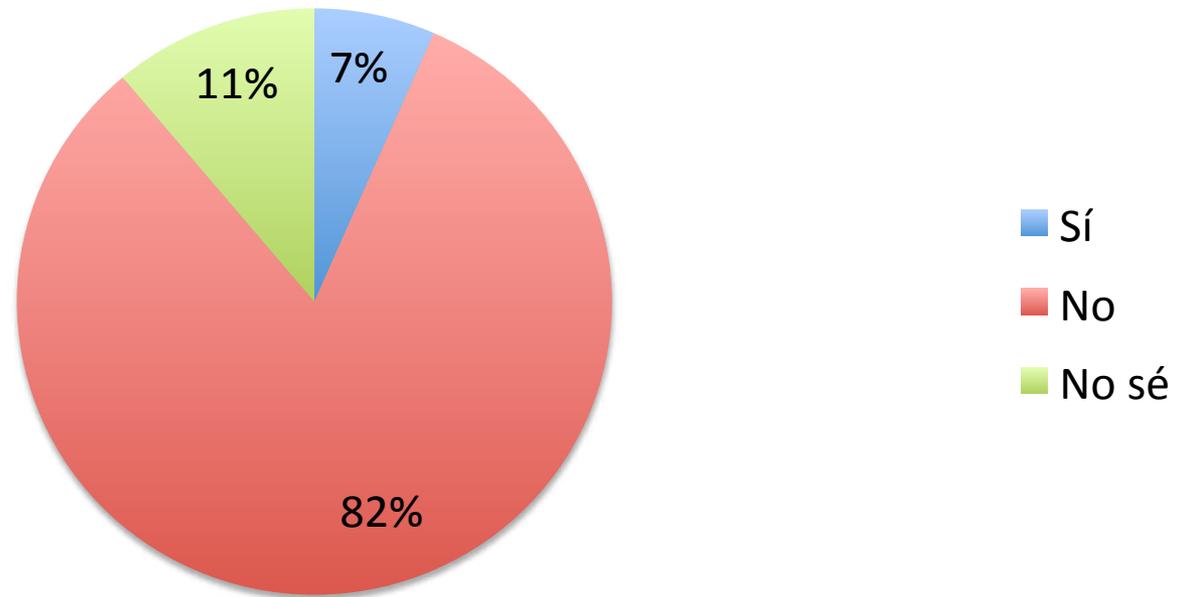
## ¿Con cuántos hombres tuviste relaciones sexuales a lo largo de tu vida?



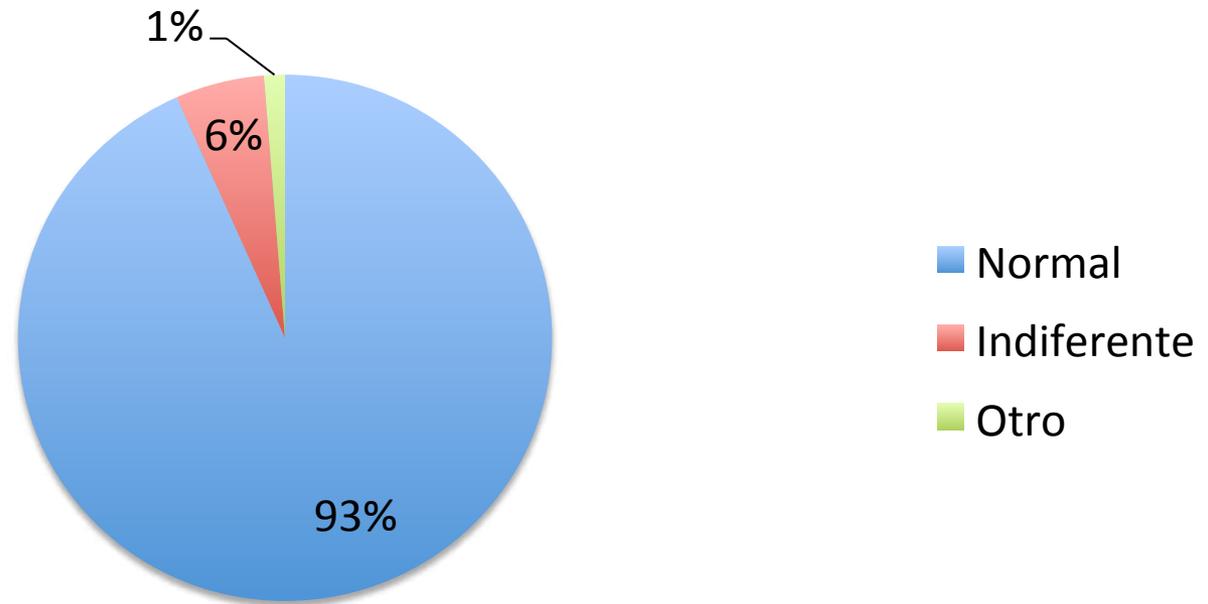


**EXPRESIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL,  
TEMOR Y PERCEPCIÓN DEL RECHAZO**

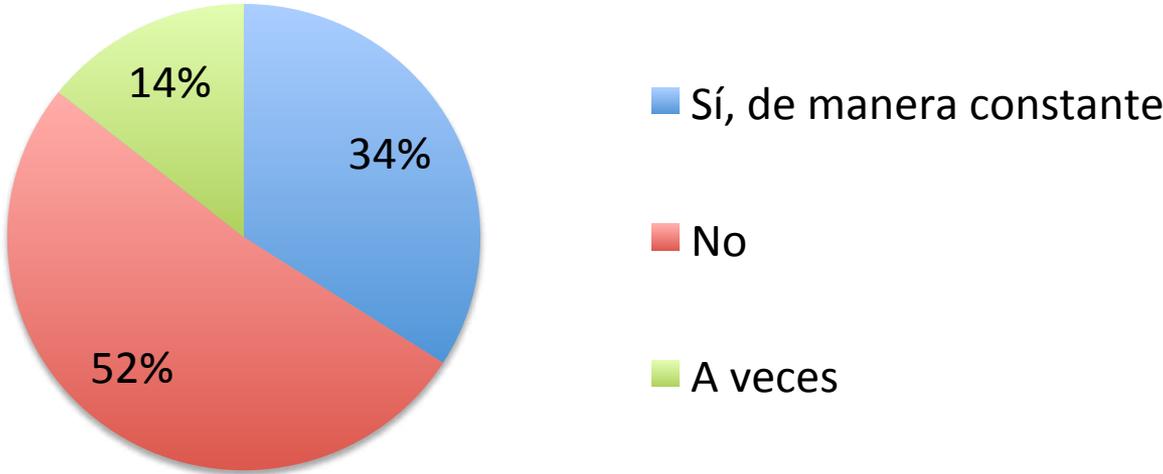
## ¿Sientes culpa por tu orientación sexual?



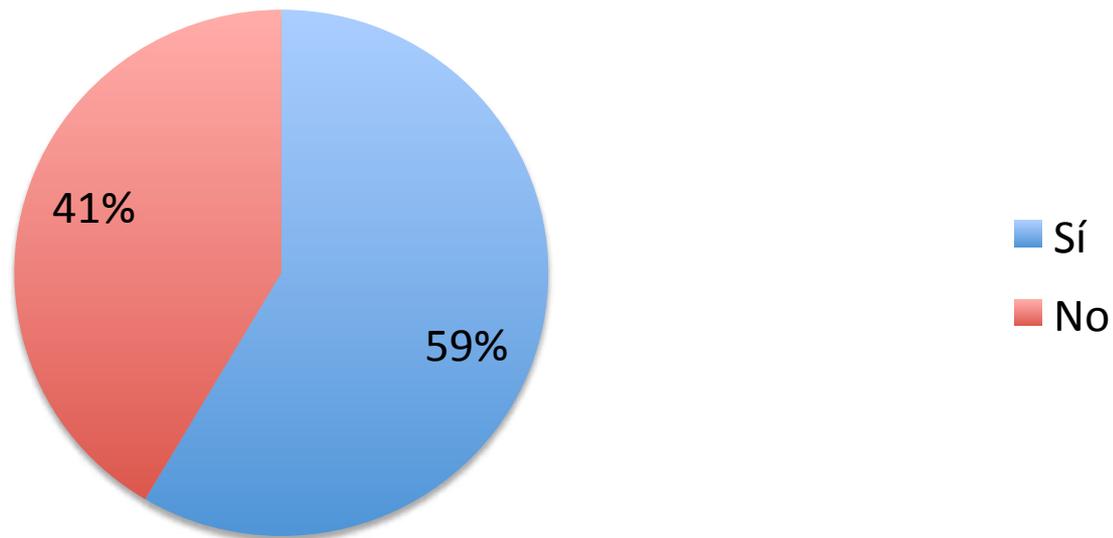
## ¿El hecho de a que mujeres les gusten otras mujeres te parece...?



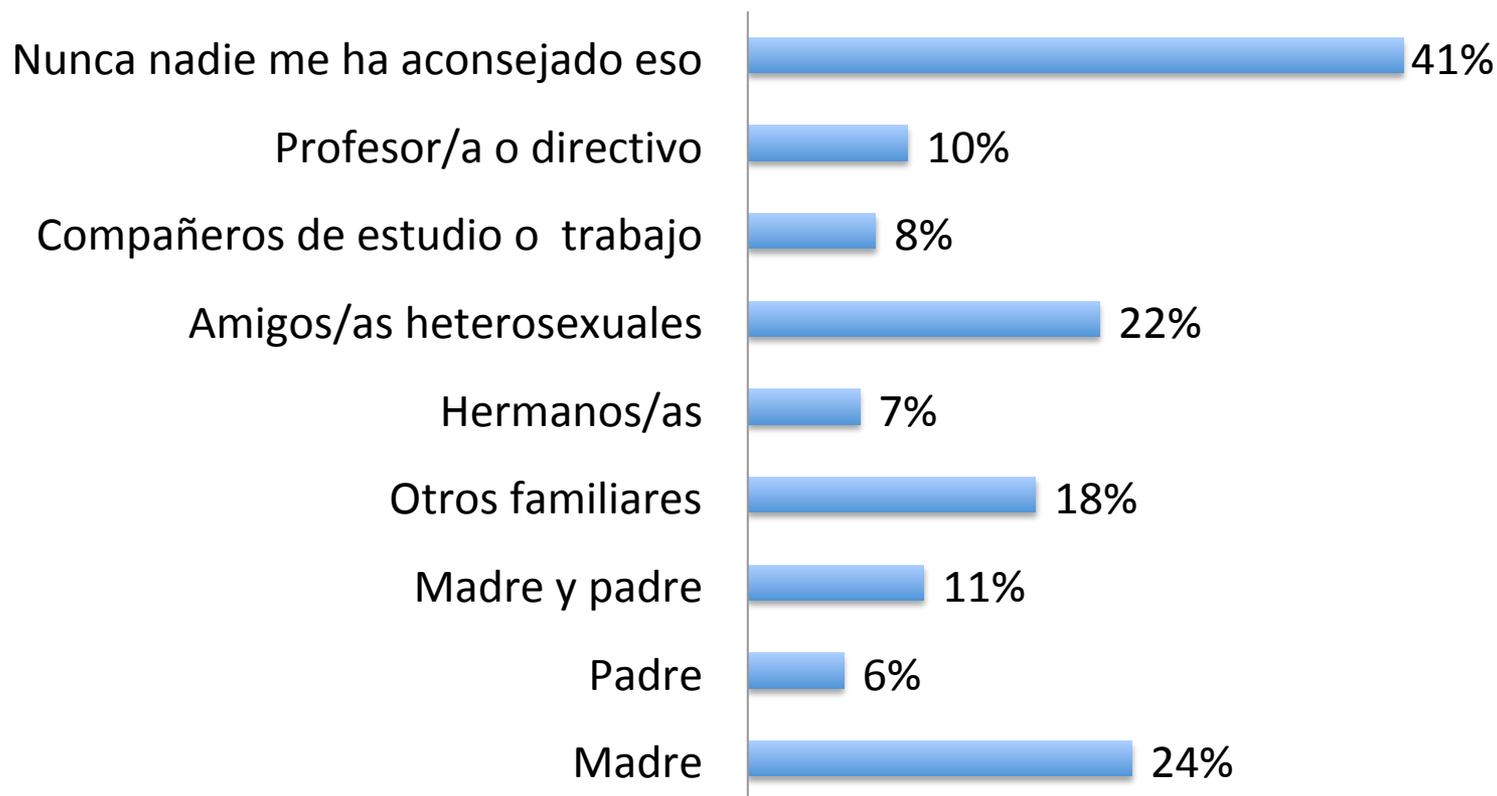
**¿Alguna vez pensaste que era posible modificar tu orientación sexual para que te dejaran de gustar otras mujeres?**



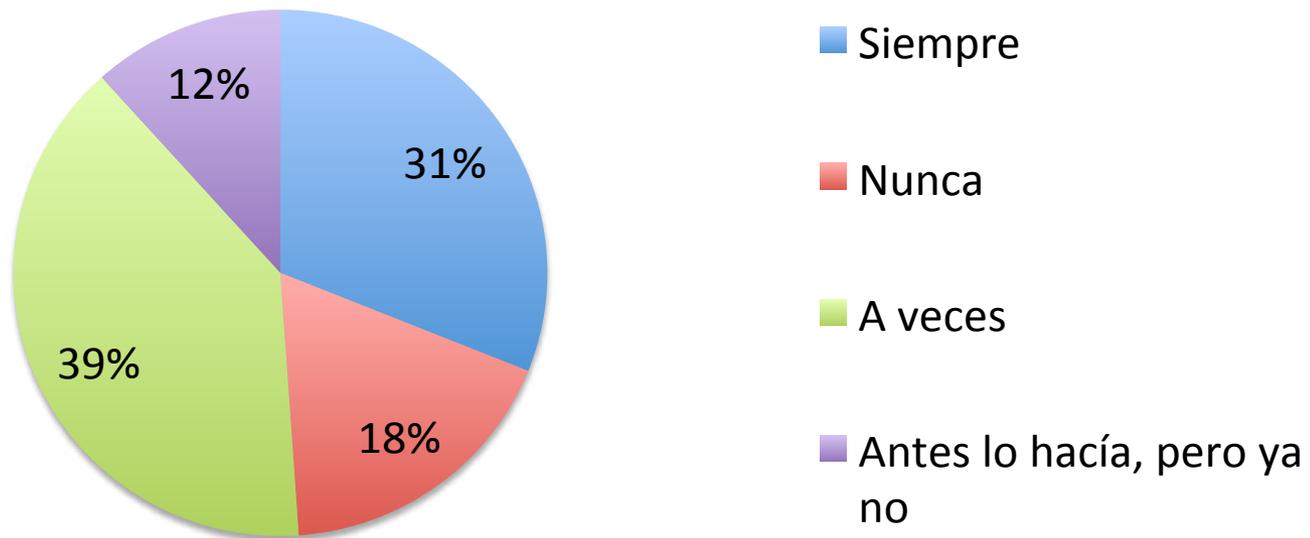
**¿Alguna vez alguien te aconsejó para que dejaran de gustarte las mujeres ?**



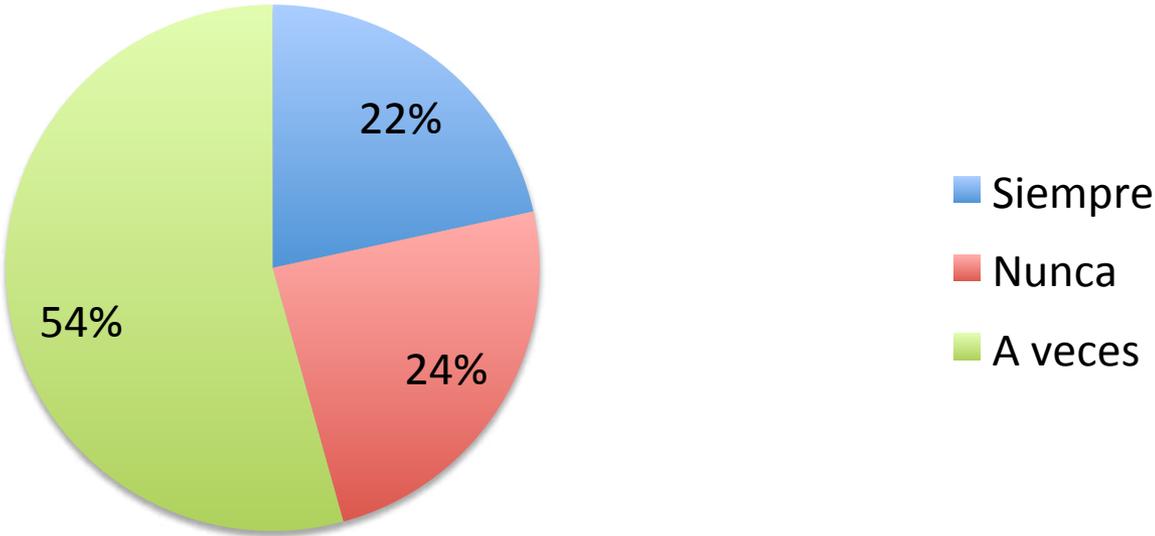
## ¿Quién te ha aconsejado al menos una vez para que dejaran de gustarte las mujeres?



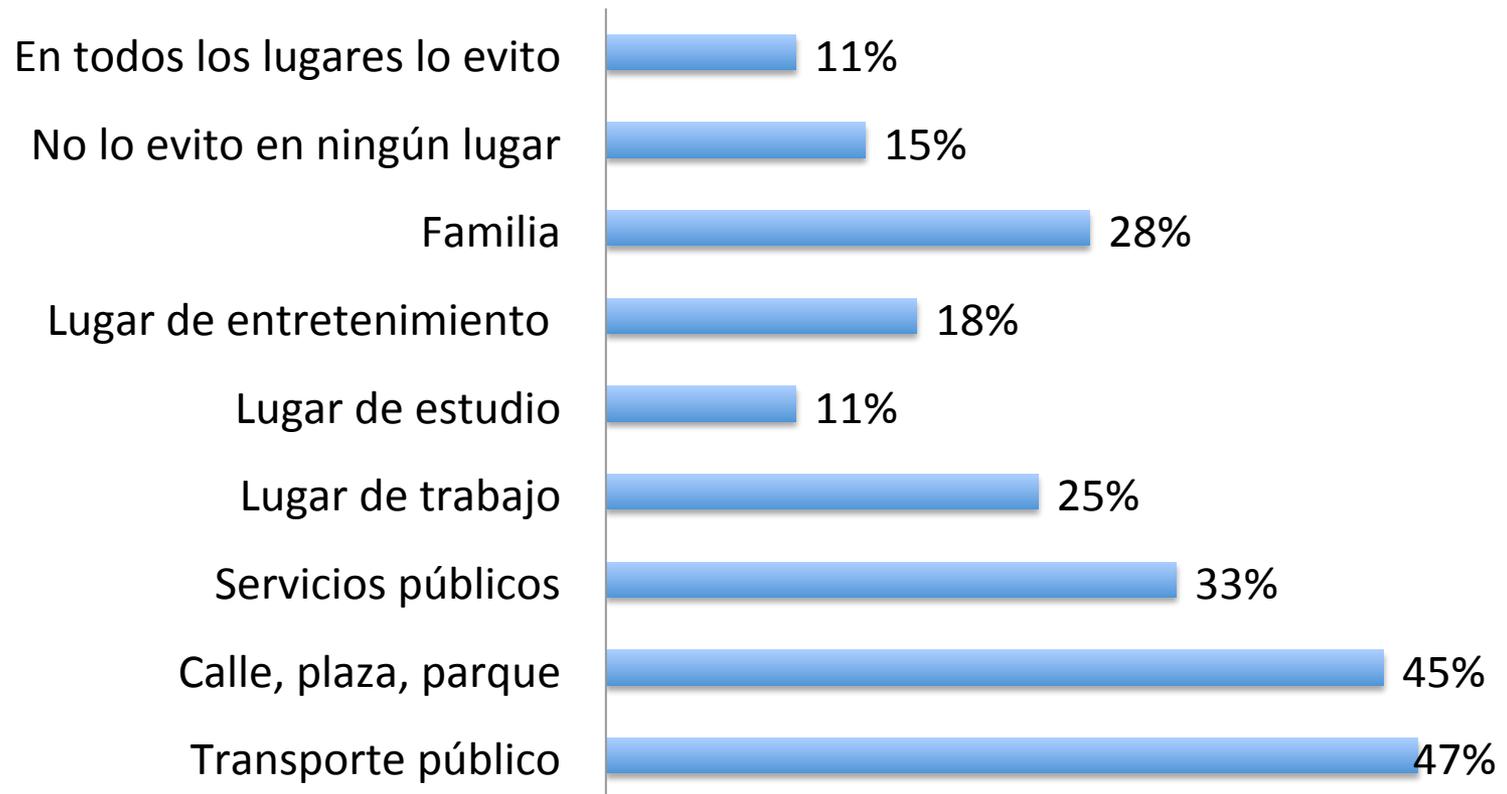
## ¿Evitas expresar afecto a mujeres que te gustan por temor a ser agredida, amenazada o acosada?



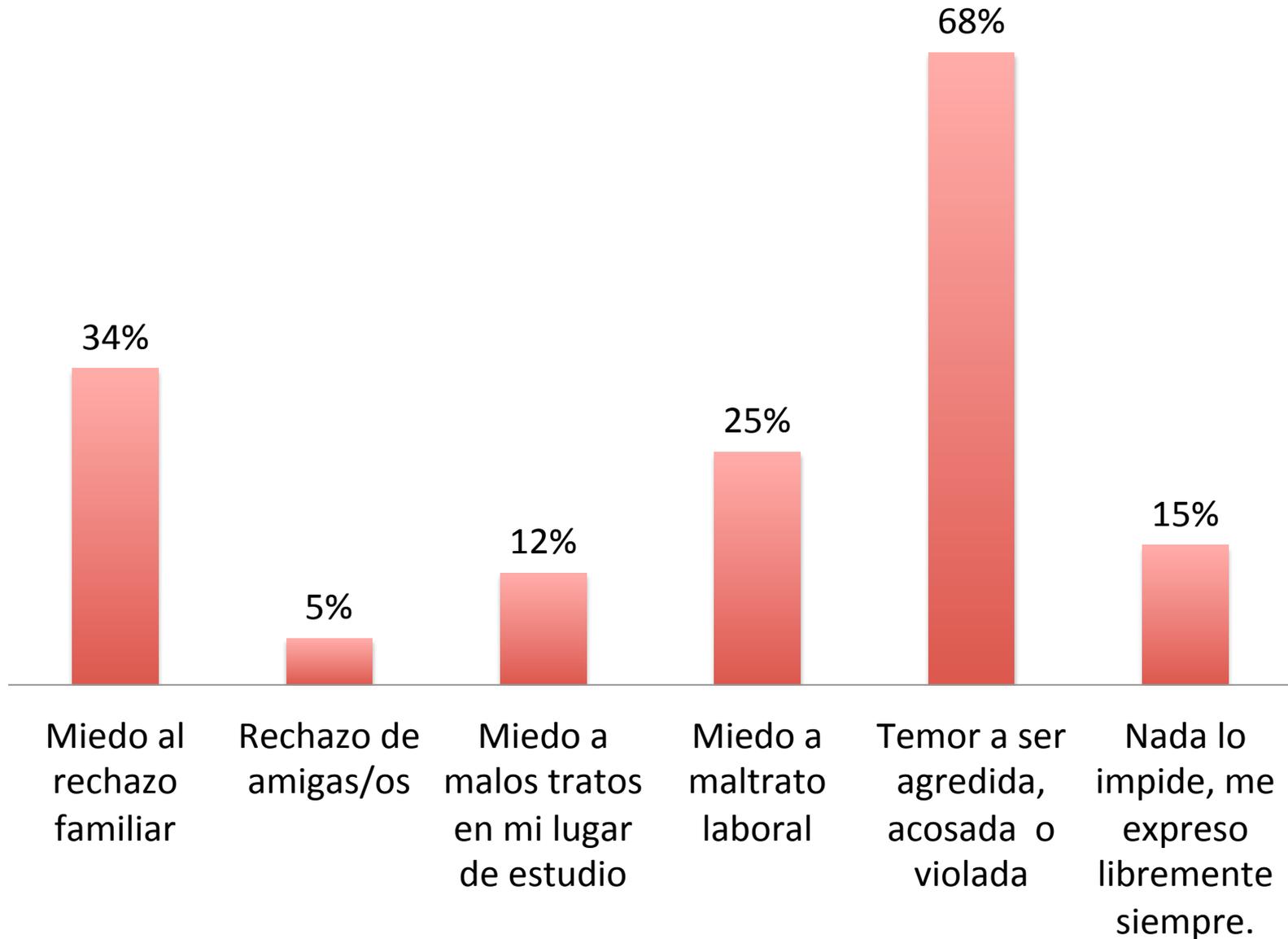
**¿Evitas algunos lugares por temor a ser agredida,  
amenazada o acosada?**



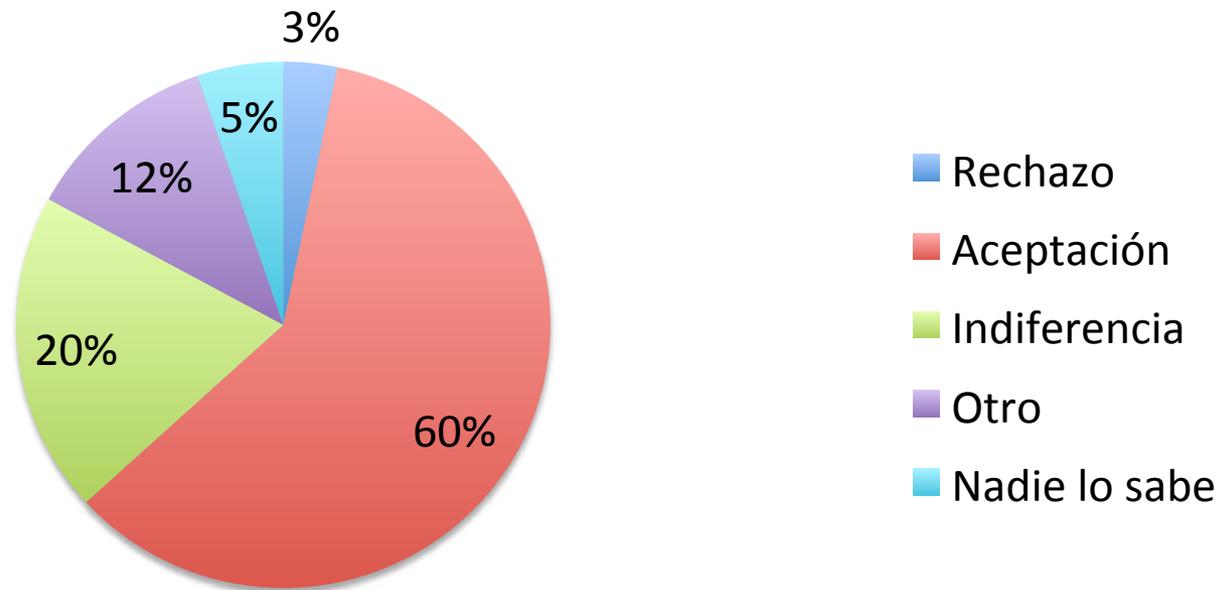
## ¿Dónde evitas revelar tu orientación sexual por temor a ser agredida o amenazada?



# ¿Qué impide que vivas libremente tu orientación sexual?



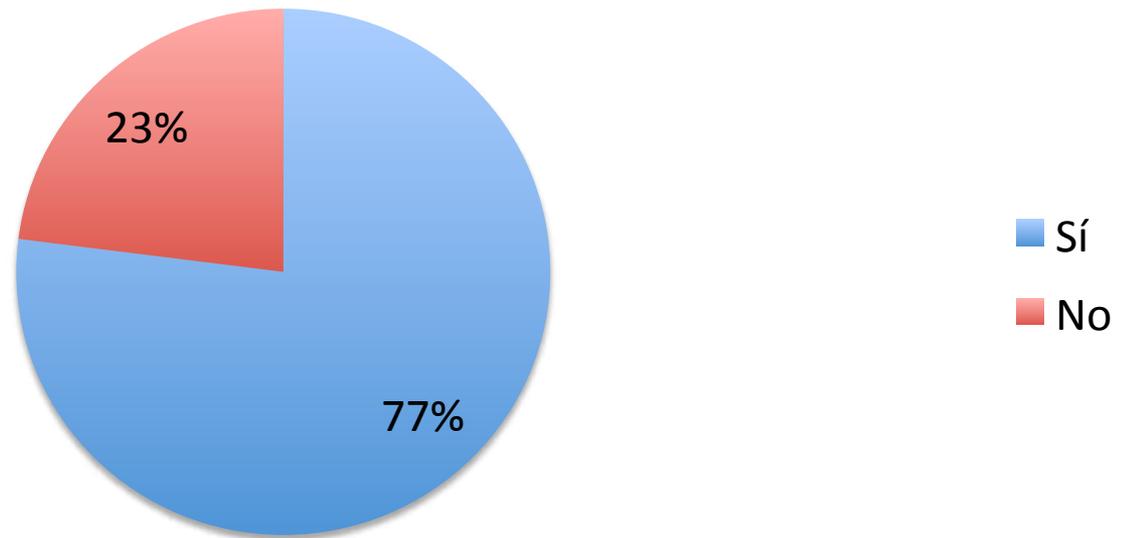
## ¿Cuál es la reacción general de otras personas al saber que te gustan las mujeres?



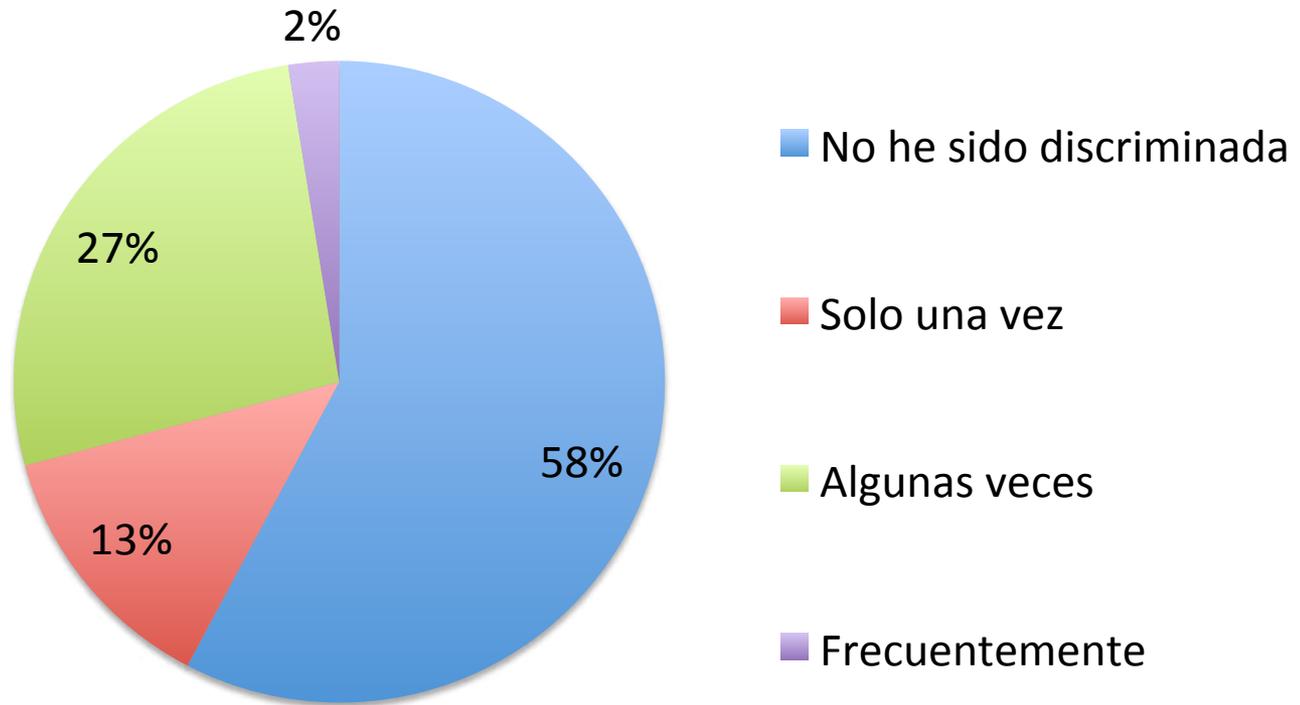
A young man is being bullied in a locker room. He is being pushed against a locker by two other young men. One is holding a smartphone to take a picture of him. The scene is dimly lit and has a purple tint.

**DISCRIMINACIÓN**  
POR ORIENTACIÓN SEXUAL

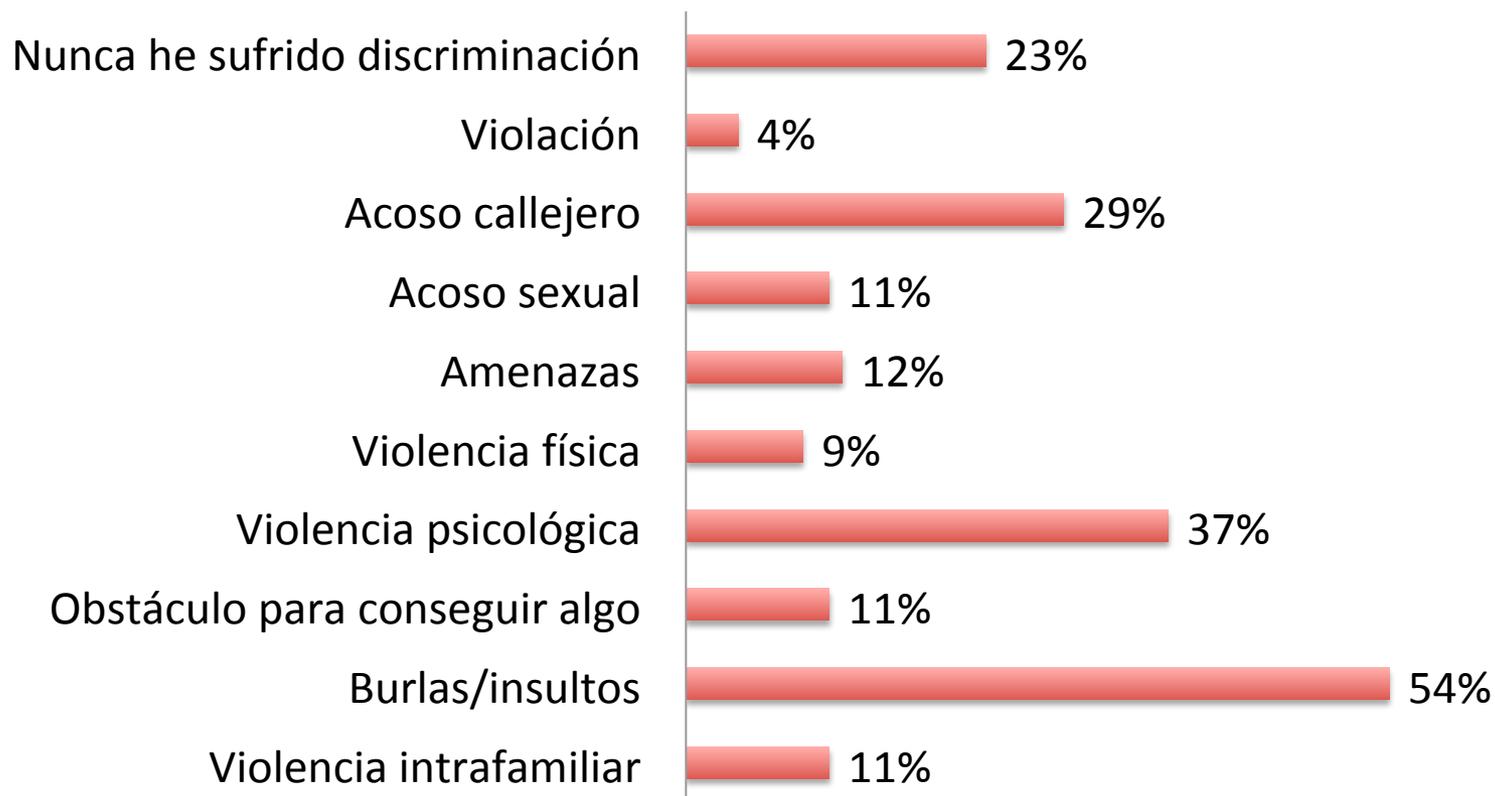
## ¿Alguna vez en tu vida sufriste actos de discriminación por tu orientación sexual?



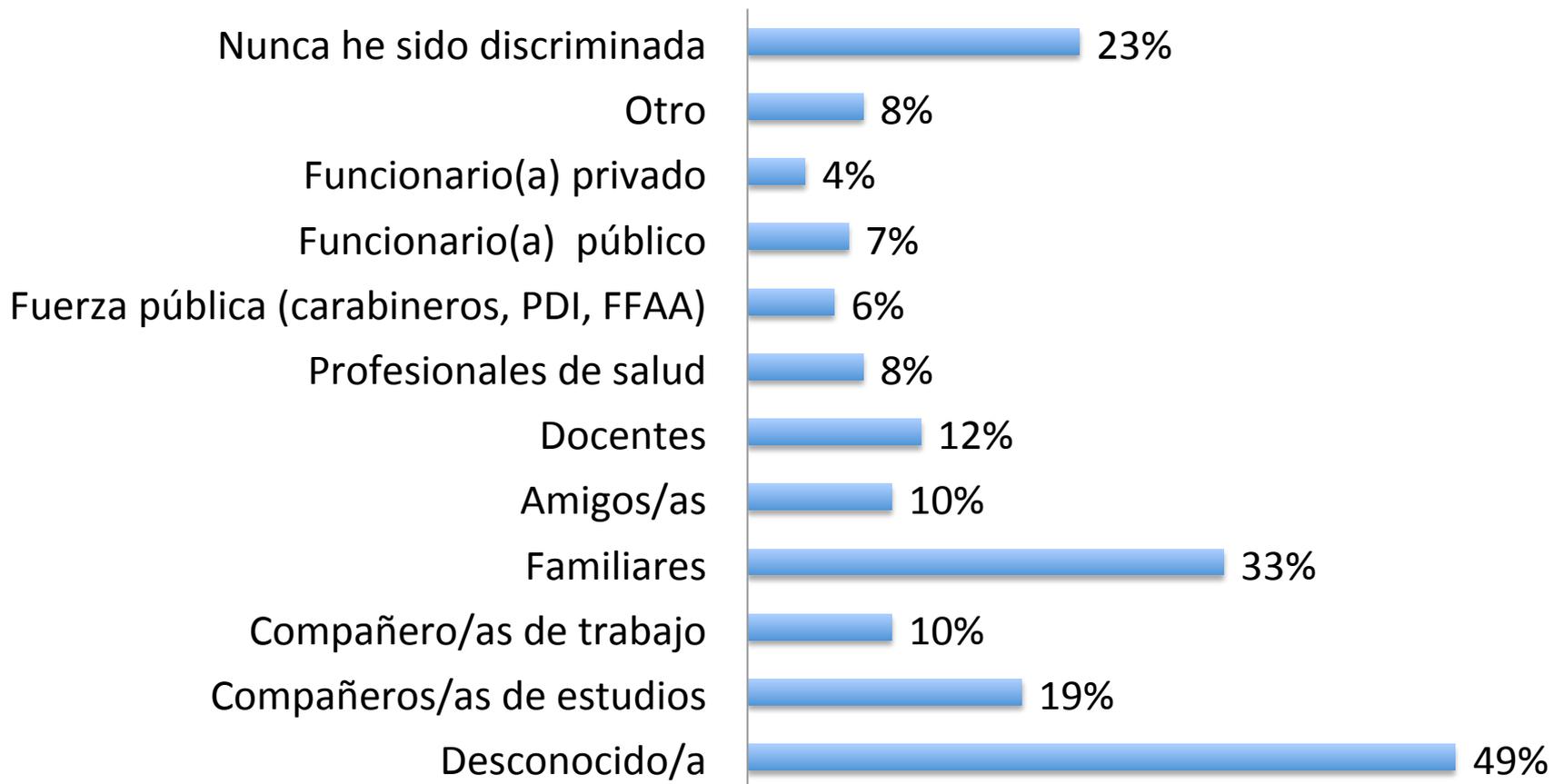
## ¿En el último año, con qué frecuencia fuiste discriminada por tu orientación sexual ?



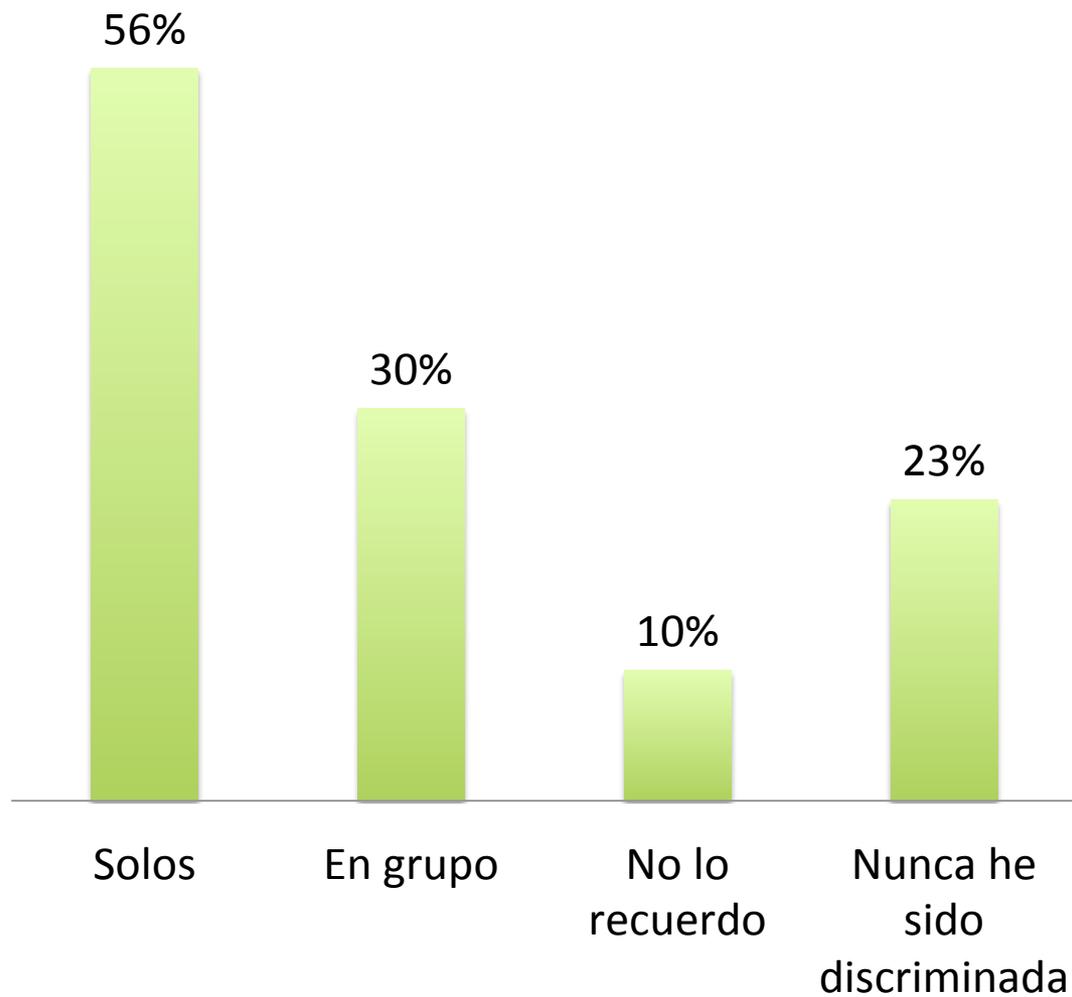
## ¿Qué tipo de discriminación viviste alguna vez en tu vida?



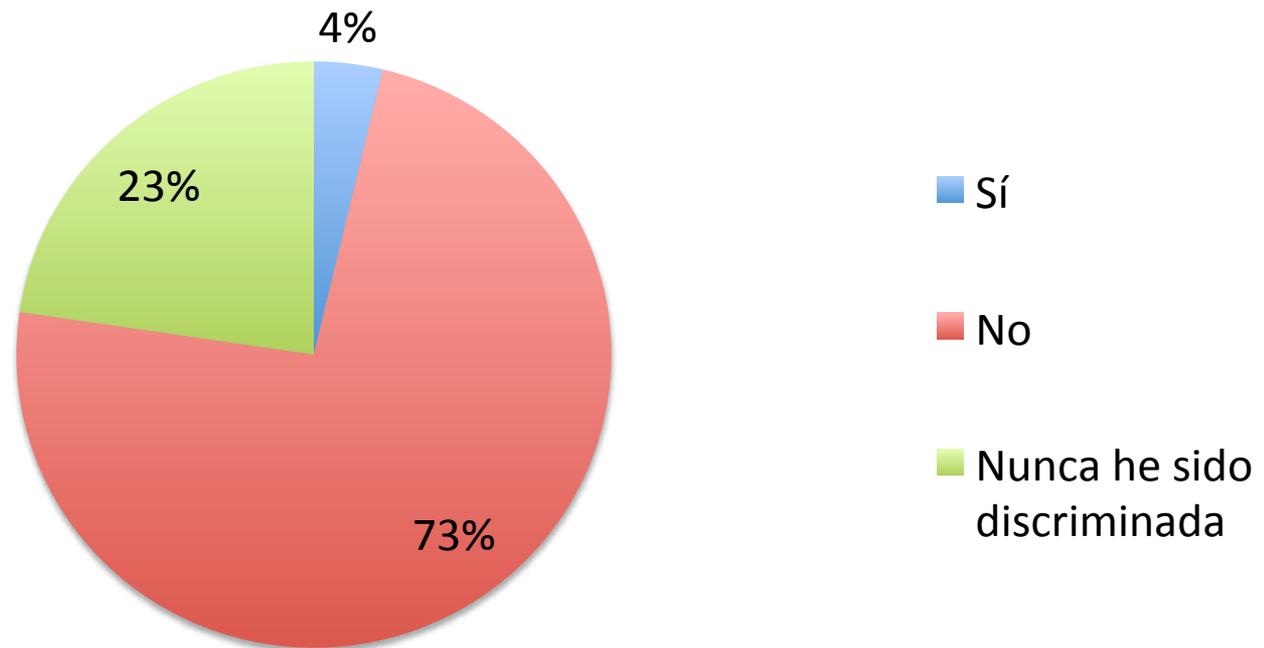
## ¿Por quién fuiste discriminada alguna vez en tu vida?



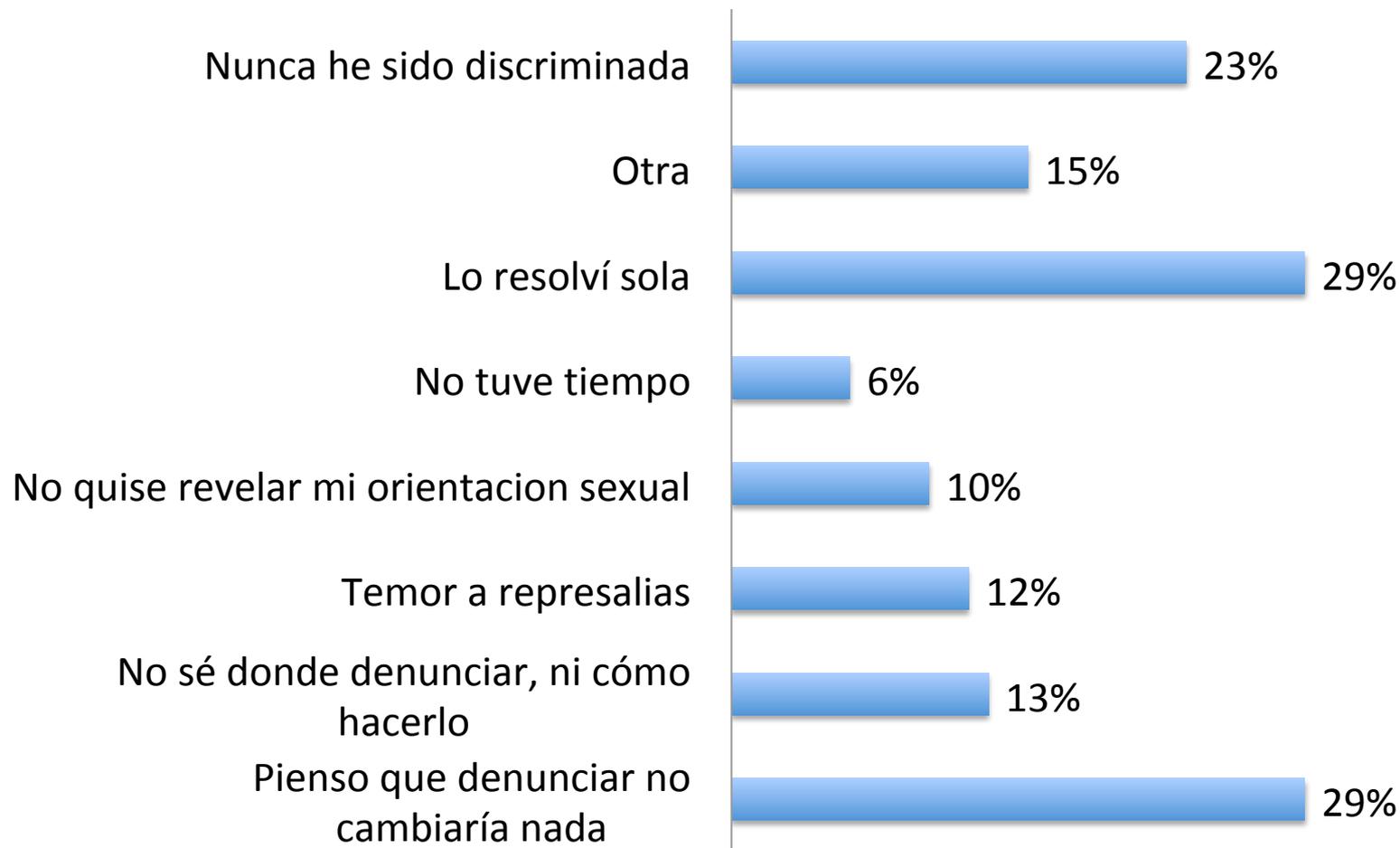
## ¿Los responsables de la discriminación que sufriste, actuaron... ?



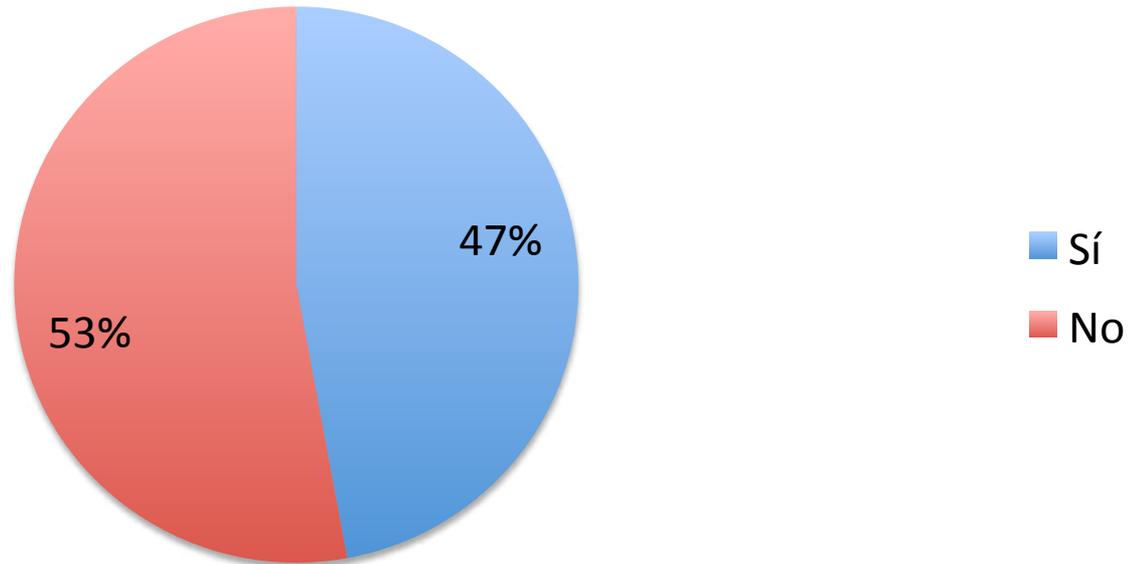
## ¿Denunciaste la última discriminación que viviste?



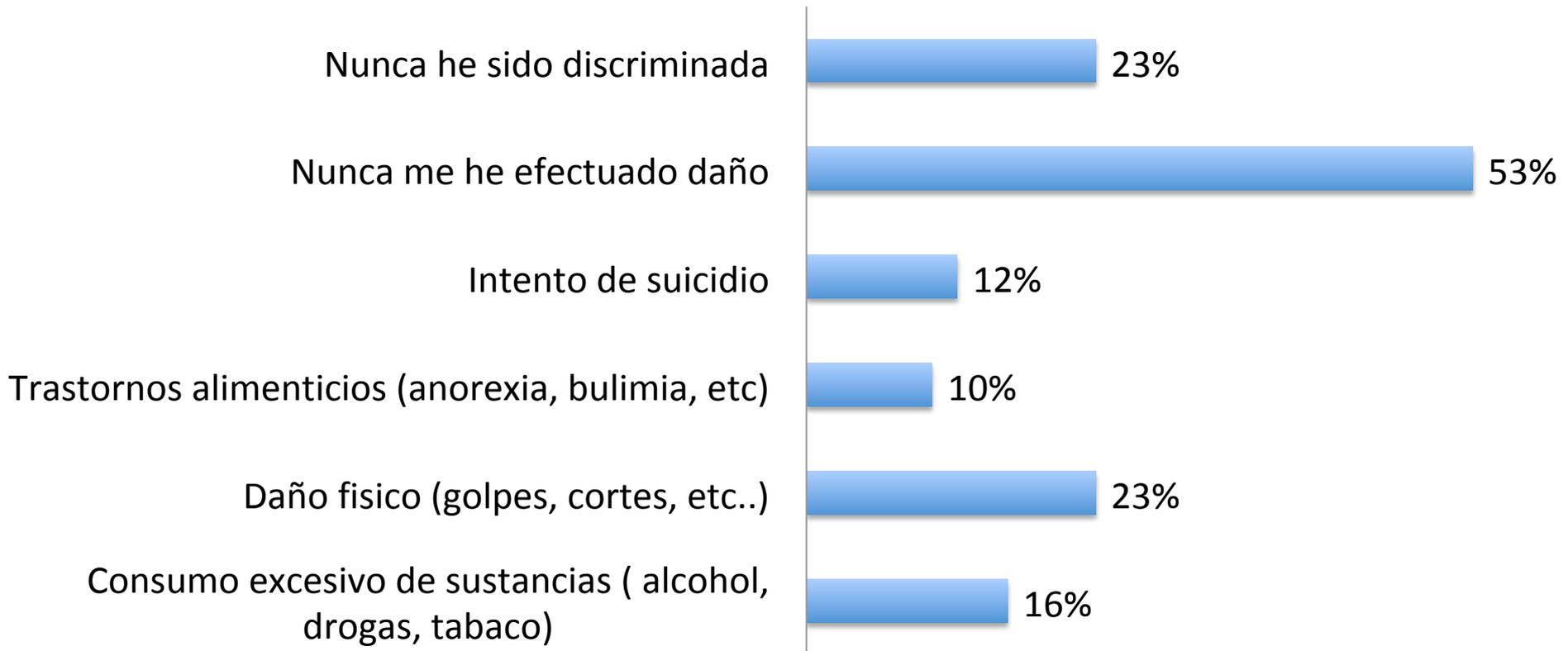
## En el caso de no haber denunciado la discriminación que viviste, ¿a qué se debió?



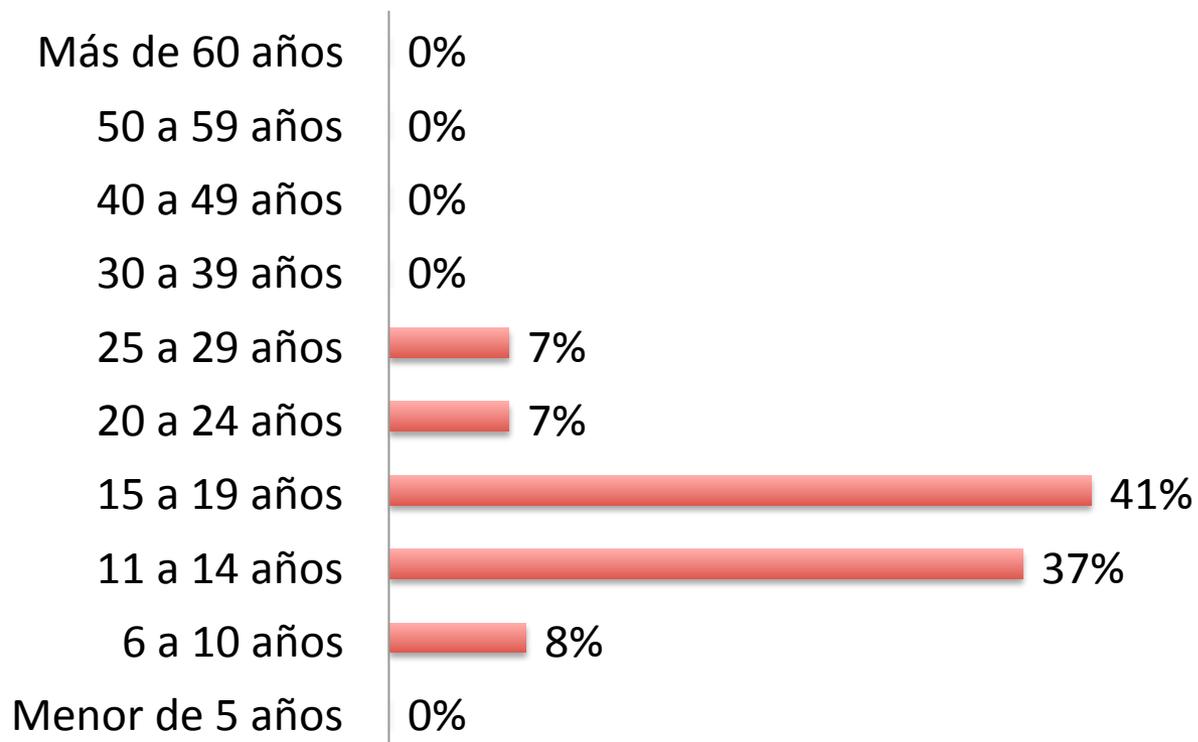
**¿Te hiciste daño alguna vez producto de la discriminación o presión social hacia tu orientación sexual?**



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



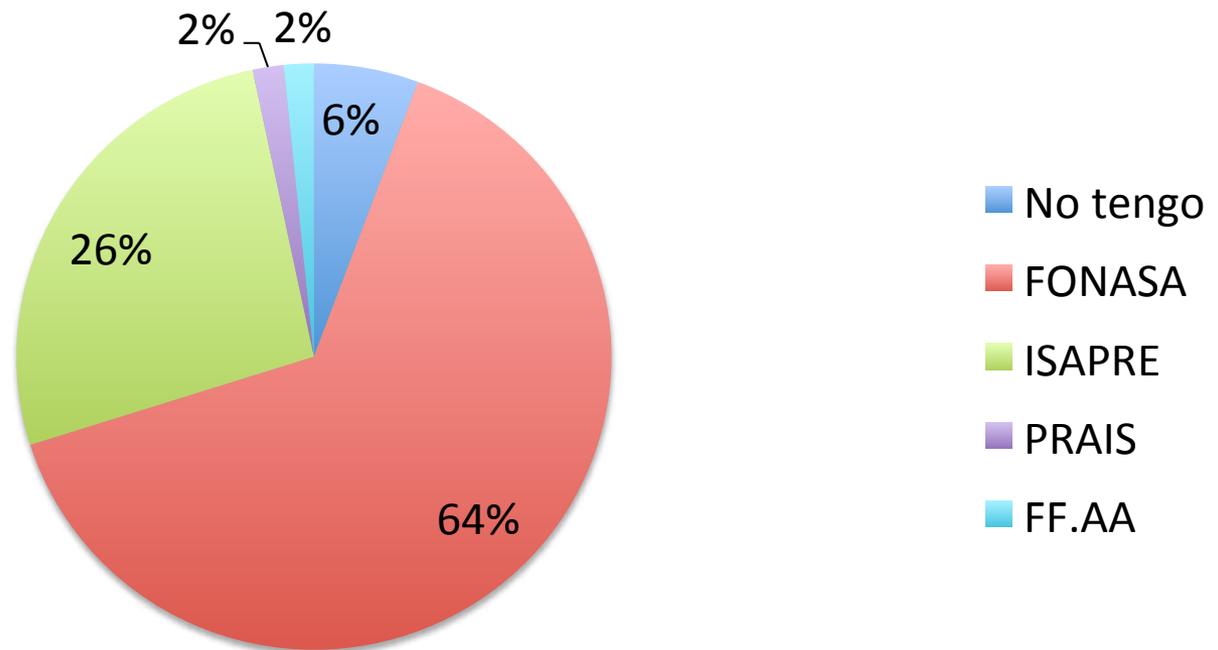
## ¿A qué edad te dañaste por primera vez producto de la discriminación o presión social hacia tu orientación sexual?



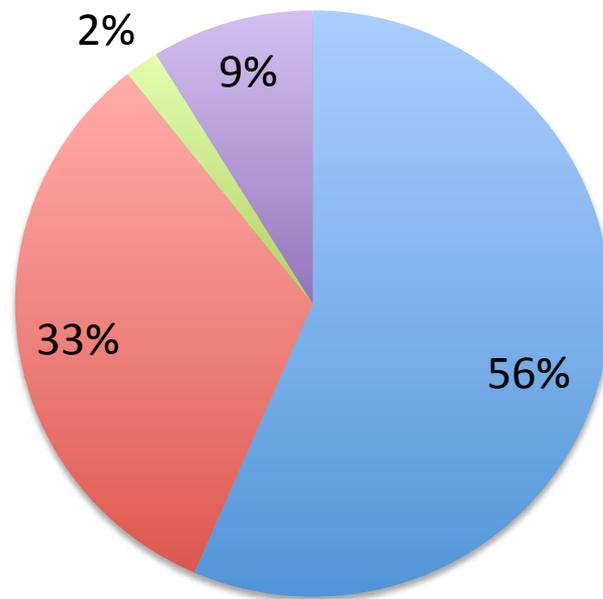


**SALUD, DERECHOS  
Y PREVENCIÓN**

## ¿Cuál es tu previsión de salud?



## ¿En qué centro de salud estás inscrita?



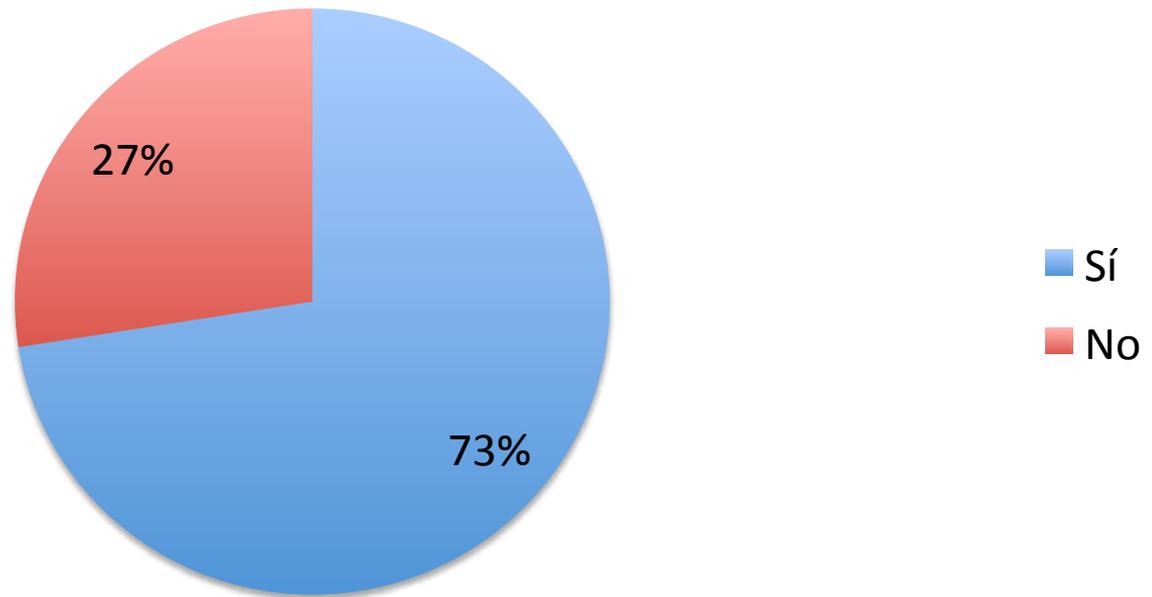
■ Público (Consultorio, Hospital, COSAM, CESFAM, Etc..)

■ Privado (clínica, centros de salud)

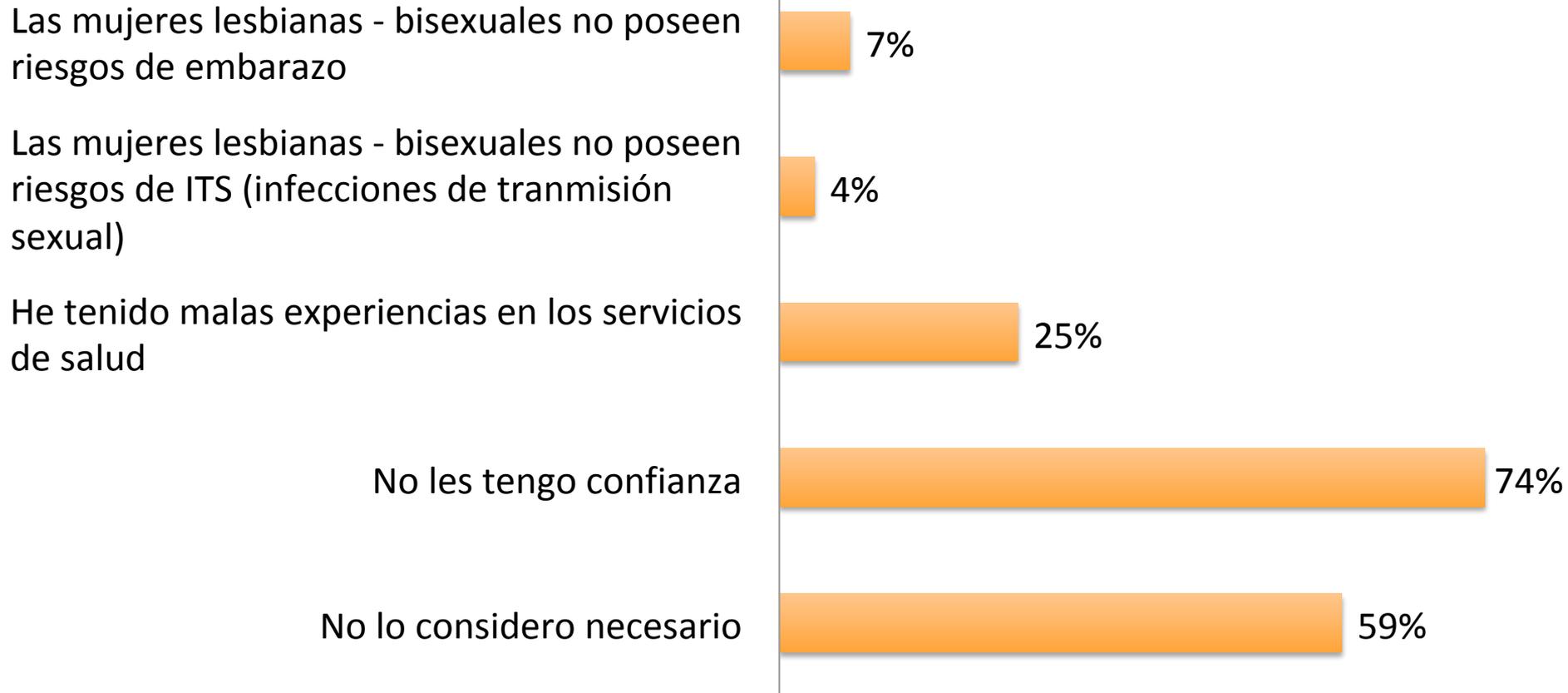
■ Insitucionales (Carabineros, PDI, FFAA)

■ Ninguno

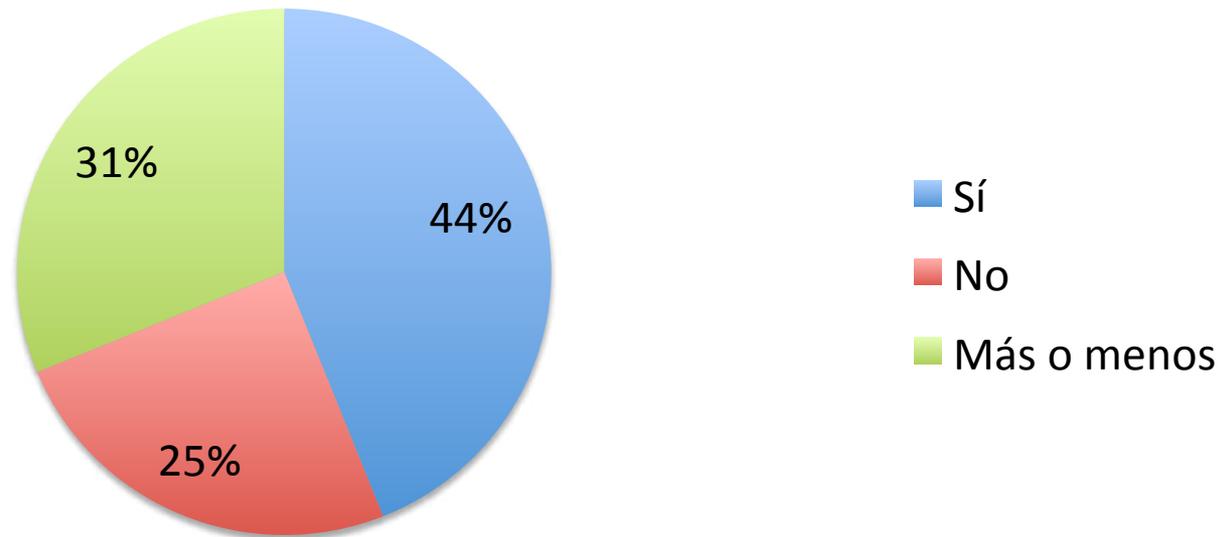
## ¿Fuiste alguna vez al ginecólogo?



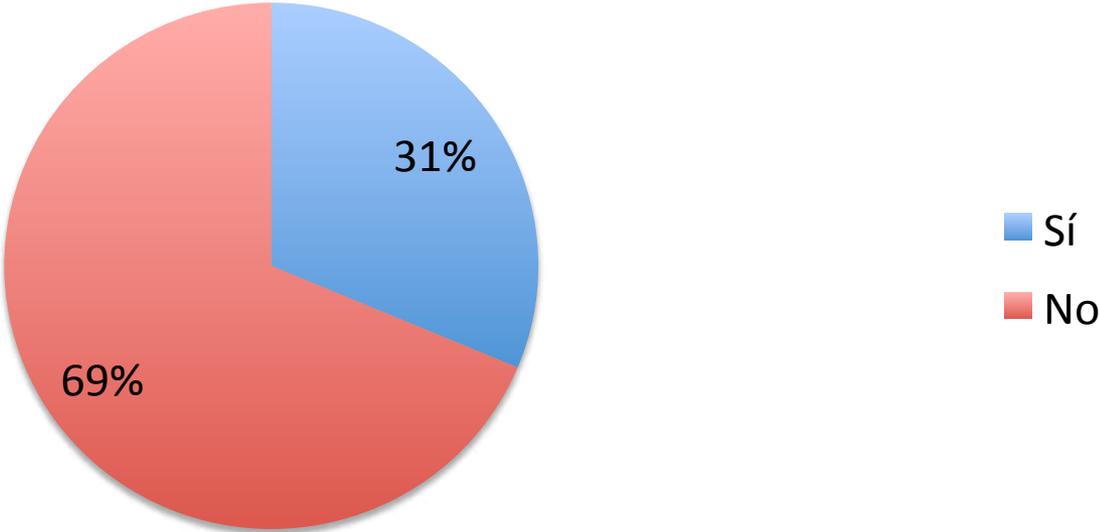
## Si no fuiste a un ginecólogo ¿Cuál fue la razón?



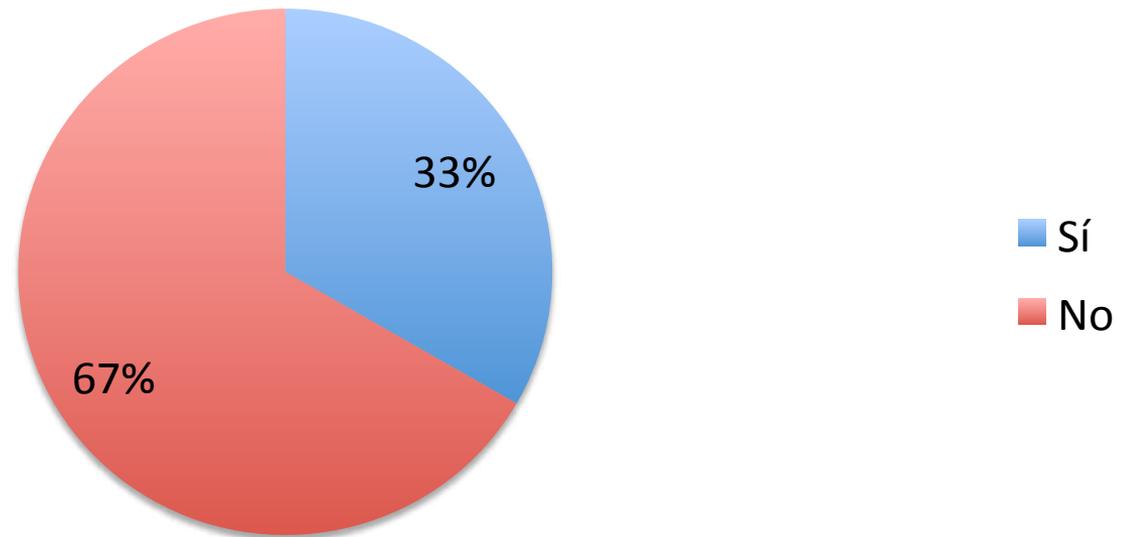
## ¿Conoces el método para efectuar el auto examen de mamas?



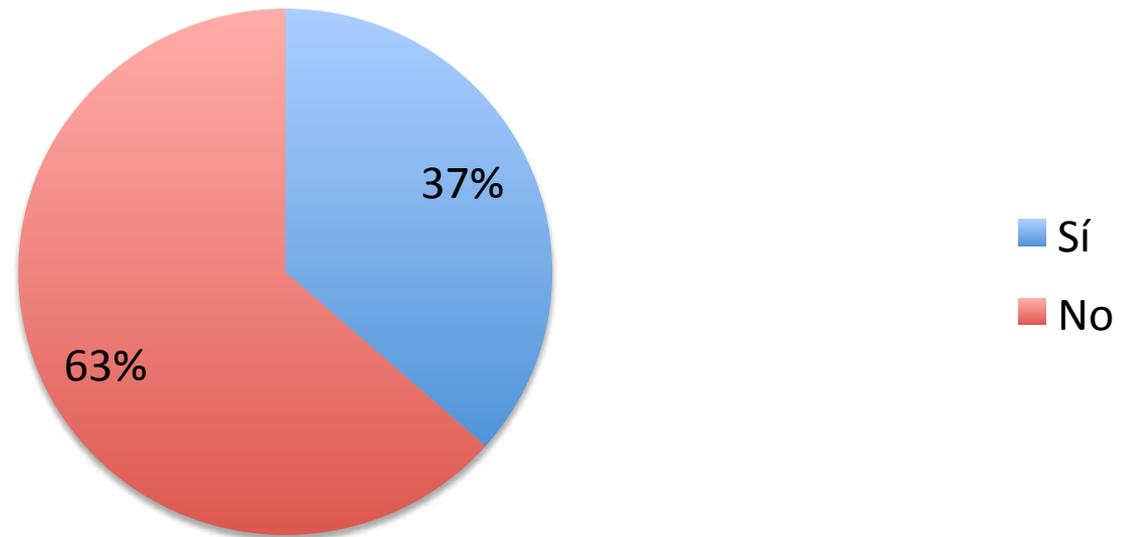
**¿Te efectúas el auto examen de mamas  
regularmente?**



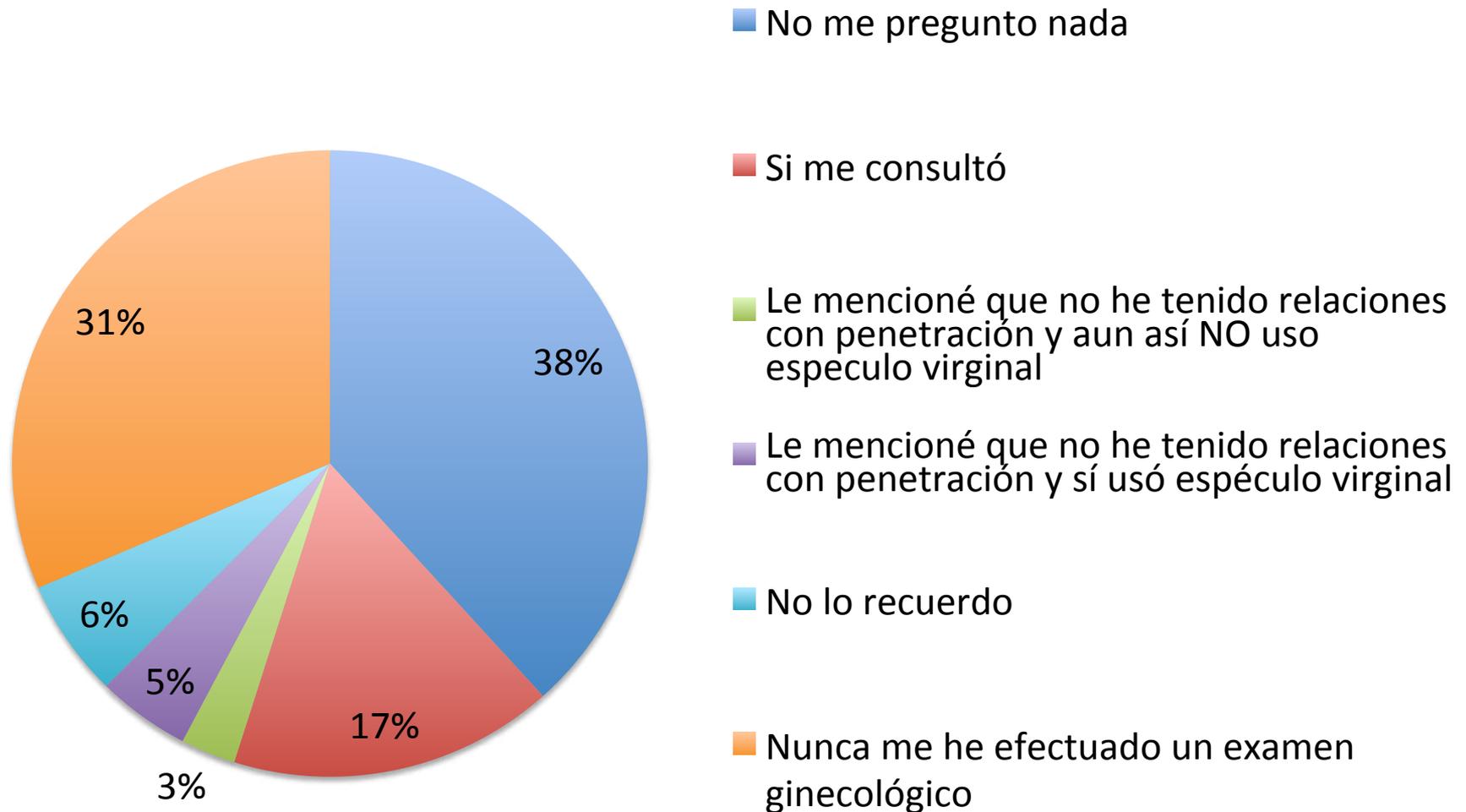
## ¿Durante el último año te efectuaste el PAP (papanicolau)?



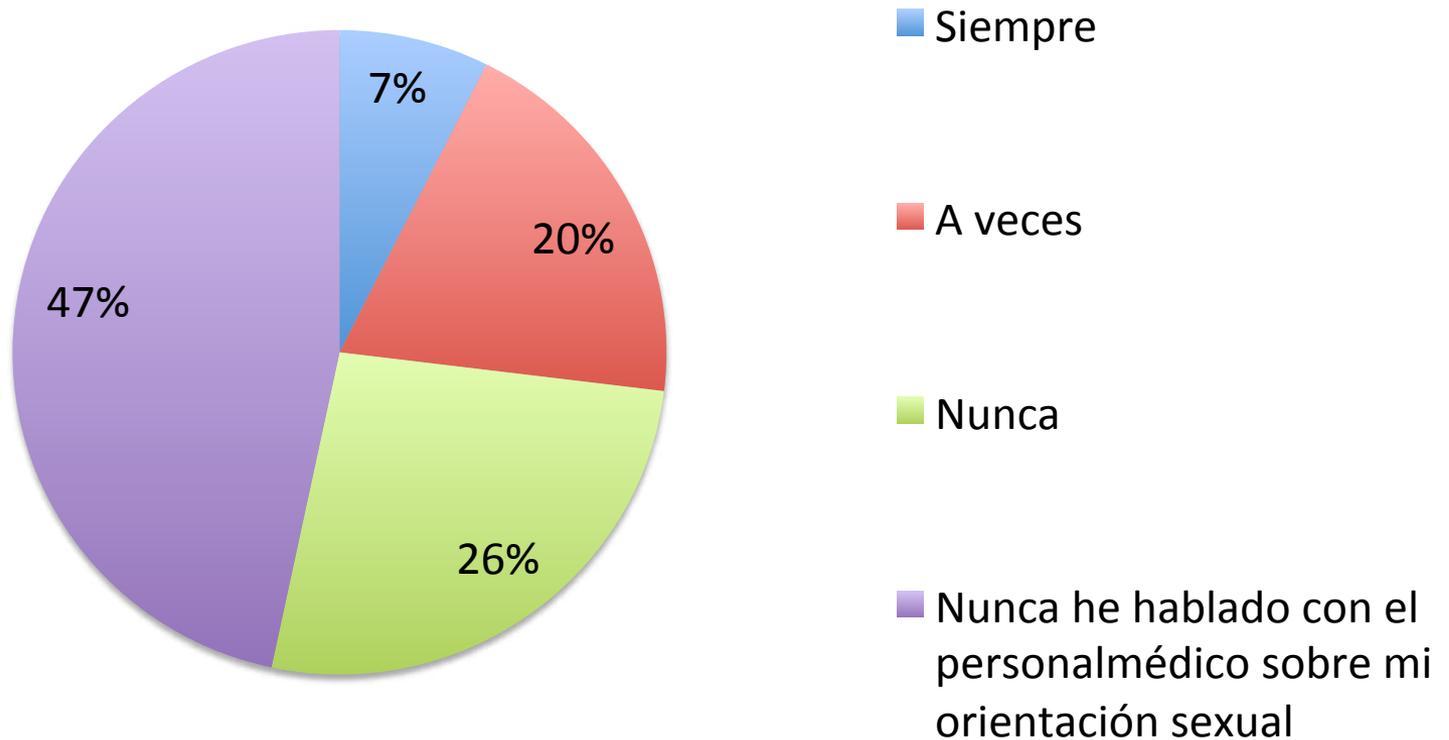
**¿En alguna atención ginecológica te han preguntado sobre tu orientación sexual?**



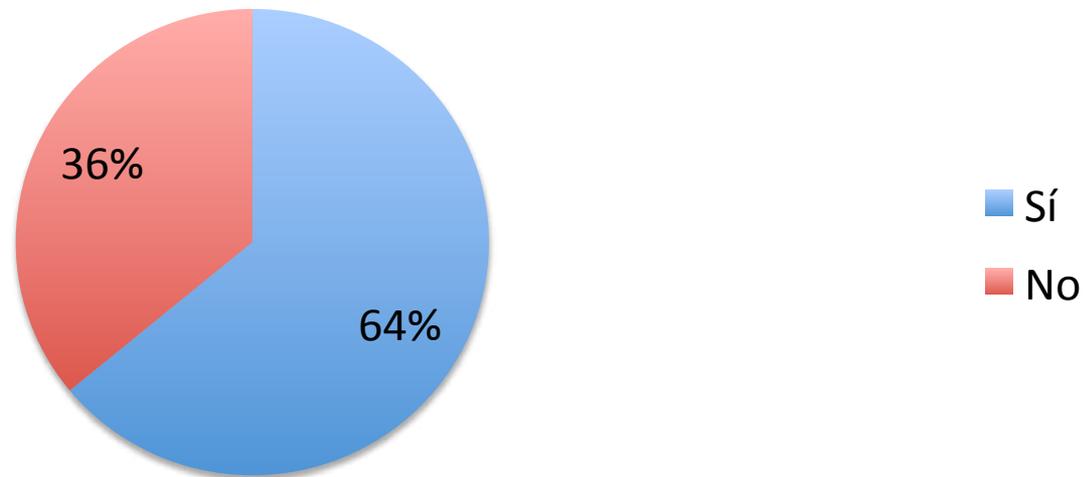
## ¿Al practicarte un examen ginecológico, el profesional de salud te preguntó tu orientación sexual?



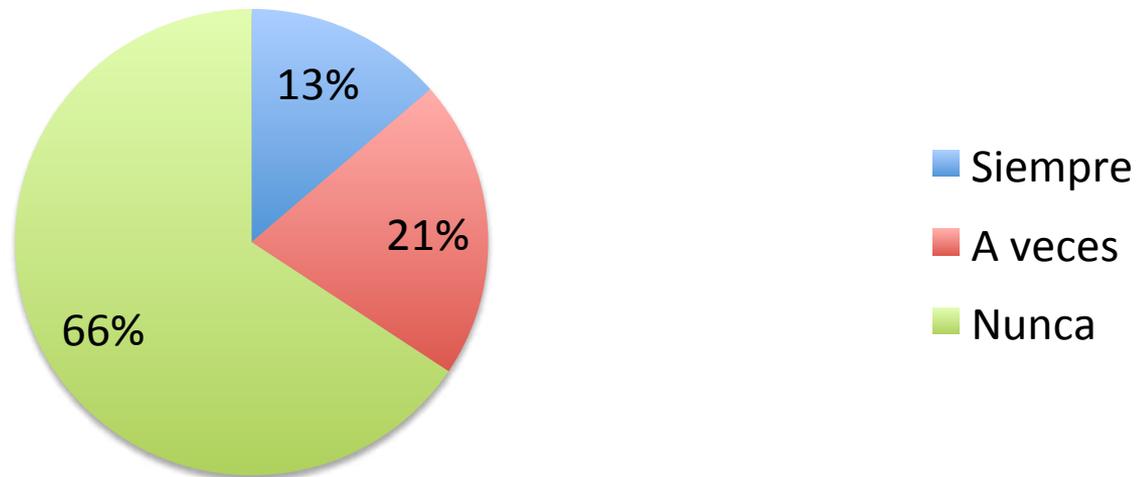
**¿Consideras que el personal de salud muestra sincero interés en resolver tus necesidades de salud como mujer lesbiana/ bisexual?**



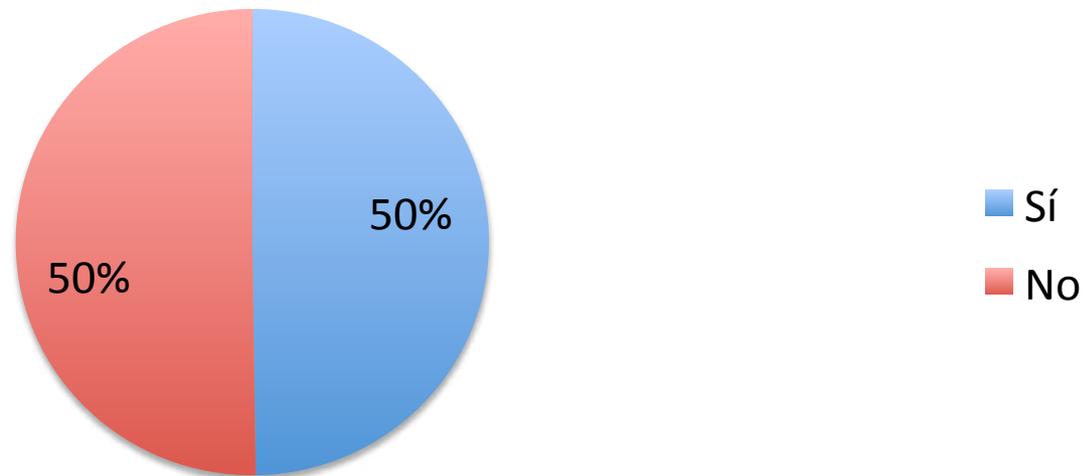
**¿Conoces cuáles son las barreras de protección ITS (infecciones de transmisión sexual) que debes usar para mantener relaciones sexuales con mujeres?**



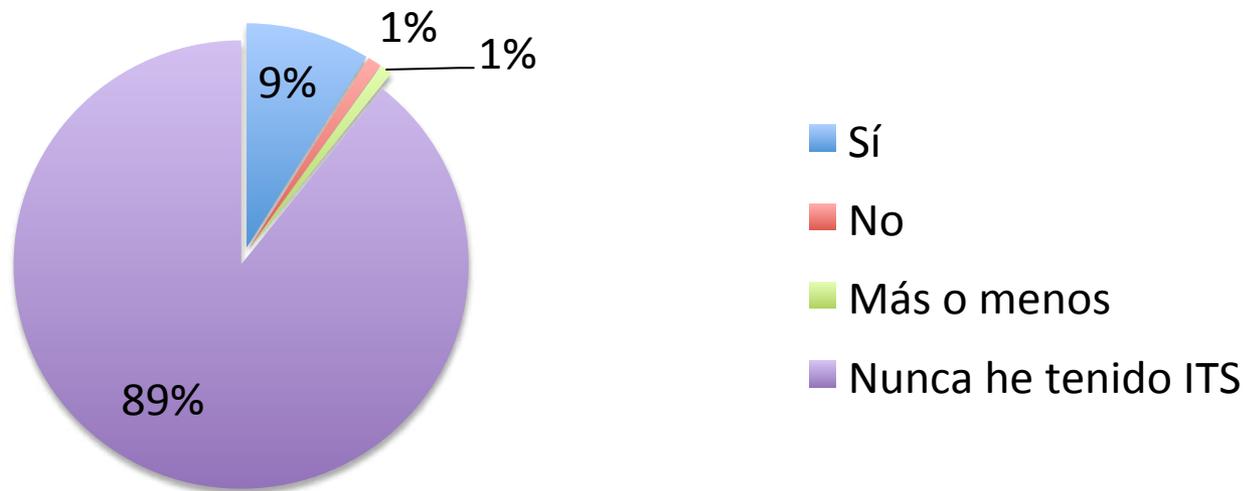
**¿Cuando tienes relaciones sexuales utilizas algún método de protección de ITS (infecciones de transmisión sexual)?**



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



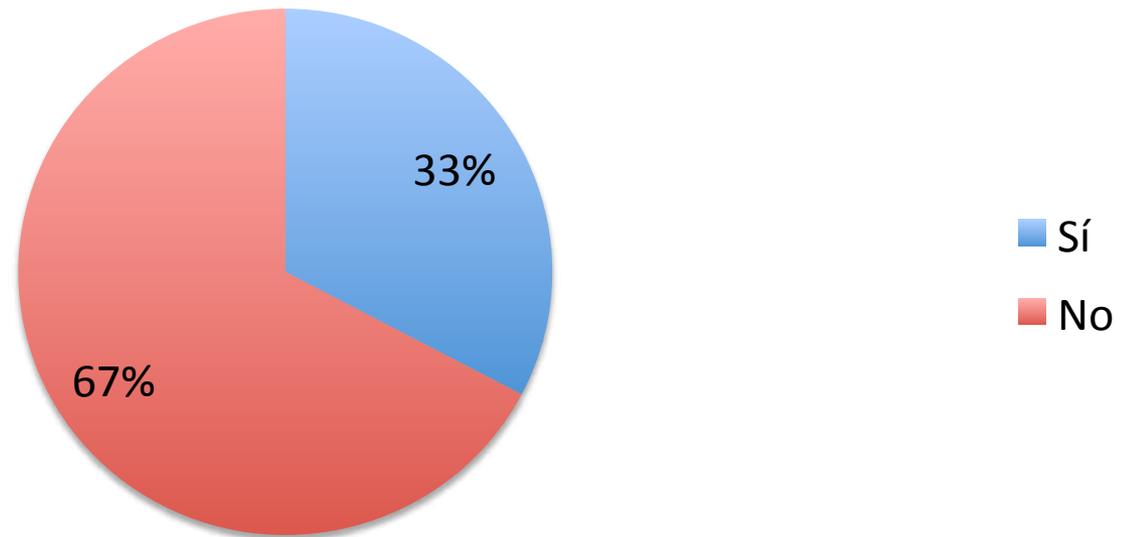
**En caso de haber padecido alguna ITS (infecciones de transmisión sexual) ¿seguiste las indicaciones médicas?**



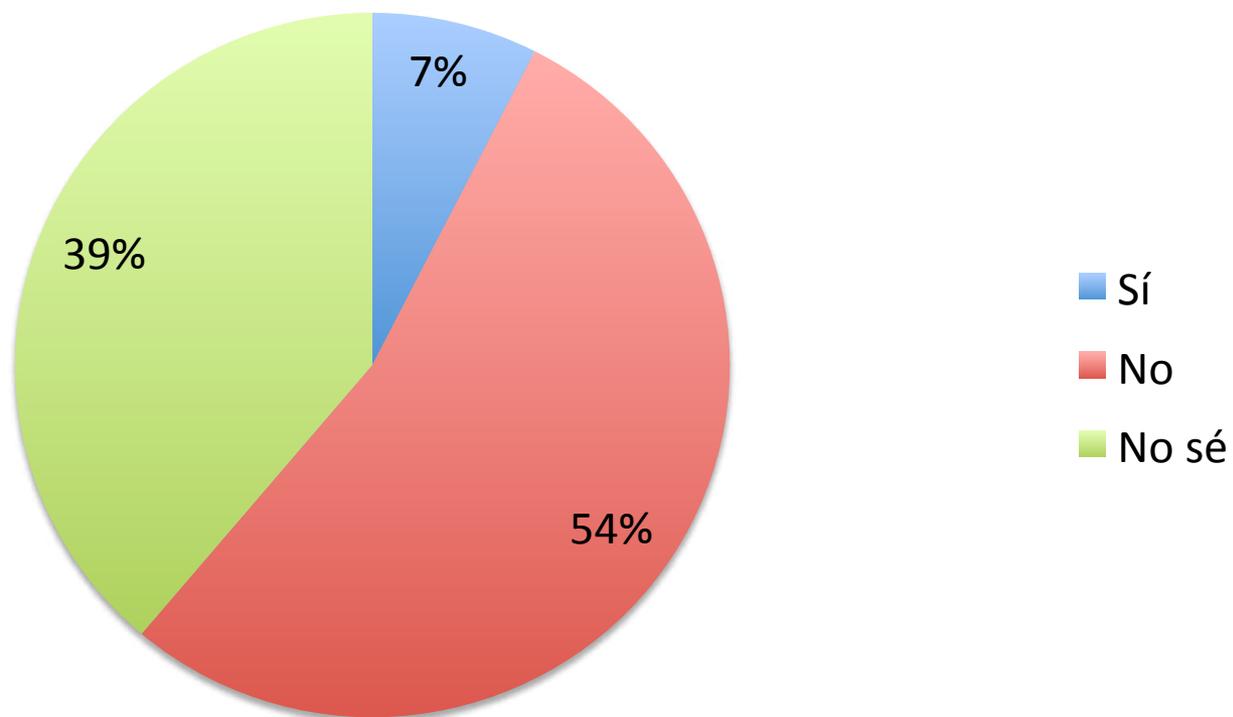
**¿Crees que existe información suficiente sobre métodos de protección de ITS (infecciones de transmisión sexual) para mujeres que tienen sexo con otras mujeres?**



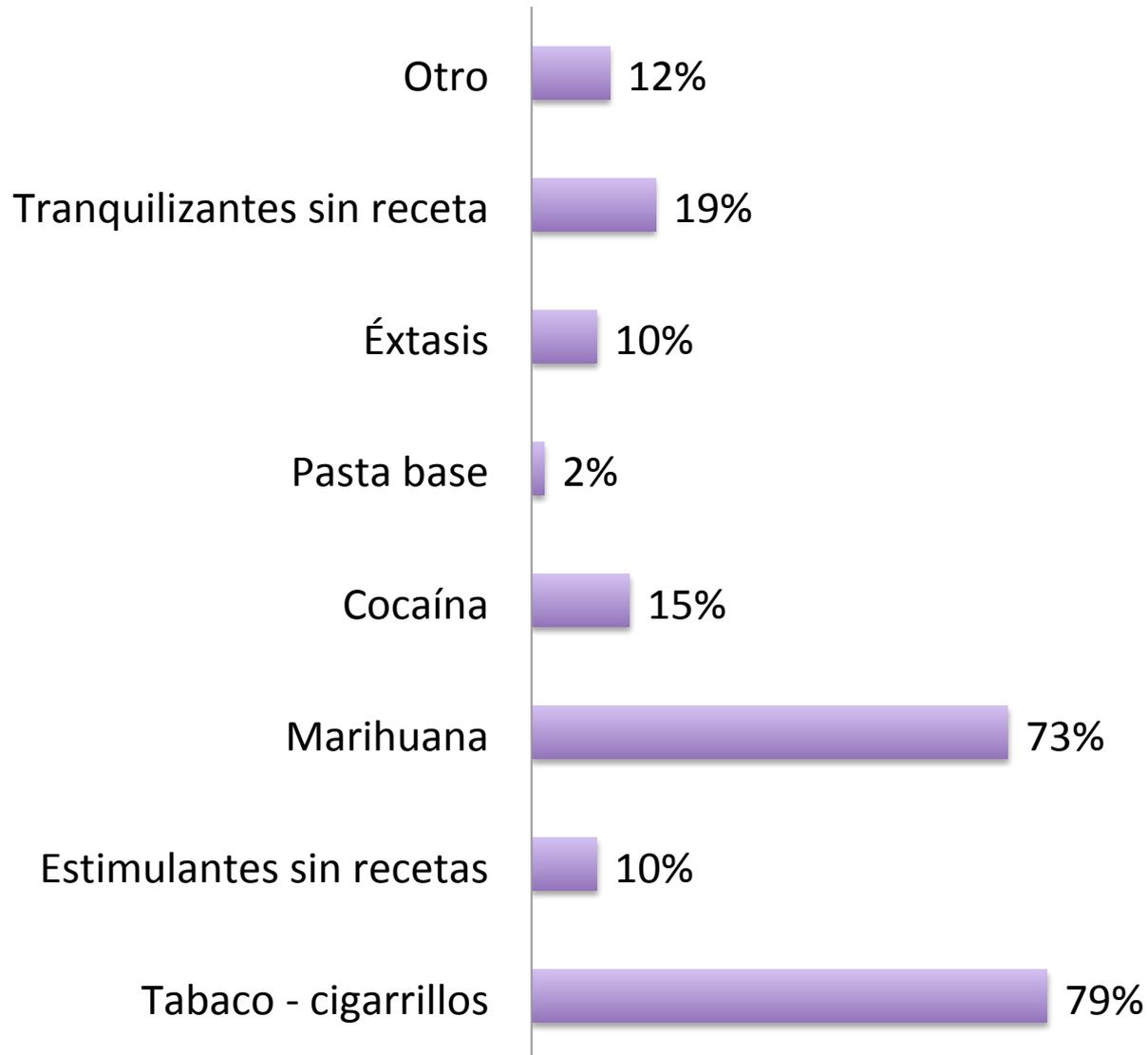
**¿Conoces centros de salud u organizaciones que entreguen métodos de protección gratuitos?**



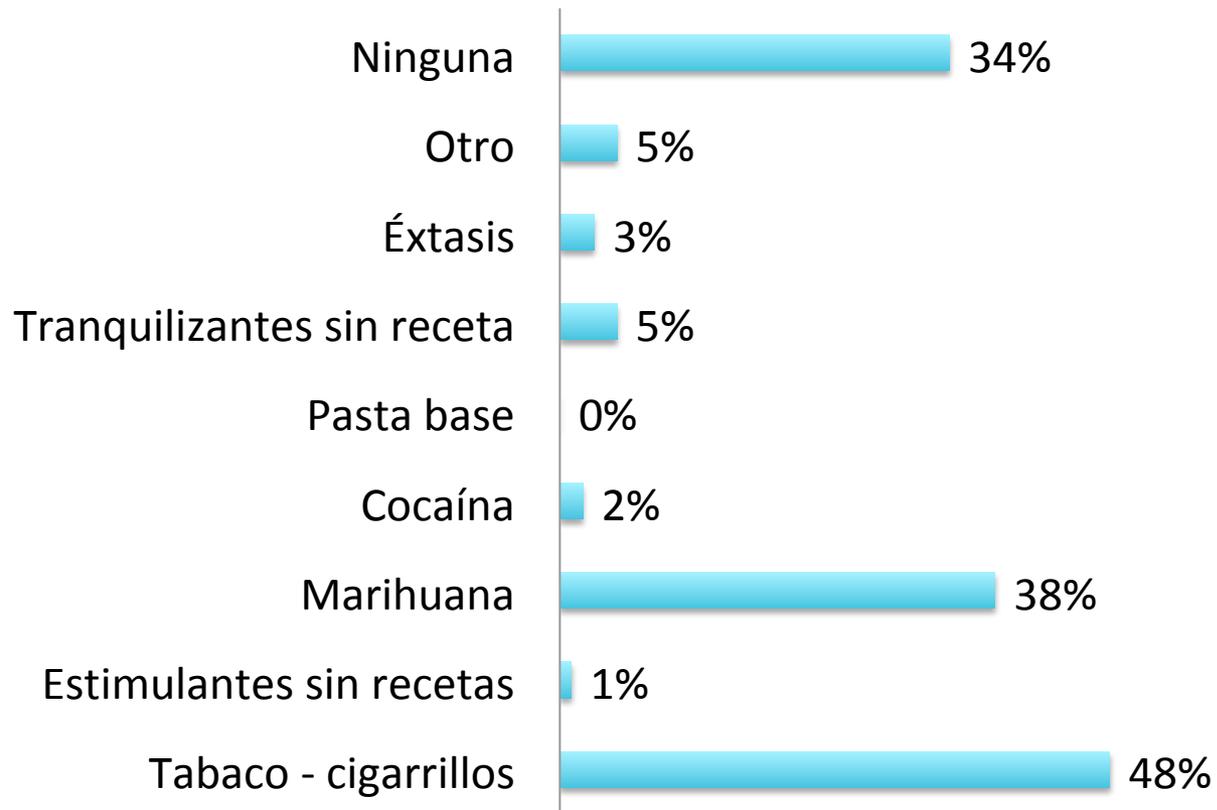
## ¿Sientes que el personal de salud está capacitado para efectuar atención a personas LGTBIQ+?



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



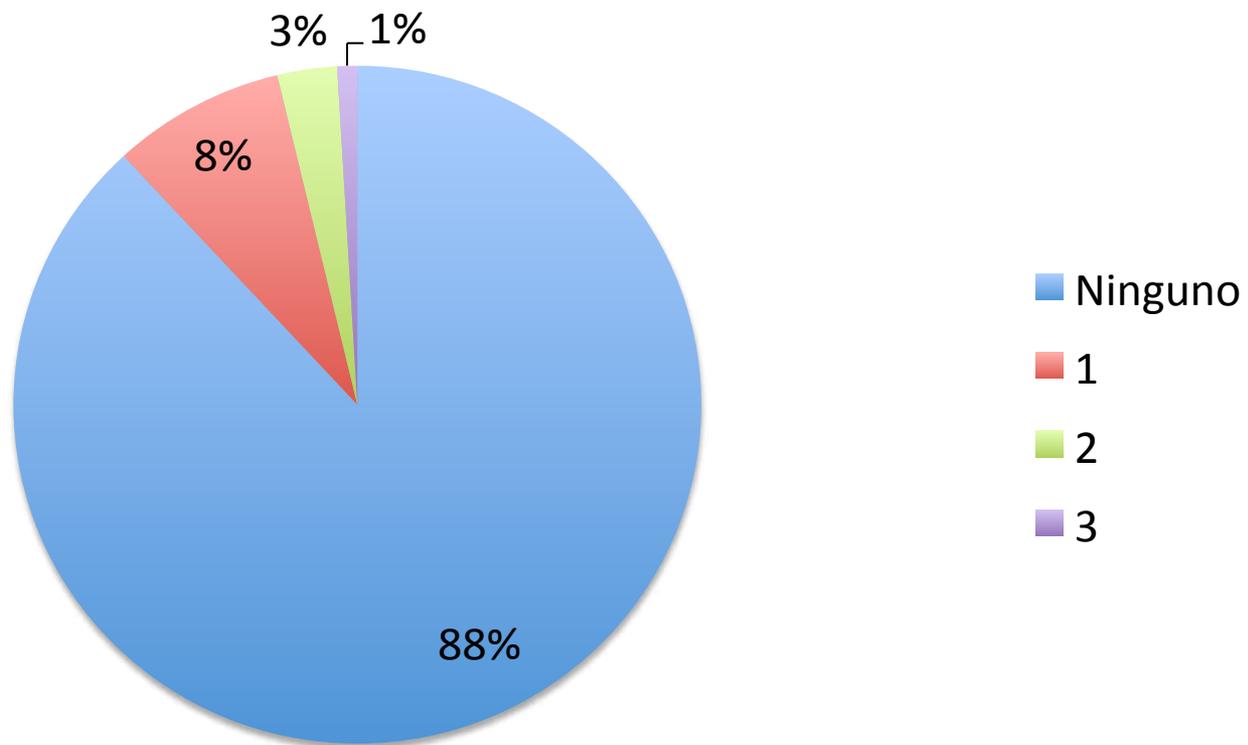
## ¿Cuál/es de estas sustancias consumiste el último mes?



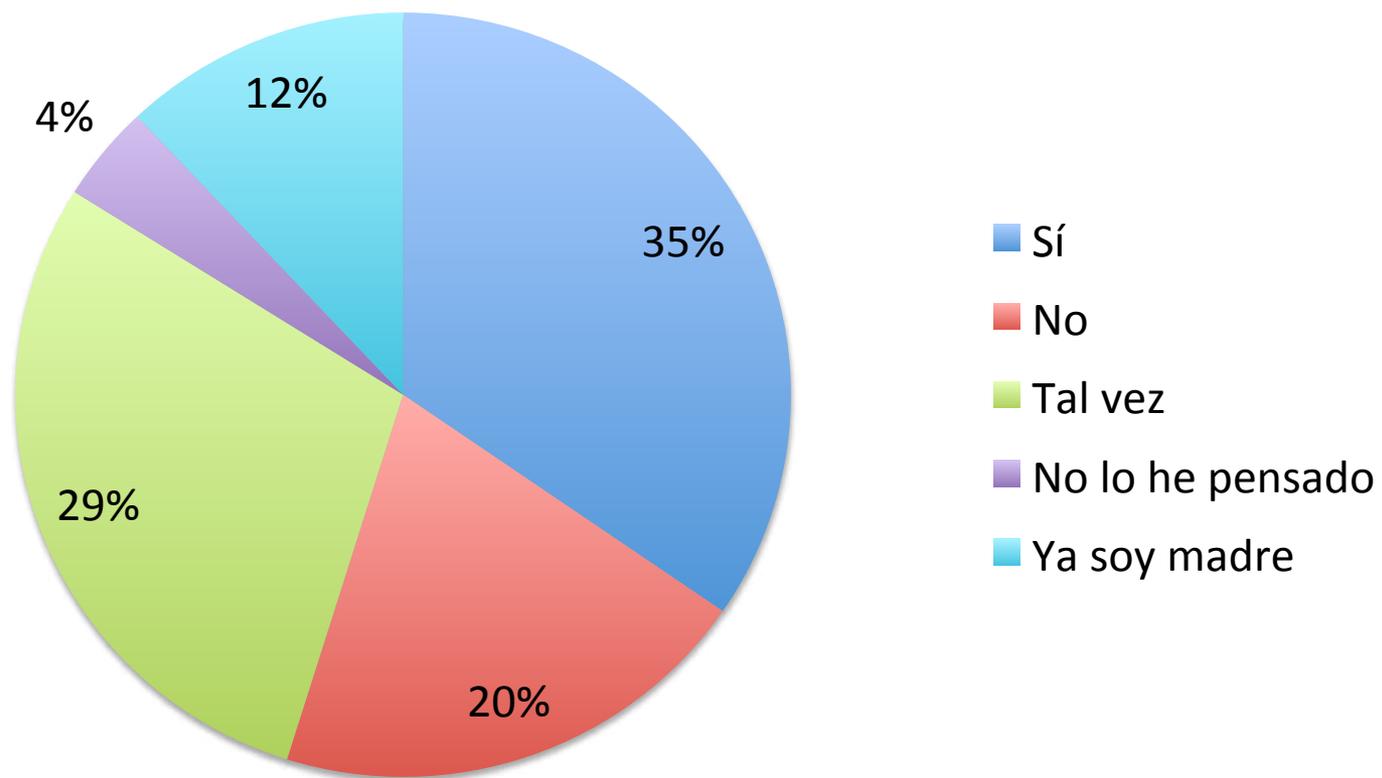
A photograph of a woman holding a baby, overlaid with a purple-to-pink gradient. The text 'LESBOPARENTALIDAD' is centered in a white rounded rectangle.

**LESBOPARENTALIDAD**

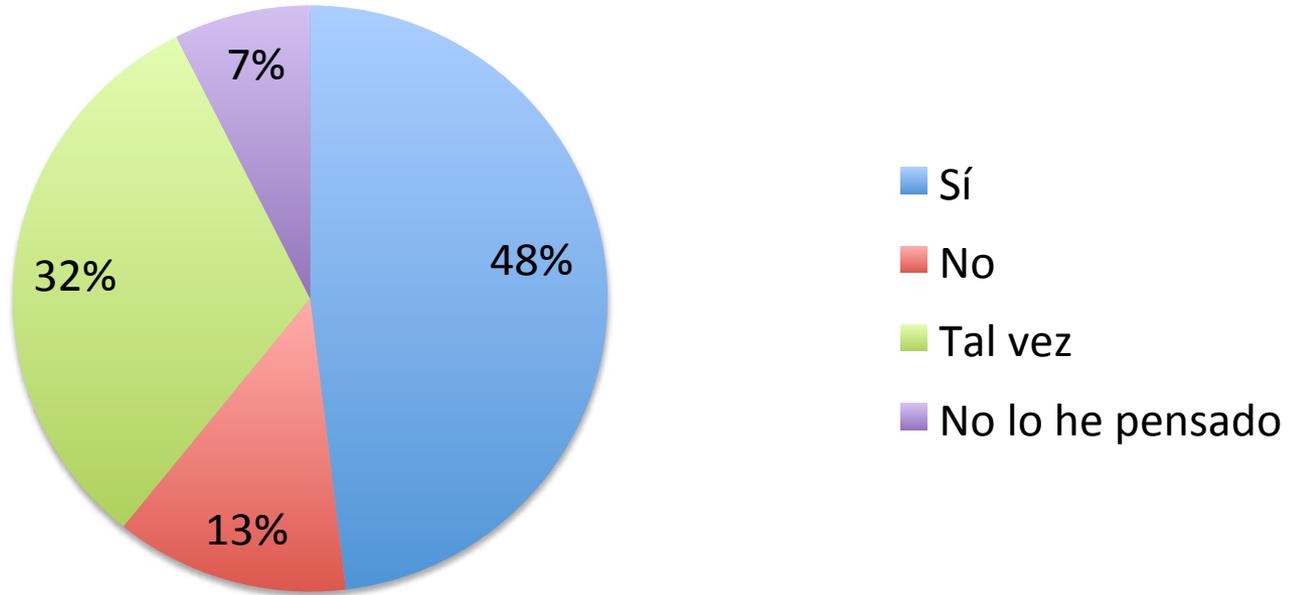
## ¿Cuántos hijos(as) tienes?



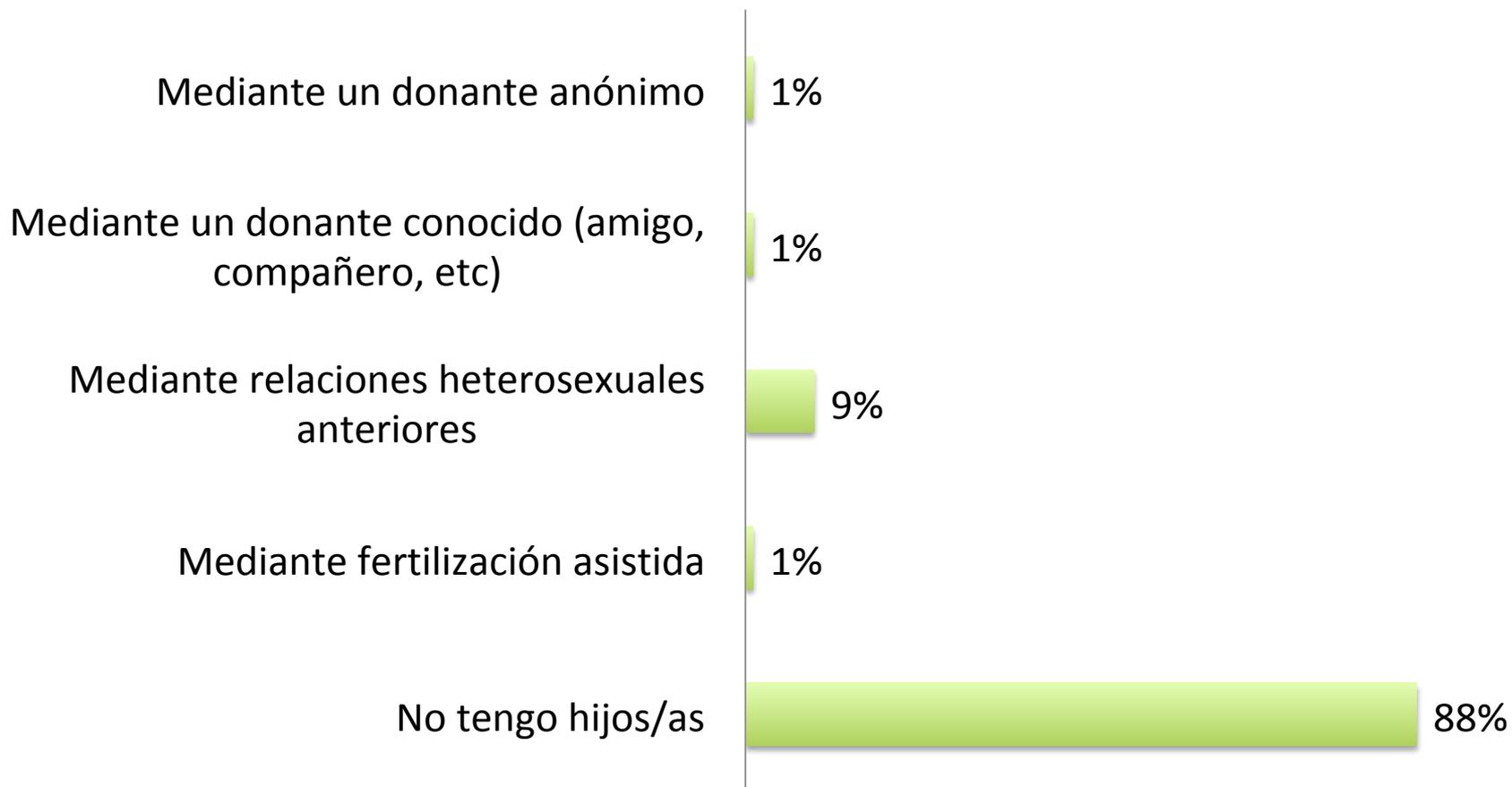
## ¿Quieres ser madre?



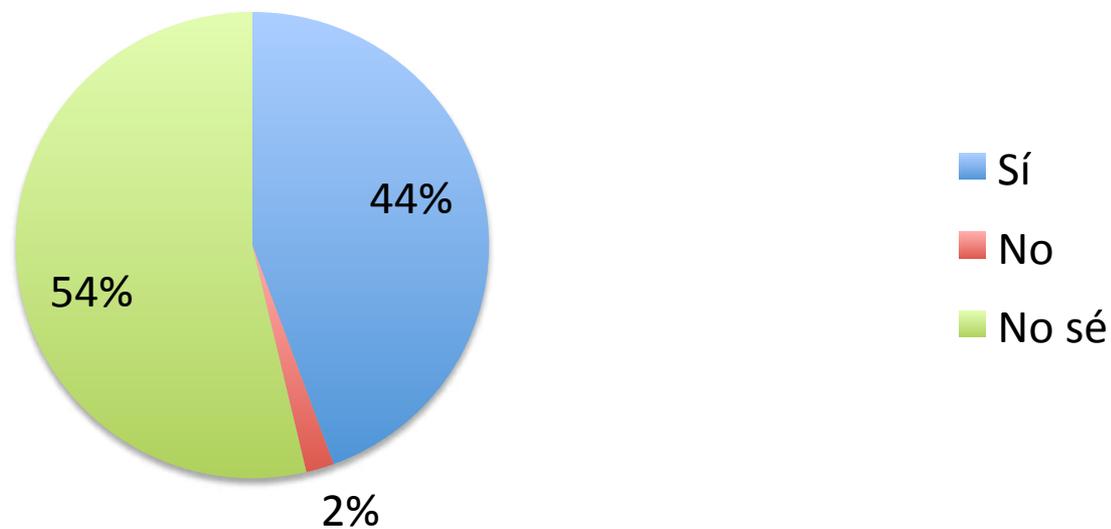
## ¿Te gustaría adoptar a un/a niño/a?



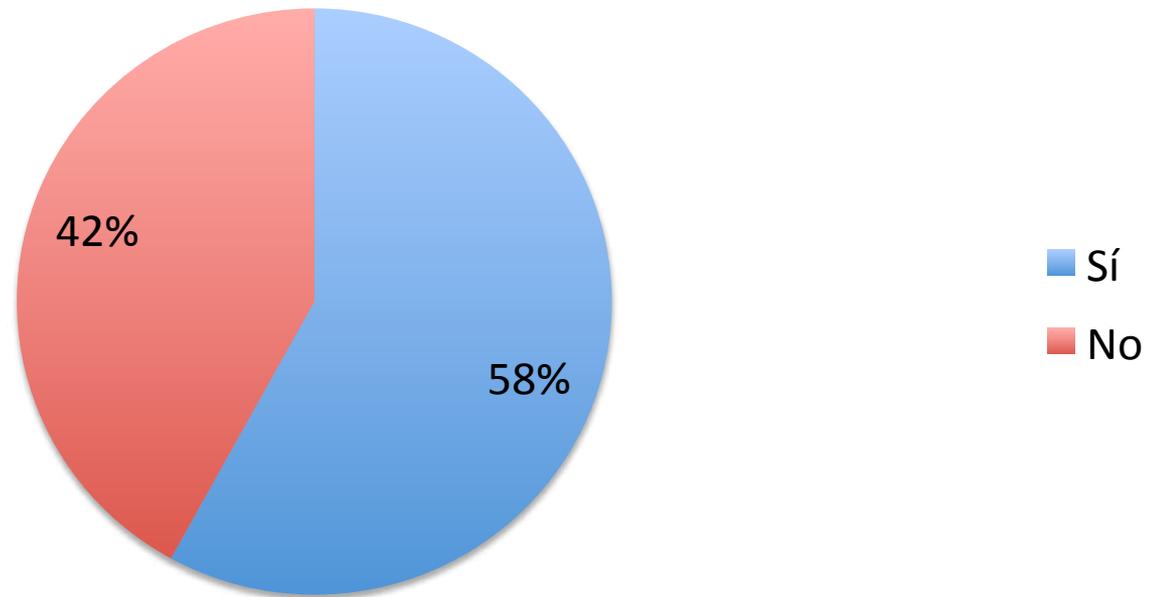
## ¿Cómo llegaron tus hijos/as a tu familia?



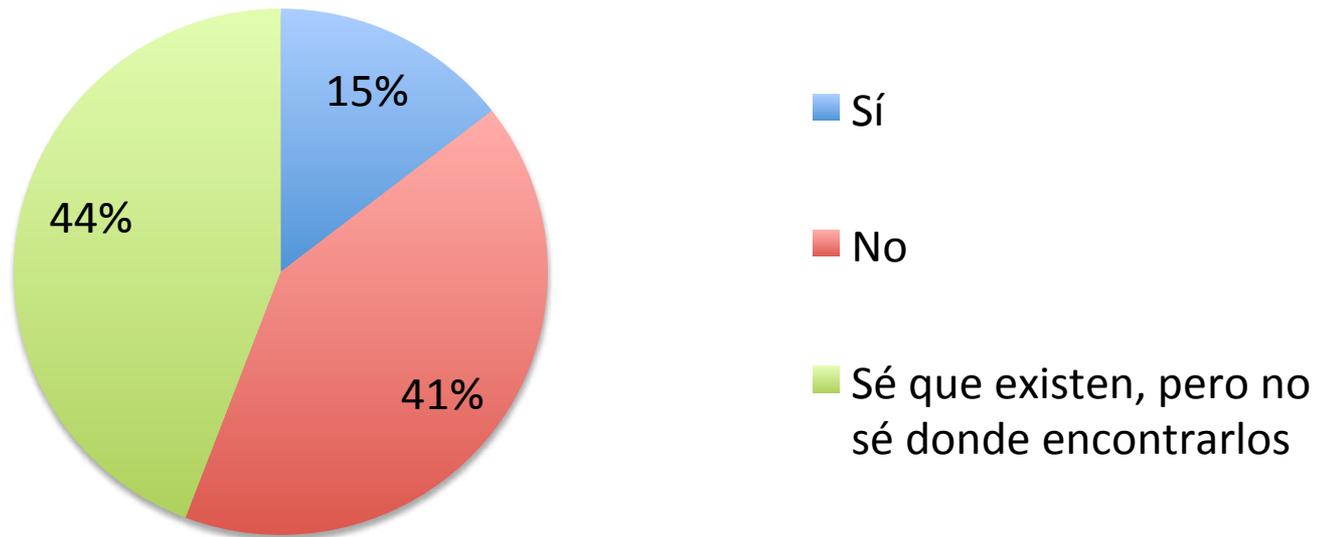
**¿Crees que el programa de FONASA sobre fertilización asistida discrimina a mujeres lesbianas / bisexuales?**



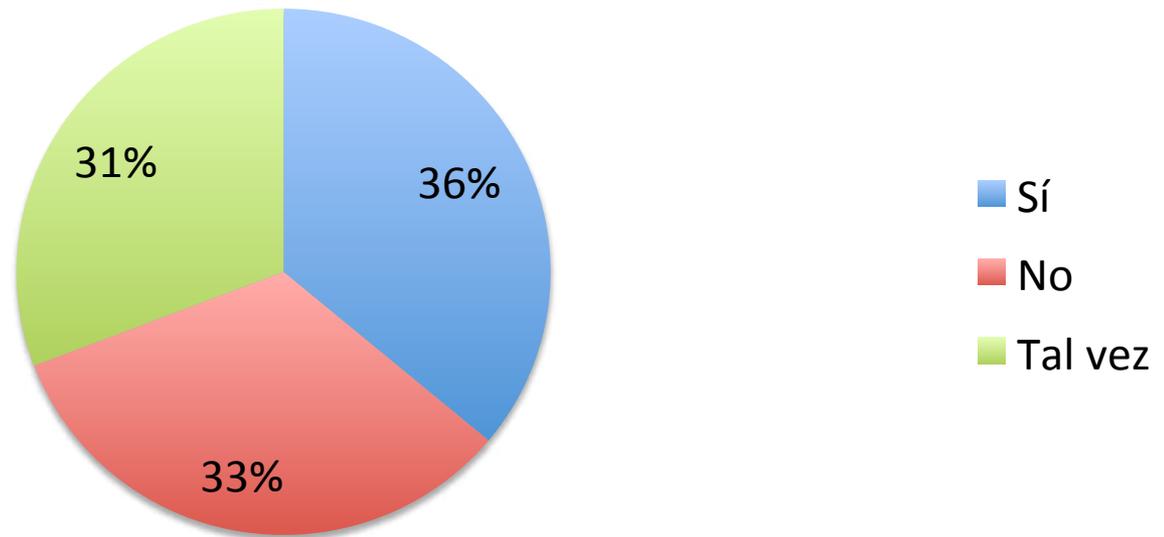
## ¿Conoces métodos de fertilización asistida?



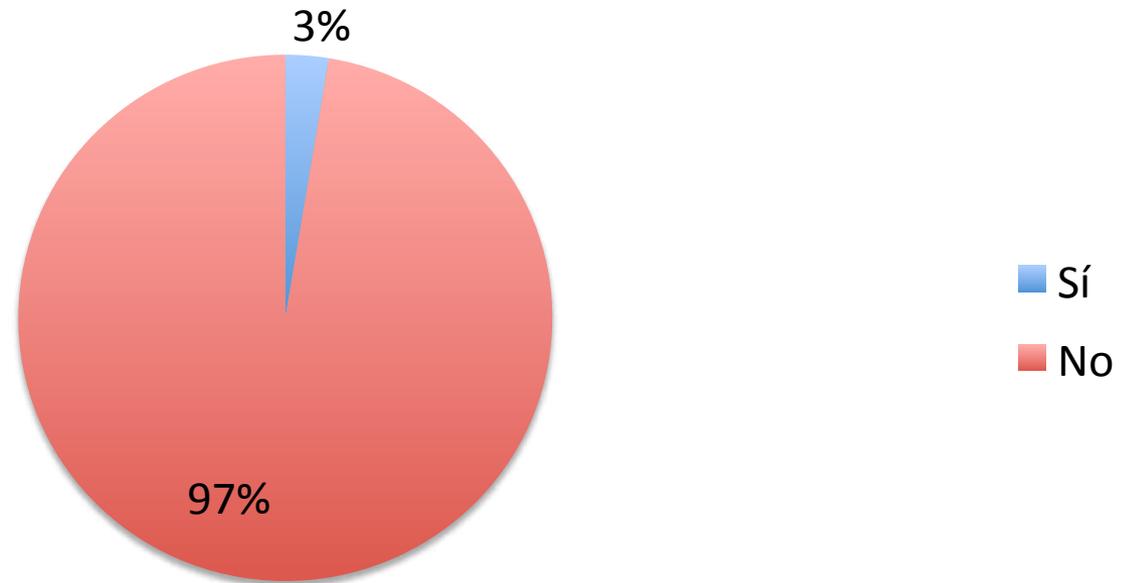
## ¿Conoces centros privados que en Chile efectúen fertilización asistida a parejas de mujeres?



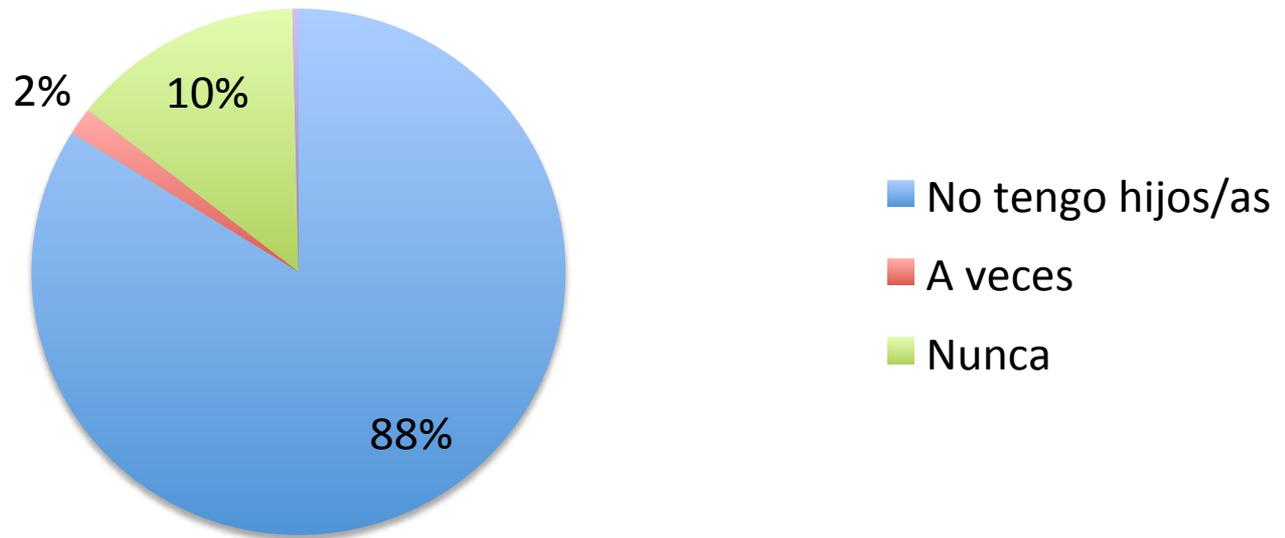
## ¿Te efectuarías algún método de fertilización asistida?



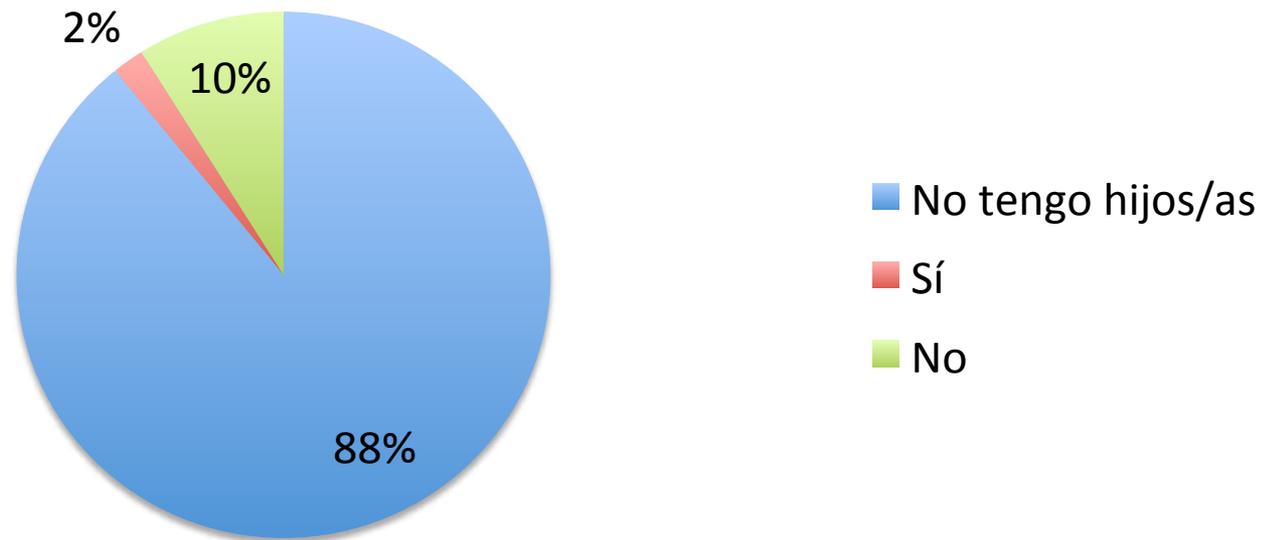
## ¿Te efectuaste alguna vez un procedimiento de fertilización asistida?



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



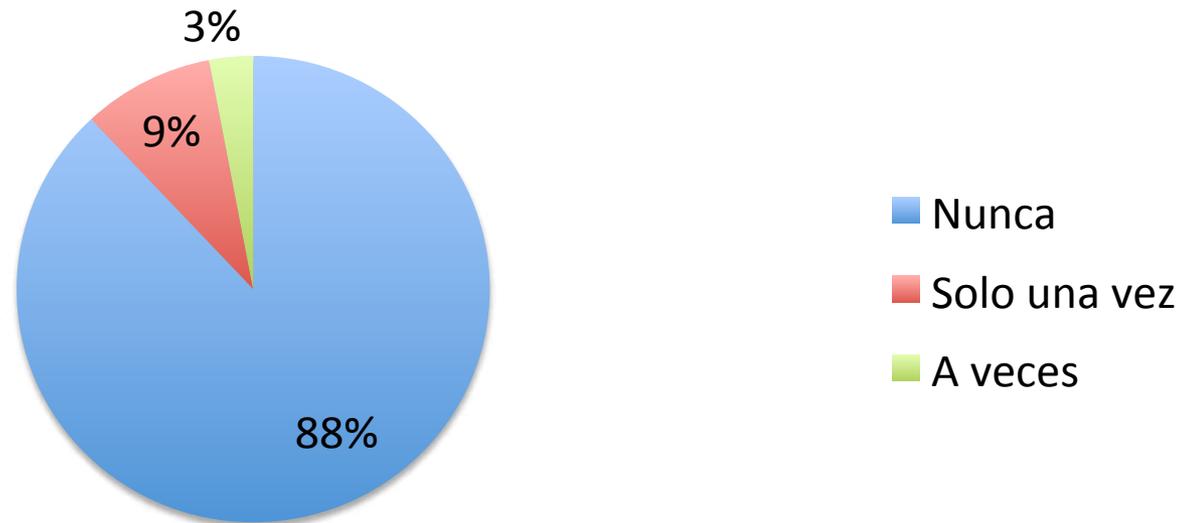
## El tener hijo/as, ¿te ha dificultado encontrar una pareja del mismo sexo?



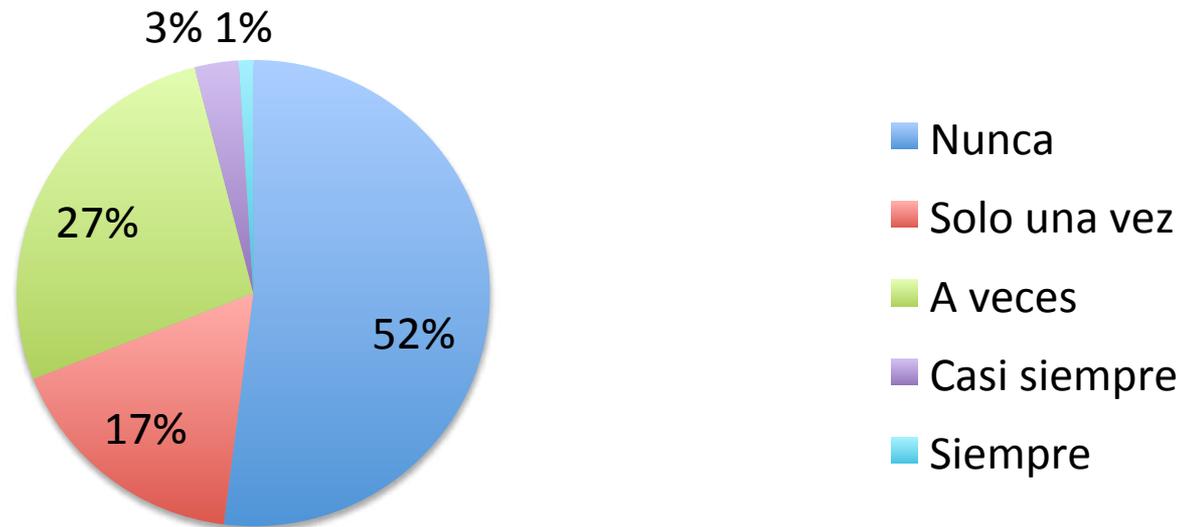


**VIOLENCIA ENTRE  
PAREJAS DEL MISMO SEXO**

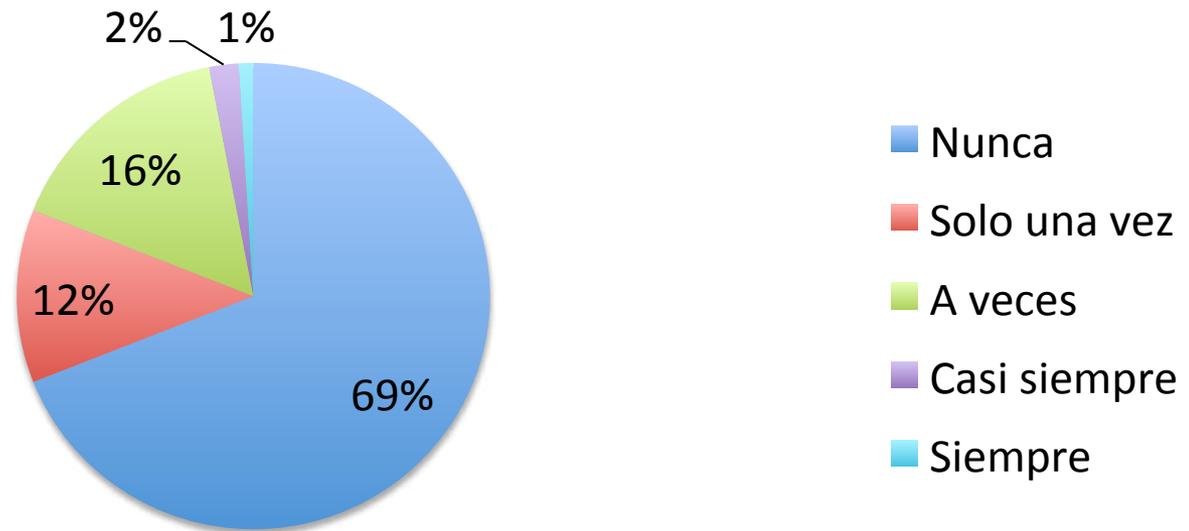
**¿Alguna de tus pasadas o actual pareja te chantajeó con revelar tu orientación sexual si no hacías lo que ella decía?**



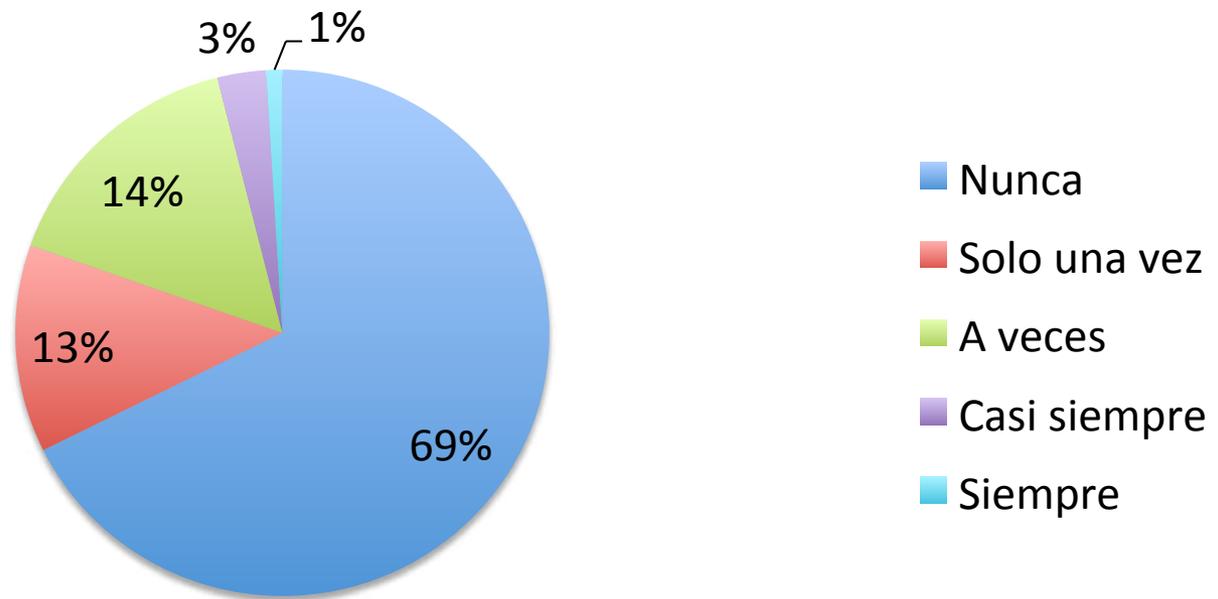
**¿Alguna de tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te insultó utilizando groserías o lenguaje ofensivo?**



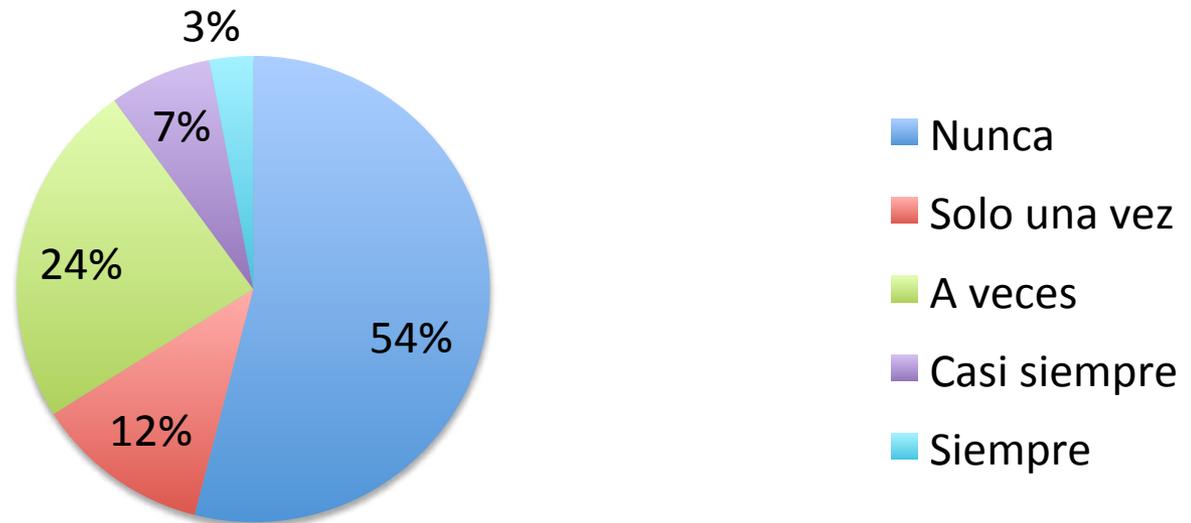
**¿Alguna de tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te humilló en frente de otras personas?  
(familia, amigos/as, calle, trabajo, etc...)**



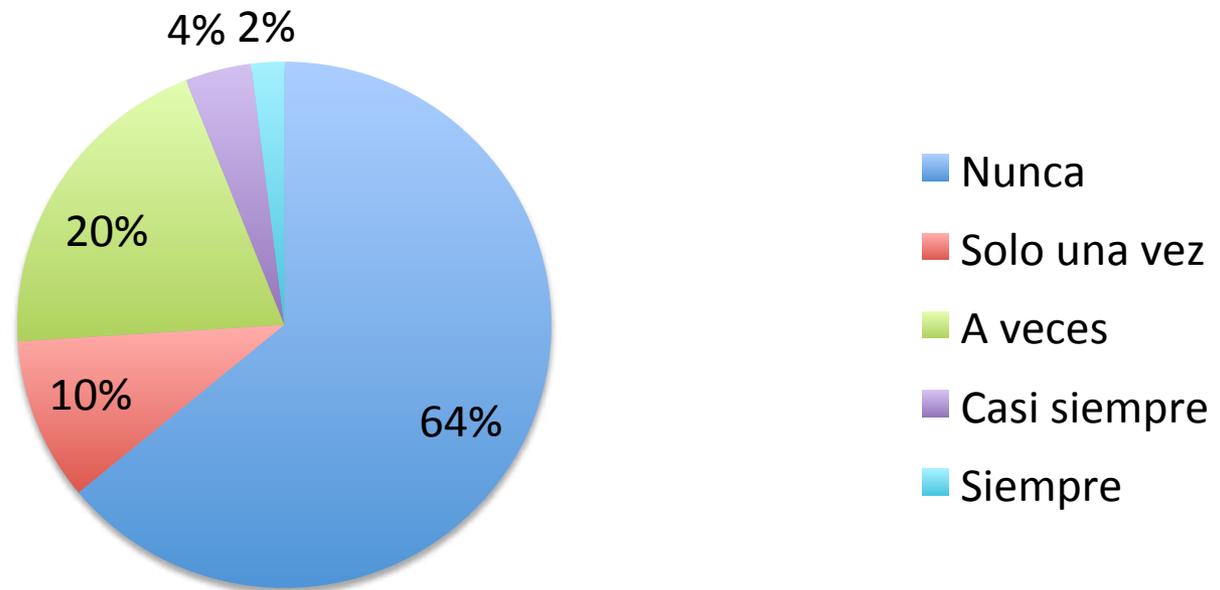
## ¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo intentó controlar como te vestes?



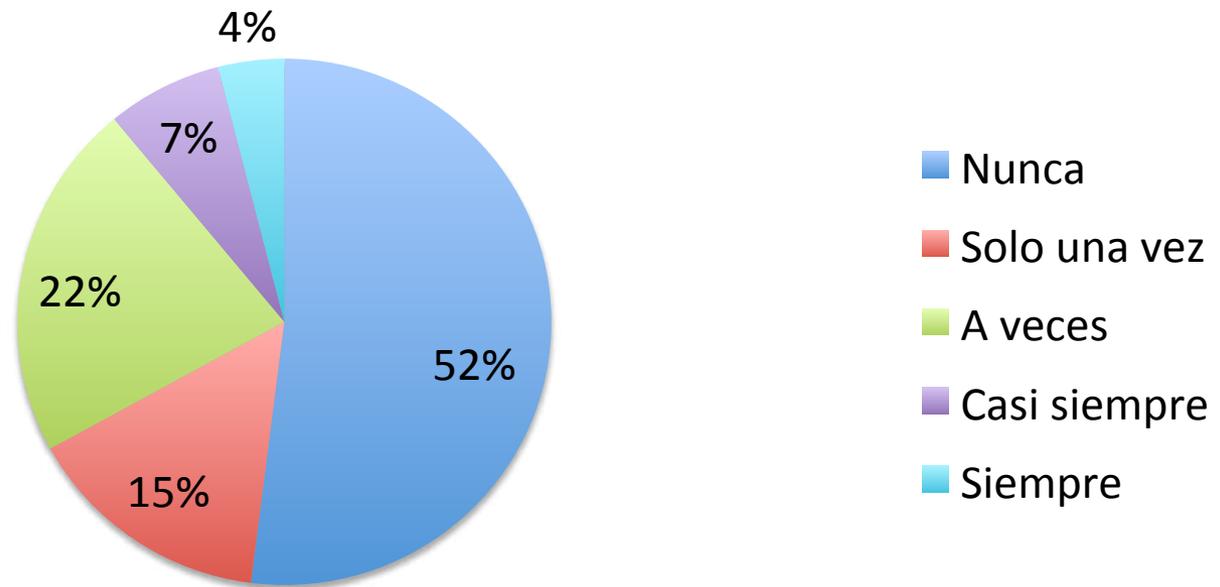
**¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo  
impidió que te juntaras con amigos/as o  
conocidos/as?**



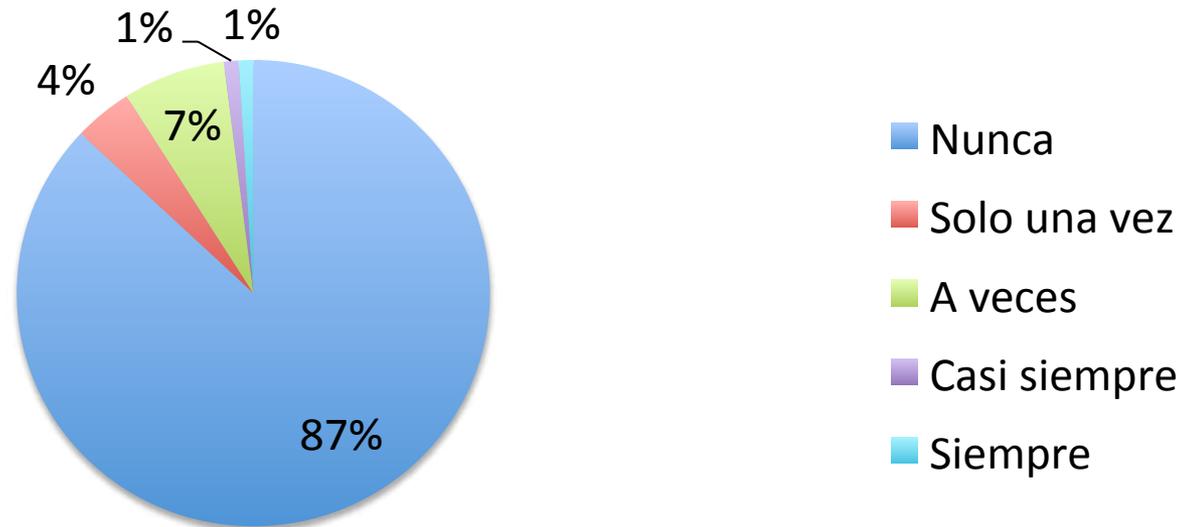
## ¿Tu pasada o actual pareja del mismo sexo te impidió ir a alguna fiesta o actividad recreativa?



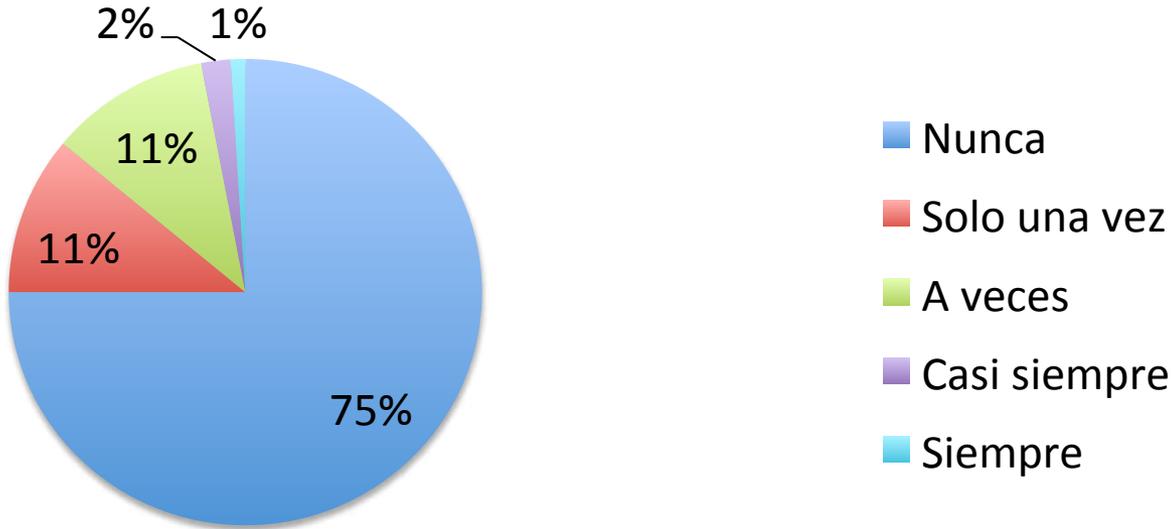
## ¿Tu pasada o actual pareja del mismo sexo revisó tu celular como forma de control?



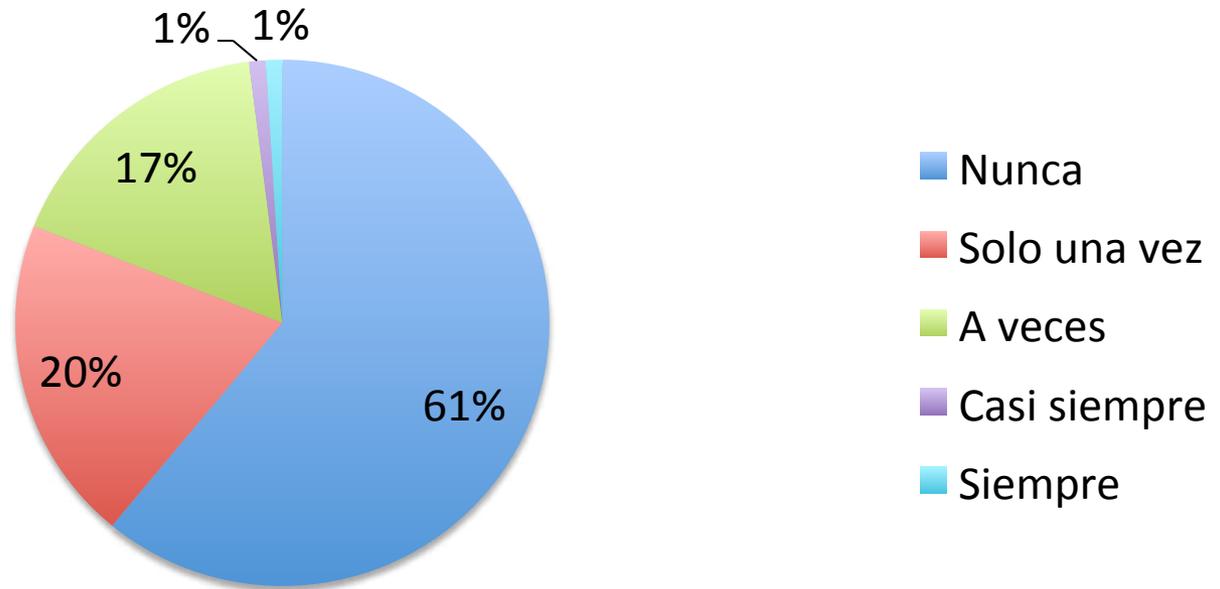
**¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo controló tu ingreso económico y/o te sugirió que dejaras de trabajar?**



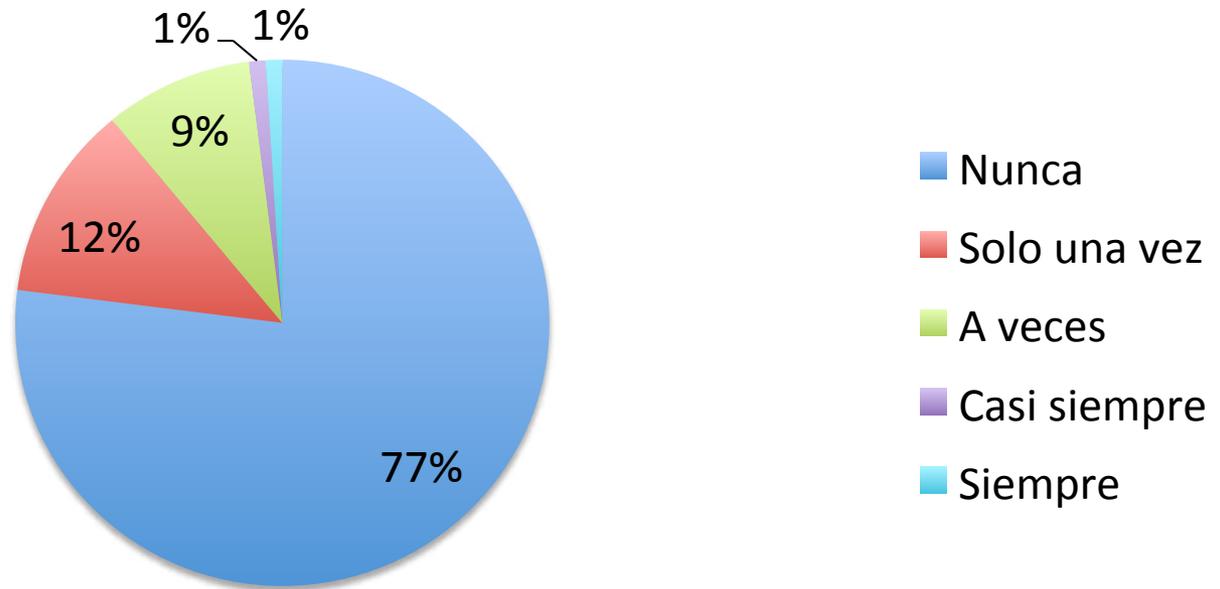
**¿Tu pasada o actual parejas del mismo sexo te amenazó con herirte, lastimarse a ella misma o alguna persona/mascota, importante en tu vida?**



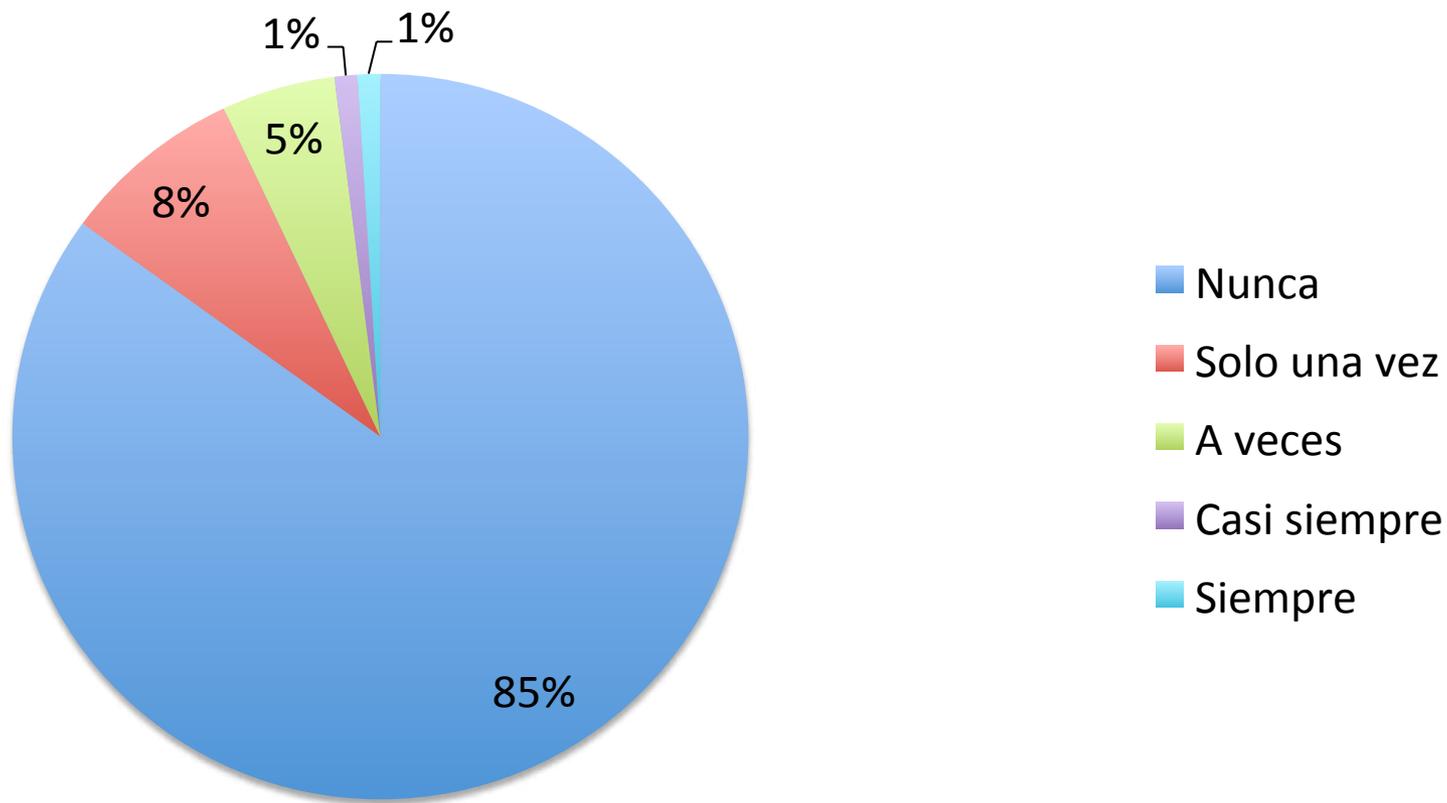
## ¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te ha empujado?



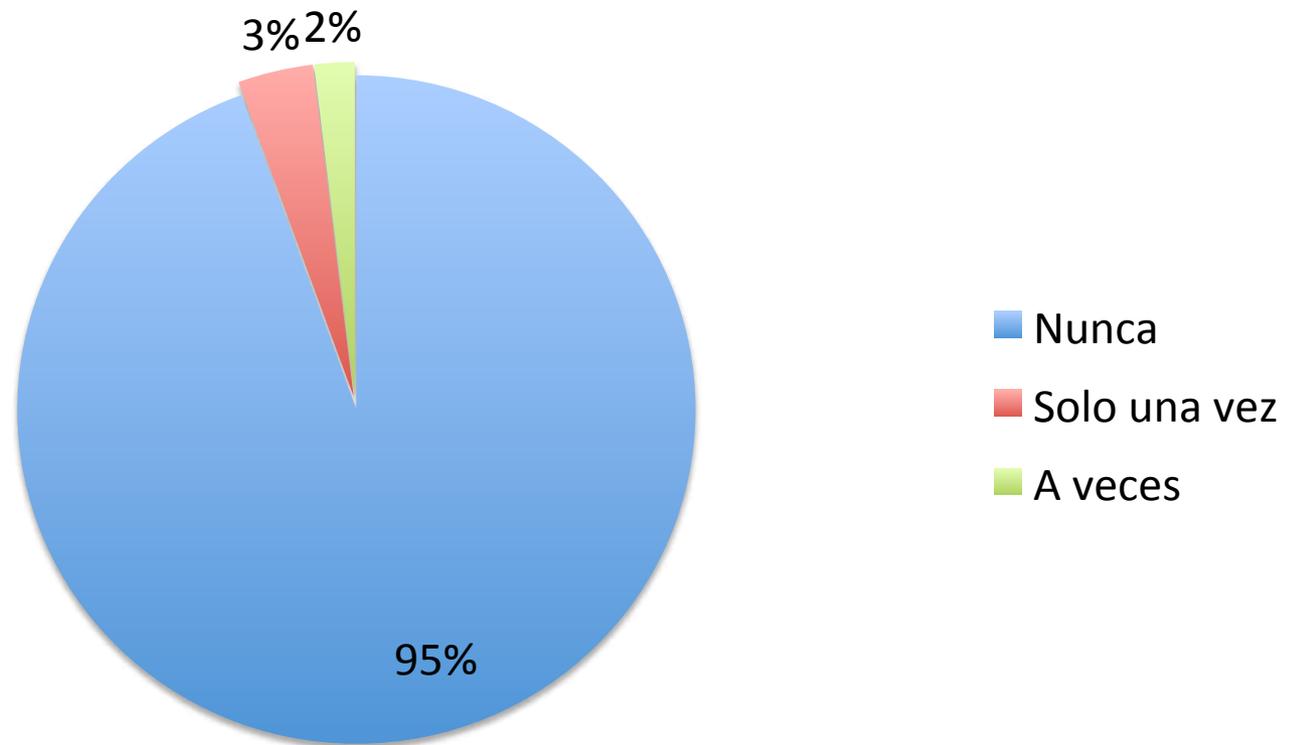
## ¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te abofeteó o tiró el cabello?



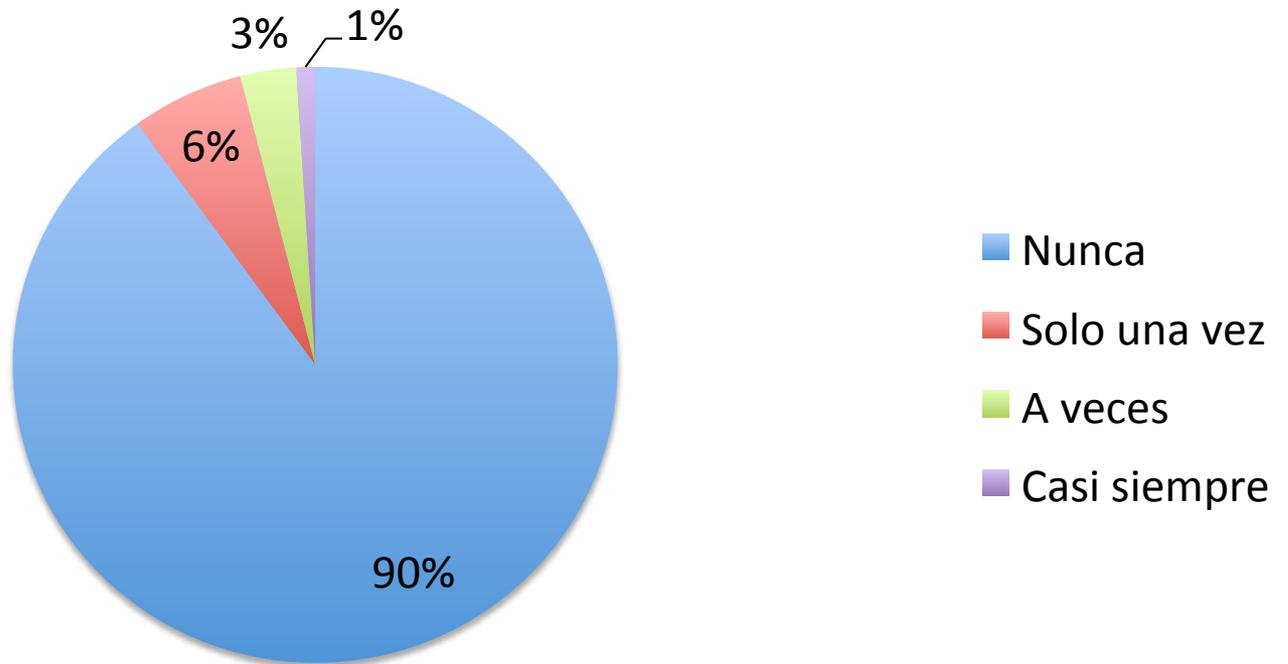
## ¿Tu pasada o actual pareja del mismo sexo te golpeó con puños y/o patadas?



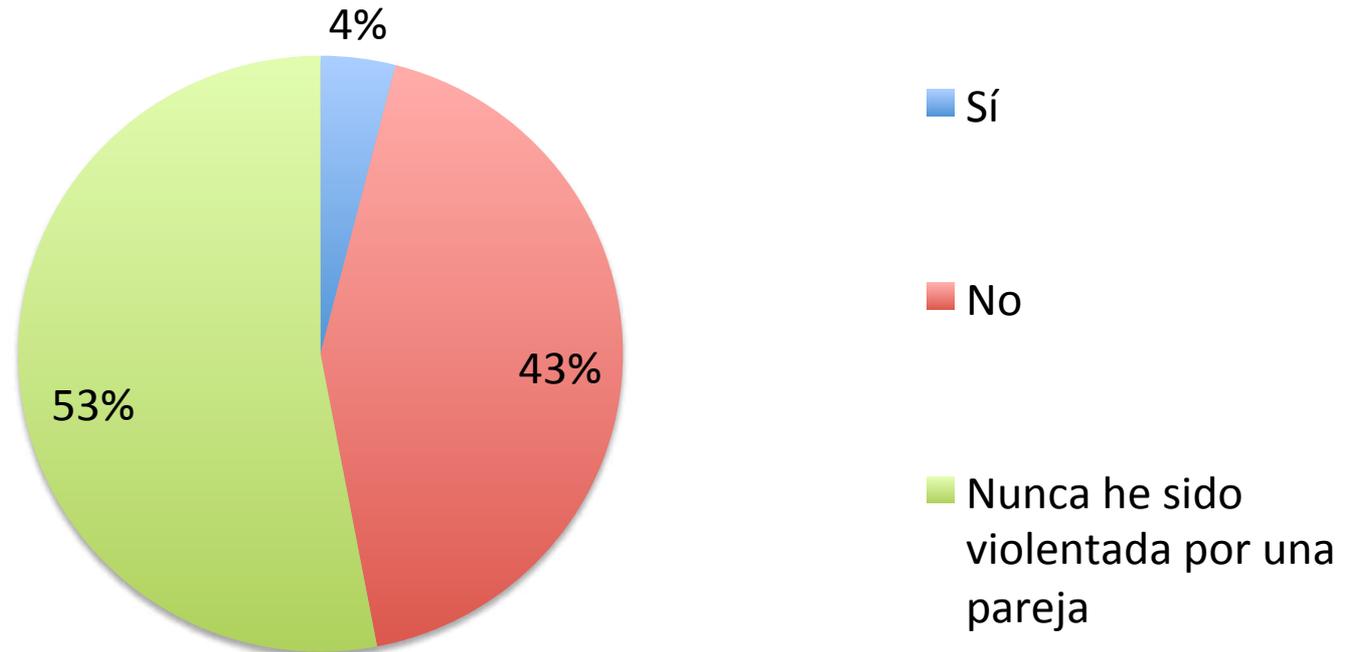
**¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te amenazó con algún tipo de arma (cuchillo, arma de fuego, objeto contundente)?**



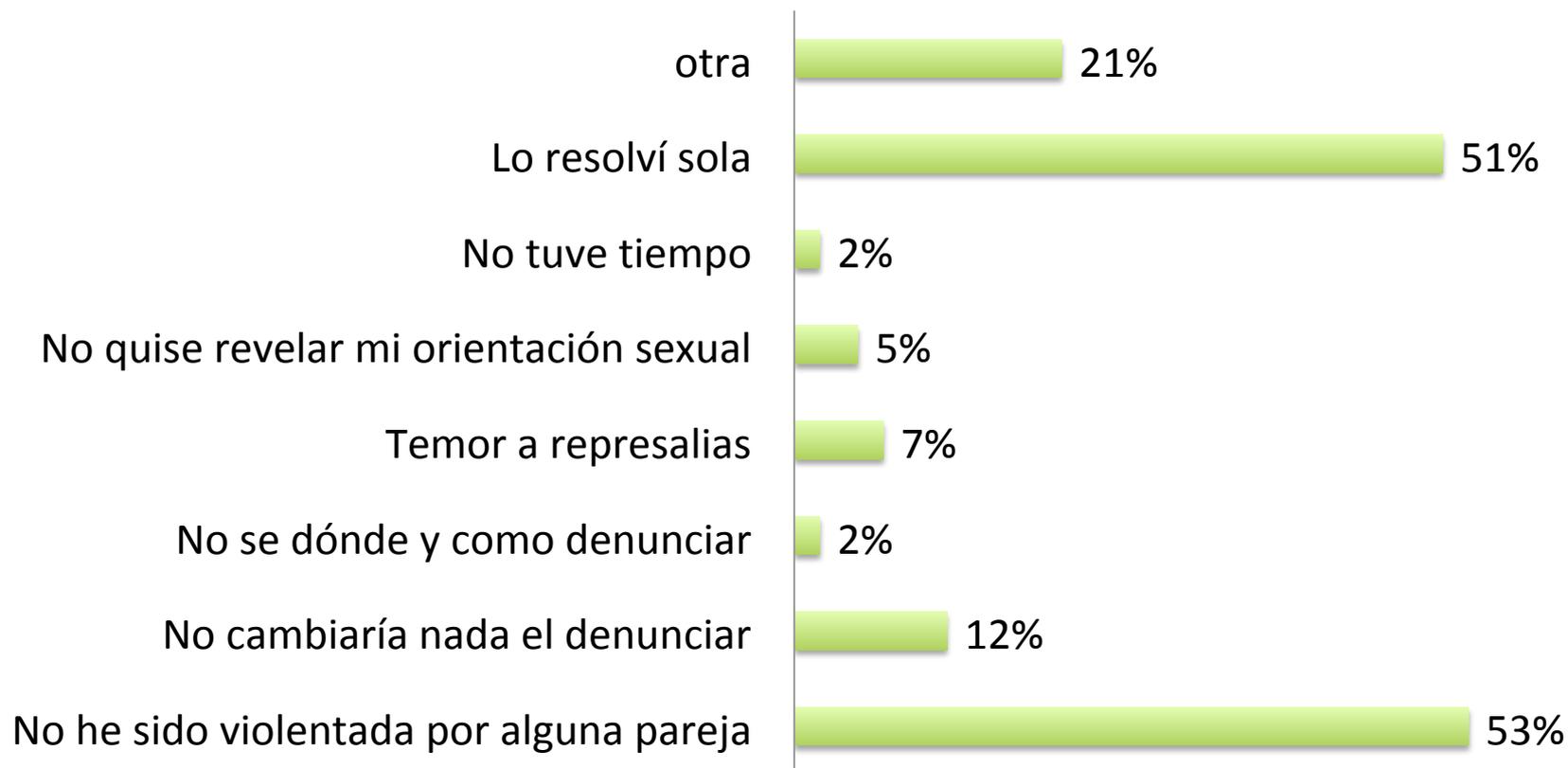
**¿Tus pasadas o actual pareja del mismo sexo te forzó a mantener relaciones sexuales (de cualquier tipo) ?**



## ¿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*