



CUESTIONARIO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN LAS ELECCIONES

Este cuestionario es del Instituto Electoral y de Participación Ciudadana de Yucatán (IEPAC).



Queremos conocer su opinión sobre cómo pueden participar mejor las personas con discapacidad en las elecciones de Yucatán.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solo queremos saber lo que usted piensa.

Puede responder solo o con ayuda de otra persona.

Para responder, marque con una X dentro del cuadro. Ejemplo: ☒ **Sí**

Si se equivoca, rellene el cuadro y marque de nuevo la opción correcta, o pida ayuda. Ejemplo: ☒ **Sí** ☒ **No**

AVISO DE PRIVACIDAD

Sus datos personales están protegidos. 

El IEPAC solo usará sus datos para este estudio.

La sección de datos de contacto es opcional. Puede dejarla en blanco si no desea compartir esta información.





DATOS DE CONTACTO

Nombre completo:

Mi género:

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario

☐ Otro. ¿Cuál?

Teléfono de contacto:

¿Es su teléfono? ☐ Sí ☐ No

Si no es su teléfono, ¿de quién es? (Por ejemplo: de mi mamá, de mi hermano):

¿Ese teléfono tiene WhatsApp? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico:

¿Es su correo? ☐ Sí ☐ No

Si no es su correo, ¿de quién es?:





INFORMACIÓN GENERAL SOBRE USTED

Estas preguntas nos ayudan a conocer quién responde el cuestionario.

1. ¿Usted tiene una discapacidad permanente?

☐ Sí ☐ No

1.1. Si contestó "Sí": ¿Qué tipo de discapacidad tiene? Puede marcar una o varias opciones.

☐ Motriz (dificultad para moverse) 

☐ Auditiva (dificultad para oír) 

☐ Visual (dificultad para ver) 

☐ Intelectual 

☐ Psicosocial 

☐ Persona de talla baja 

☐ Otra. ¿Cuál?

1.2. ¿Alguien le ayuda a responder este cuestionario?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Tiene un familiar con discapacidad permanente?

☐ Sí ☐ No



2.1. Si contestó "Sí": ¿Qué tipo de discapacidad tiene su familiar?

Puede marcar una o varias opciones.

☐ Motriz ☐ Auditiva ☐ Visual

☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☐ Neurodivergencia

☐ Persona de talla baja ☐ Otra. ¿Cuál?

3. ¿Usted forma parte de una asociación de personas con discapacidad, como integrante o como representante?

☐ Sí ☐ No

3.1. Si contestó "Sí": ¿Cómo se llama la asociación?

4. ¿Usted trabaja o es activista en temas de discapacidad?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Usted es especialista en temas de discapacidad?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Usted cuida a una persona con discapacidad?

☐ Sí ☐ No



BLOQUE 1. SU EXPERIENCIA EN LA ELECCIÓN PASADA (2023-2024)

1.1. En la elección pasada (2023-2024), ¿usted supo de alguna candidatura de una persona con discapacidad para diputación o para el ayuntamiento?

☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo

1.2. Desde su experiencia, ¿cuáles fueron los principales problemas de las candidaturas de personas con discapacidad en la elección pasada? Puede marcar varias opciones.

- ☐ Faltó información sobre cómo ser candidato o candidata.
- ☐ Pedían documentos médicos muy difíciles de conseguir.
- ☐ Pedían documentos muy fáciles, y eso permitió que los usaran personas sin discapacidad.
- ☐ Los partidos políticos no dieron apoyo.
- ☐ Hubo discriminación dentro de los partidos políticos.
- ☐ Fue difícil conseguir el certificado oficial de discapacidad permanente.
- ☐ Hubo poca información en formatos accesibles (Braille, Lengua de Señas Mexicana, Lectura Fácil).





☐ Las leyes o las reglas pueden hacer que una persona pierda su pensión o apoyo por discapacidad si es candidata o tiene un cargo público.

☐ No sé / No recuerdo

☐ Otro. ¿Cuál?

**1.3. ¿Qué se puede mejorar para la próxima elección (2026-2027)?
Puede marcar varias opciones.**

☐ Dar más información sobre las elecciones en formatos accesibles.

☐ Pedir mejores pruebas para comprobar la discapacidad, para evitar fraudes.

☐ Reservar un número mínimo de lugares para personas con discapacidad en los primeros lugares de las listas de candidaturas.

☐ Dar capacitación política a personas con discapacidad antes de la elección.

☐ Otro. ¿Cuál?



BLOQUE 2. DOCUMENTOS Y REQUISITOS PARA COMPROBAR LA DISCAPACIDAD

En la elección pasada (2023-2024), las personas candidatas por la acción de discapacidad debían comprobar su discapacidad permanente con un documento oficial.

2.1. Lea cada documento. Marque con una X si está de acuerdo o en desacuerdo en que se siga pidiendo.

Documento	De acuerdo	En desacuerdo	No opino
1. Credencial de discapacidad permanente del CREE-DIF Yucatán.	☐	☐	☐
2. Certificado de discapacidad permanente de una institución de salud (IMSS, ISSSTE, Hospital Militar, IMSS Bienestar).	☐	☐	☐
3. Dictamen médico de una institución pública sobre la discapacidad permanente y su tipo.	☐	☐	☐
4. Constancia médica de una institución pública o privada sobre la discapacidad permanente y su tipo.	☐	☐	☐



2.2. Si desea hacer alguna propuesta de mejora sobre alguno de los documentos, o marcó en desacuerdo en algún documento:

Escriba qué cambio propone para evitar fraudes, y en su caso el número del documento.

Número	¿Qué cambiaría usted?

2.3. En la elección pasada, estas autoridades podían dar el documento de discapacidad permanente. Marque con una X su opinión sobre cada una.

Autoridad	De acuerdo	En desacuerdo	No opino
5. CREE, del DIF Yucatán.	☐	☐	☐
6. Instituto Mexicano de Seguridad Social Bienestar (IMSS Bienestar).	☐	☐	☐
7. Médicas y médicos especialistas en discapacidad.	☐	☐	☐
8. Centros de Atención Múltiple (CAM).	☐	☐	☐



2.4. Si desea hacer alguna propuesta de mejora sobre alguno de las autoridades, o marcó en desacuerdo en alguna:

Escriba qué cambio propone para evitar fraudes, y en su caso el número de autoridad.

Número	¿Qué cambiaría usted?





BLOQUE 3. PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

3.1. Para elegir diputaciones locales o regidurías de los ayuntamientos, ¿qué criterio le parece más importante para decidir en qué municipios o distritos los partidos deben postular obligatoriamente a personas con discapacidad? Marque solo una opción.

- ☐ Los municipios o distritos con más personas con discapacidad permanente, según el INEGI.
- ☐ El porcentaje de personas con discapacidad en todo el estado.
- ☐ Otro. ¿Cuál?

DECLARACIÓN

Yo declaro que la información que escribí en este cuestionario es verdad.

Nadie me obligó a responder este cuestionario.

Nombre y firma o huella:

Fecha:

Gracias por responder este cuestionario. Su opinión es muy importante para el IEPAC.



AVISO DE PRIVACIDAD: El IEPAC informa que los datos personales recabados mediante este cuestionario serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la organización, registro, seguimiento y documentación de las Consultas Previas 2026, conforme a la legislación aplicable en materia de protección de datos personales. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral consulte: www.iepac.mx.

() Manifiesto conocer el aviso de privacidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales para los fines señalados.

