



Universidad Veracruzana

## **Encuesta a la comunidad estudiantil sobre la diversidad social, género e inclusión**



“Lis de Veracruz: Arte, Ciencia, Luz”



Universidad Veracruzana

## Introducción

La Secretaría de Desarrollo Institucional, la Dirección de Planeación Institucional, la Coordinación de la Unidad de Género, el Observatorio de Igualdad de Género de la Universidad Veracruzana, la Dirección General de Administración Escolar, el Centro de Estudios de Opinión y Análisis, la Defensoría de los Derechos Universitarios y el Centro para el Desarrollo Humano e Integral de los Universitarios realizan el levantamiento de información sobre Diversidad social, género e inclusión en la población estudiantil; cuyo objetivo es recopilar información para la elaboración de políticas institucionales desde un enfoque de género y derechos humanos, interculturalidad, interseccionalidad e inclusión.

Su aplicación se llevó a cabo en enero-febrero de 2024, con la participación de poco más de 20,000 miembros de la comunidad estudiantil de los niveles técnico superior universitario, licenciatura y posgrado en las cinco regiones universitarias.

La encuesta consta de nueve apartados y 73 preguntas, donde se abordan temas como diversidad sexual, género, identidad étnica o cultural, salud mental, igualdad en el acceso a la salud mental y reproductiva, acceso a una vida libre de violencia y discriminación, nivel socioeconómico de padres, madres o tutores y condiciones de refugiados (as) internacional.

## I. Representación de las poblaciones universitarias

| Representación escolar  |  |                         |                             |                               |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>1. Nivel de estudios que cursa</b>   |  |                         |                             |                               |
| 1. Técnico  | 2. Técnico superior universitario      | 3. Licenciatura         |                             |                               |
| 4. Especialidad   | 5. Maestría                            | 6. Doctorado            |                             |                               |
| <b>2. Modalidad</b>   |  |                         |                             |                               |
| 1. Escolarizado   | 2. No escolarizado                     | 3. A distancia          | 4. Virtual                  | 5. Mixta                      |
| <b>3. Región universitaria de la que forma parte</b>  |  |                         |                             |                               |
| 1. Xalapa   | 2. Veracruz                            | 3. Orizaba-Córdoba      | 4. Poza Rica - Tuxpan       | 5. Coatzacoalcos – Minatitlán |
| <b>4. Adscripción a la Universidad Veracruzana Intercultural</b>  |  |                         |                             |                               |
| 1. Sí   | 2. No                                  |                         |                             |                               |
| <b>5. Sede de la Universidad Veracruzana Intercultural de adscripción</b><br>(responder solo si la anterior fue respuesta 1 “Sí”) |  |                         |                             |                               |
| 1. Huasteca   | 2. Totonacapan                         | 3. Grandes Montañas     | 4. Selvas                   | 5. Xalapa                     |
| <b>6. Área académica de adscripción</b>   |  |                         |                             |                               |
| 1. Artes  | 2. Ciencias Biológicas y Agropecuarias | 3. Ciencias de la Salud | 4. Económico-Administrativa |                               |
| 5. Humanidades  | 6. Técnica                             | 7. Otro: _____          |                             |                               |
| <b>7. Entidad o dependencia</b>   |  |                         |                             |                               |
|   |  |                         |                             |                               |



## II. Caracterización sociodemográfica

| Diversidad sexual y de género   |                                  |                |                          |                |
|---|----------------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| <b>8. ¿Cuál es su sexo?</b>   |                                  |                |                          |                |
| 1. Mujer  | 2. Hombre                        | 3. Intersexual |                          |                |
| <b>9. ¿Cuál es su identidad de género?</b>  |                                  |                |                          |                |
| <p>-Cisgénero: la persona siente que el sexo que le fue asignado al nacer coincide con la identidad de género socialmente asociada al mismo; por ej: Sexo Mujer - Identidad de género Femenina).</p> <p>-Transgénero: la persona siente discordancia entre el sexo que le fue asignado al nacer con el género -identidad y rol social- con el cual se identifica; por ej: Sexo Hombre / Identidad de género femenina.</p> <p>-No binario: persona que no se reconoce exclusivamente como femenina o masculina, independiente a su sexo de nacimiento; experimenta su género de manera fluida, fluctuando entre uno y otro o combinando aspectos de ambos, o sin reconocerse en ninguno de ellos.</p> <p>-Queer: Personas que rechazan clasificaciones del sistema hegémónico binario hombre/mujer a partir del cual se organizan las sociedades y que se relacionan con el sexo, la orientación sexual y la identidad de género. Rechazan cualquier clasificación o etiquetación.</p> |                                  |                |                          |                |
| 1. Mujer u hombre<br>Cisgénero  | 2. Mujer u hombre<br>Transgénero | 3. No binario  | 4. Queer                 |                |
| 5. Prefiero no contestar  | 6. Otro: _____                   |                |                          |                |
| <b>10. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual?</b>   |                                  |                |                          |                |
| 1. Heterosexual   | 2. Homosexual<br>(Lesbiana, gay) | 3. Bisexual    | 4. Prefiero no contestar | 5. Otro: _____ |
| <b>11. Anote su edad, en años cumplidos</b>   |                                  |                |                          |                |
|   |                                  |                |                          |                |

### Situación familiar

**12. ¿Cuál es su estado civil?**

- |                 |             |                            |
|-----------------|-------------|----------------------------|
| 1. Soltero/a    | 2. Casado/a | 3. Concubinato/unión libre |
| 4. Divorciado/a | 5. Viudo/a  |                            |

**13. En su domicilio actualmente viven...**

- |  |  |   |                                 |                      |
|--|--|---|---------------------------------|----------------------|
| 1. Usted, sus padres y/o hermanos  | 2. Solo usted  | 3. Usted y su pareja                                      | 4. Usted, su pareja y sus hijos | 5. Usted y sus hijos |
| 6. Usted, su familia nuclear (pareja y/o hijos) más otros familiares (padres, hermanos, tíos, primos o sobrinos) | 7. Usted, su familia nuclear y ampliada más otras personas con las que no tiene parentesco (amistades, inquilinos) | 8. Usted y otras personas con las que no tiene parentesco |                                 |                      |

**14. Número de dependientes económicos:**

- |      |      |      |      |             |
|------|------|------|------|-------------|
| a. 0 | b. 1 | c. 2 | d. 3 | e. Más de 3 |
|------|------|------|------|-------------|

### Identidad étnica o cultural

**15. Considerando su cultura, historia y tradiciones ¿Con cuál de las siguientes poblaciones se identifica?**

<sup>a</sup> Se considera como comunidades equiparables todos aquellos grupos que poseen algunos elementos, principalmente socioculturales, que suelen caracterizar a los pueblos y comunidades indígenas.

- |                                    |                          |  |             |
|------------------------------------|--------------------------|--|-------------|
| 1. Afrodescendiente o afromexicana | 2. Blanca                | 3. Pueblos originarios o comunidades equiparables <sup>a</sup> | 4. Mexicana |
| 5. Mexicana-asiática               | 6. Prefiero no contestar | 7. Otro: _____   |             |

**16. ¿Es usted hablante de alguna lengua indígena?**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

**17. ¿Qué lengua indígena habla usted? (responder solo si la anterior fue respuesta 1 “Sí”)**

|  |
|--|
|  |
|--|



**18. De la siguiente escala de colores ¿Cuál considera que es el color de piel de su cara?**



**Discapacidad**

**19. ¿Se encuentra usted en alguna situación de discapacidad?**

<sup>a</sup> Persona con discapacidad o en situación de discapacidad: personas que en relación con sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, experimentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad producto de las barreras contextuales, actitudinales y ambientales que el entorno les impone.

1. Sí

2. No

**20. Por favor indique la situación de discapacidad en la que se encuentra (responder solo si la anterior fue respuesta 1 “Sí”)**

|                                       | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|---------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. Discapacidad física / motriz       |           |           |
| 2. Discapacidad intelectual           |           |           |
| 3. Discapacidad auditiva (hipoacusia) |           |           |
| 4. Discapacidad auditiva (sordera)    |           |           |
| 5. Discapacidad visual (baja visión)  |           |           |
| 6. Discapacidad visual (ceguera)      |           |           |
| 7. Discapacidad psicosocial           |           |           |
| 9. Discapacidad múltiple              |           |           |
| 10. Ninguna                           |           |           |
| Otro: _____                           |           |           |



### Nivel socioeconómico de padres, madres o tutores

**21. Marque en cada columna ¿Cuál es el nivel de estudios concluido por su padre, madre o tutor/a <sup>a</sup>?**

<sup>a</sup> En el caso de tutor/a, considere responder en esta columna sólo si en su infancia algún otro familiar o persona cercana fue responsable de su manutención y crianza, en ausencia de sus padres.

|   | Padre | Madre | Tutor/a |
|---|-------|-------|---------|
| Sin estudios  |       |       |         |
| Primaria  |       |       |         |
| Secundaria  |       |       |         |
| Bachillerato / Tecnológico / cursos de capacitación para el trabajo |       |       |         |
| Estudios de nivel superior (licenciatura, posgrados)                |       |       |         |
| No aplica   |       |       |         |

**22. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la ocupación de su padre, madre o tutor/a <sup>a</sup>? Por favor elija la respuesta apropiada para cada entrada:**

<sup>a</sup> En el caso de tutor/a, considere responder en esta columna sólo si en su infancia algún otro familiar o persona cercana fue responsable de su manutención y crianza, en ausencia de sus padres



|  | <b>Padre</b> | <b>Madre</b> | <b>Tutor/a</b> |
|--|--------------|--------------|----------------|
| Trabajos manuales de baja calificación: ayudantes, peones; vendedores ambulantes, repartidores de mercancía; trabajo doméstico y de limpieza.  |              |              |                |
| Ocupaciones artesanales:<br>trabajadores de la construcción, herrería, carpintería, cerámica y otras artesanías.   |              |              |                |
| Ocupaciones agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca: asalariados y pequeños propietarios.   |              |              |                |
| Ocupaciones en servicios personales y vigilancia:<br>preparación y venta de alimentos y bebidas en establecimientos; servicios de protección y vigilancia.   |              |              |                |
| Comercio: pequeños patrones, ventas y trabajo por cuenta propia  |              |              |                |
| Ocupaciones manuales de alta calificación:<br>conducción de transporte, supervisión y operación de maquinaria industrial, trabajos técnicos (electricidad, mecánica automotriz).                                 |              |              |                |
| Ocupaciones administrativas:<br>oficinista, asistente administrativo, capturista, cajero/a.  |              |              |                |
| Ocupaciones profesionales:<br>especialista en ciencias, investigación, docencia; servicios profesionales independientes (por ejemplo: medicina, enfermería, abogacía, contaduría, arquitectura); y capacitación. |              |              |                |
| Ocupaciones de alta dirección: presidencia y dirección general, gerencia, autoridad política, sindical, civil, coordinación y jefatura de área.  |              |              |                |
| No aplica  |              |              |                |

### III. Trabajo de cuidado, corresponsabilidad y conciliación

#### Uso del tiempo

**23. Considerando los siete días de la semana, en promedio ¿Cuántas horas en total dedica usted a cada una de las siguientes actividades?**  
*Si no dedica horas a la semana escriba “0”.*

|  | Promedio de horas a la semana |
|--|-------------------------------|
| Trabajo remunerado (actividades laborales)   |                               |
| Trabajo no remunerado en el hogar (actividades domésticas)   |                               |
| Trabajo de cuidados (asistencia cotidiana a integrantes del hogar)   |                               |
| Trabajo no remunerado en la comunidad o en otro hogar (apoyo a personas enfermas o en carencia social, servicios comunitarios) |                               |
| Tiempo para el estudio   |                               |
| Tiempo para el esparcimiento, cultura y entretenimiento (leer, ir al cine, reunirse con amistades, ir a fiestas)               |                               |
| Tiempo para practicar un deporte o ejercitarse   |                               |
| Tiempo para el descanso (dormir, descansar, relajarse)   |                               |

**24. Regularmente ¿Cuánto tiempo le toma trasladarse de su domicilio a su facultad o centro de estudio?**

|                    |                   |                         |                       |                        |
|--------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1. Menos de 15 min | 2. De 15 a 30 min | 3. De 30 min a una hora | 4. De 60 a 90 minutos | 5. Más de hora y media |
|--------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|



### Trabajo de cuidados

**25. ¿Con qué frecuencia realiza usted actividades domésticas en su hogar, como limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, preparar alimentos o cuidado de mascotas? Elija solo una respuesta.**

|            |                 |            |               |          |
|------------|-----------------|------------|---------------|----------|
| 1. Siempre | 2. Casi siempre | 3. A veces | 4. Casi nunca | 5. Nunca |
|------------|-----------------|------------|---------------|----------|

**26. En su domicilio ¿Vive alguna persona que requiera cuidados o asistencia diaria, incluyéndole a usted? (por ejemplo, menores de edad, personas mayores dependientes o personas con enfermedad crónica o con discapacidad)**

|       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

**27. ¿Quién se ocupa regularmente de apoyar y cuidar a esa(s) persona(s)?**  
(responder solo si la anterior fue respuesta 1 “Sí”)

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Usted                                    |    |    |
| 2. Su madre                                 |    |    |
| 3. Su padre                                 |    |    |
| 4. Su pareja                                |    |    |
| 5. Otra persona adulta de la familia        |    |    |
| 6. Otra persona menor de edad de la familia |    |    |
| 7. Personal contratado (mujer)              |    |    |
| 8. Personal contratado (hombre)             |    |    |
| 9. Todos cuidan                             |    |    |
| 10. Nadie, la persona cuida de sí misma     |    |    |

**28. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones como resultado de dedicar tiempo al trabajo doméstico o al cuidado de otros miembros de su familia? (responder solo si la pregunta 26 fue respuesta 1 “Sí”)**

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. Le falta tiempo para su descanso (dormir, descansar)  |    |    |
| 2. Le falta tiempo para su esparcimiento (como leer, salir al cine o con amistades)  |    |    |
| 3. Le falta tiempo para hacer deporte  |    |    |
| 4. Le falta tiempo para realizar actividades de autocuidado y cuidado de su propia salud (acudir a consulta médica, seguir tratamientos) |    |    |
| 5. Le falta tiempo para su estudio y preparación profesional   |    |    |
| 6. Le falta tiempo para desarrollar algunas actividades laborales  |    |    |
| 7. Ha sentido malestares físicos recurrentes o, incluso, algún problema de salud (como contracturas o lesiones de espalda)               |    |    |
| 8. Ha sentido malestares o cambios recurrentes en su estado de ánimo   |    |    |
| 9. No ha percibido ningún inconveniente por dedicar tiempo al trabajo doméstico y de cuidados  |    |    |
| 10. No se ocupa del trabajo doméstico y de cuidados  |    |    |

**29. En su domicilio ¿Quién o quiénes realizan regularmente las tareas domésticas o de cuidados (barrer, lavar, cocinar, hacer las compras, pagar servicios, atender mascotas, atender hijos pequeños o personas dependientes)?**

|  |                    |                                |                                 |             |
|--|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------|
| 1. Usted                                     | 2. Su pareja       | 3. Su pareja y usted           | 4. Su madre                     | 5. Su padre |
| 6. Lo hacen otras personas adultas del hogar | 7. Todos colaboran | 8. Personal contratado (mujer) | 9. Personal contratado (hombre) |             |



**30. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones como obstáculos para conciliar sus responsabilidades familiares, laborales, académicas, escolares y el disfrute del tiempo propio?**

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Exceso de trabajo escolar que se tiene que desarrollar en el espacio y tiempo del hogar                            |    |    |
| 2. Duración y distribución de la jornada escolar  |    |    |
| 3. Rigidez de las políticas escolares para permisos por horas o para la justificación de ausencias imprevistas        |    |    |
| 4. Falta de responsabilidad de otros integrantes de la familia para el reparto de las tareas domésticas y de cuidados |    |    |
| 5. Insuficiencia de recursos económicos para contratar personal para el trabajo doméstico y de cuidados               |    |    |
| 6. Acumulación de actividades simultáneas y dobles o triples jornadas   |    |    |
| 7. No tiene problemas para conciliar estas responsabilidades  |    |    |

## IV. Salud mental

**31. Considerando los últimos 6 meses ¿Ha experimentado alguno de los siguientes malestares por dos semanas o más?**

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Ansiedad   |    |    |
| 2. Depresión  |    |    |
| 3. Ideas suicidas   |    |    |
| 4. Somatización (por ejemplo: dolor corporal o de cabeza, náuseas, dolor de estómago, debilidad muscular, parálisis facial) |    |    |
| 5. Alteraciones del sueño o del apetito   |    |    |

**32. ¿Qué hizo para resolver estos malestares? Responda únicamente si en la pregunta 31 alguna de sus respuestas fue “Sí”**

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. Buscó ayuda profesional (médica o psicológica)                          |    |    |
| 2. Hizo ejercicio  |    |    |
| 3. Acudió a medicina alternativa (homeopatía, yoga, remedios florales, té) |    |    |
| 4. Buscó sanación espiritual o apoyo religioso                             |    |    |
| 5. Nada, ha estado aguantando los malestares                               |    |    |
| 6. Otro: _____   |    |    |

**33. ¿Ha recibido alguno de los siguientes diagnósticos por parte de personal médico o psicológico?**

|  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| 1. Depresión   |           |           |
| 2. Trastornos de ansiedad  |           |           |
| 3. Trastornos de personalidad (por ejemplo: Límite)                                |           |           |
| 4. Psicosis (esquizofrenia, paranoia)  |           |           |
| 5. Trastorno bipolar   |           |           |
| 6. Trastorno por déficit de atención o hiperactividad                              |           |           |
| 7. Trastorno del espectro autista  |           |           |
| 8. Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, trastorno por atracón) |           |           |
| 9. Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas                                |           |           |
| 10. Trastorno obsesivo compulsivo  |           |           |
| 11. Ninguno  |           |           |
| 12. Otro   |           |           |

## V. Igualdad en el acceso a la salud sexual y reproductiva

### Acceso a información sobre derechos sexuales y reproductivos

**34. Durante los últimos doce meses ¿Ha recibido orientación sobre sus derechos sexuales y reproductivos?**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

**35. ¿Considera que tiene suficientes conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y métodos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual?**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

### Acceso a atención sanitaria relacionada con salud sexual y reproductiva

**36. En algún momento de su vida ¿Ha acudido a servicios sanitarios, públicos, privados o comunitarios, para solicitar asesoría y/o atención por asuntos relacionados con su salud sexual reproductiva?**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

### Autodeterminación sobre la vivencia de la sexualidad

**37. Con relación a su libertad para vivenciar su cuerpo y su sexualidad ¿Alguna vez ha recibido presión, manipulación o injerencia directa por parte de alguna de las siguientes personas?**

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Madre, padre o tutores   |    |    |
| 2. Familia cercana (como hermanas/os, tíos/os, primas/os)                                     |    |    |
| 3. Pareja   |    |    |
| 4. Amistad  |    |    |
| 5. Personal gubernamental (como el de servicios de salud, educativos, de seguridad social)    |    |    |
| 6. Representantes políticos   |    |    |
| 7. Integrantes de servicios privados (como en el caso de restaurantes, hospedaje, transporte) |    |    |
| 8. Integrantes de medios de comunicación  |    |    |
| 9. No ha sentido ninguna presión  |    |    |
| 10. Otro: _____   |    |    |



### Primera relación sexual

**38. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida?**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Si | 2. No |
|-------|-------|

**39. ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual? Responder solo si la pregunta anterior fue 1. “Sí”**

Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_

**40. ¿Su primera relación sexual fue decidida por usted? Responder solo si la pregunta 38 fue 1. “Sí”**

- |       |       |                      |
|-------|-------|----------------------|
| 1. Si | 2. No | 3. No estoy seguro/a |
|-------|-------|----------------------|

### Uso de métodos anticonceptivos o para prevención de enfermedades de transmisión sexual

**41. ¿En su primera relación sexual usted o su pareja utilizaron algún método anticonceptivo o para la prevención de enfermedades de transmisión sexual? Responder solo si la pregunta 38 fue 1. “Sí”**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Si | 2. No |
|-------|-------|

**42. ¿En su última relación sexual usted o su pareja utilizó algún método anticonceptivo o para la prevención de enfermedades de transmisión sexual? Responder solo si la pregunta 38 fue 1. “Sí”**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Si | 2. No |
|-------|-------|

### Autonomía reproductiva

**43. Regularmente, en sus relaciones ¿Quién decide sobre el uso de métodos anticonceptivos o para la prevención de enfermedades de transmisión sexual? Responder solo si la pregunta 38 fue 1. “Sí”**

- |          |              |                               |
|----------|--------------|-------------------------------|
| 1. Usted | 2. Su pareja | 3. Ambos/as de forma conjunta |
|----------|--------------|-------------------------------|

**44. ¿Se considera usted libre para decidir sobre tener o no hijos?, ¿cuántos y en qué momento tenerlos?**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Si | 2. No |
|-------|-------|

**45. En su opinión ¿Las mujeres tienen derecho a decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo?**

- |               |                                    |                  |
|---------------|------------------------------------|------------------|
| 1. De acuerdo | 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | 3. En desacuerdo |
|---------------|------------------------------------|------------------|

## VI. Acceso a una vida libre de violencia

### Violencia de pareja. En algún momento de la vida

**46. En algún momento de su vida ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones relacionadas con violencia de género, por parte de alguna pareja sentimental?**

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. Celos, comparaciones destructivas, burlas, insultos, humillaciones, rechazo, indiferencia, infidelidad; amenazas de dejarle, dañarle, correrle de la casa o quitarle a hijos o hijas; le ha prohibido salir, le ha vigilado, espiado, seguido o le acosa con mensajes por teléfono; intimidaciones y amenazas de muerte (Violencia psicológica o emocional) |    |    |
| 2. Agresiones que causan lesiones físicas internas o externas provocadas con objetos, los puños o alguna otra parte del cuerpo (empujones, jalones de cabello, patadas, cabezazos, ahorcamiento o asfixia, agresión con objetos o armas; intento de asesinato) (Violencia física)  |    |    |
| 3. Control de su ingreso o salario; le ha prohibido trabajar o estudiar, le ha quitado su dinero o lo ha usado sin su consentimiento; no contribuye económicamente al gasto de la casa; le reclama cómo gasta usted el dinero (Violencia económica)  |    |    |
| 4. Retención, robo o destrucción de objetos o documentos personales, bienes, propiedades o valores suyos o propiedad de ambos como pareja; le obligaron a poner a nombre de otra persona alguna propiedad que usted compró o heredó (Violencia patrimonial)  |    |    |
| 5. Le ha exigido con amenazas o chantajes tener relaciones sexuales, aunque usted no quiera; ha usado su fuerza física para obligarle a tener relaciones sexuales; le ha obligado a hacer cosas que a usted no le gustan (Violencia sexual)  |    |    |
| 6. Nunca ha experimentado alguna de las situaciones anteriores   |    |    |

### Violencia de pareja. Relación actual (últimos 12 meses)

**47. En los últimos 12 meses ¿Ha sufrido al menos un incidente de violencia por parte de su última o actual pareja?**

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 1. Sí | 2. No | 3. No ha tenido pareja sentimental en este periodo |
|-------|-------|--|



**48. Si experimentó alguna forma de violencia por parte de su pareja ¿qué hizo después de sufrir la situación? (responder solo si la anterior fue respuesta 1 “Sí”)**

- |                   |             |                              |   |
|-------------------|-------------|------------------------------|---|
| 1. Solicitó apoyo | 2. Denunció | 3. Solicitó apoyo y denunció | 4. No solicitó apoyo ni presentó denuncia |
|-------------------|-------------|------------------------------|---|

**49. ¿Por qué no solicitó apoyo ni denunció las agresiones por parte de su pareja? (responder solo si la pregunta 47 fue respuesta 1 “Sí”)**

|   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|---|-----------|-----------|
| 1. Porque no le dio importancia   |           |           |
| 2. Por vergüenza y no quería que su familia u otras personas se enteraran |           |           |
| 3. Por miedo a que su pareja tomara represalias o se tornara más violento |           |           |
| 4. Para evitar problemas con la familia de su pareja                      |           |           |
| 5. No sabía cómo o a dónde denunciar                                      |           |           |
| 6. Porque pensó que no me creerían  |           |           |
| 7. Porque le convencieron de no hacerlo                                   |           |           |
| 8. Porque no confía en las autoridades del gobierno                       |           |           |
| 9. Otro: _____  |           |           |

### Acoso sexual en el espacio público

**50. De las siguientes manifestaciones de acoso sexual, marque aquellas que haya experimentado alguna vez en la vida, en el espacio público (por ejemplo, calles, parques, cines, bares, antros, centros comerciales, transporte público, oficinas de gobierno o negocios)**

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. Le han hecho comentarios groseros u ofensivos de tipo sexual sobre su cuerpo.   |    |    |
| 2. Le han vigilado o seguido.  |    |    |
| 3. Le han ofendido o humillado por el hecho de ser mujer o por su identidad de género (le hicieron sentir menos o mal)   |    |    |
| 4. Le han pellizcado, jalado el cabello, empujado, jaloneado, abofeteado o aventado algún objeto.  |    |    |
| 5. Le han levantado la falda, el vestido o le han jaloneado la ropa para ver sus partes íntimas o su ropa interior   |    |    |
| 6. Alguna persona le mostró sus partes íntimas o se manoseó enfrente de usted.   |    |    |
| 7. Le han hecho sentir miedo de ser atacada o abusada sexualmente.   |    |    |
| 8. Le han manoseado, tocado, besado o se le han arrimado, recargado o encimado sin su consentimiento.  |    |    |
| 9. Le han tratado de obligar a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, incluso usando la violencia física (con golpes, patadas o el uso de armas). |    |    |
| 10. No ha experimentado ninguna forma de acoso sexual en el espacio público. Puede marcar más de una opción.   |    |    |

**51. En los últimos 12 meses ¿Ha experimentado alguna de las anteriores formas de acoso sexual en el espacio público? (por ejemplo, calles, parques, cines, bares, antros, centros comerciales, transporte público, oficinas de gobierno o negocios)**

|       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|



### Acoso sexual en el espacio universitario

**52. En los últimos 12 meses ¿Ha experimentado alguna de las siguientes manifestaciones de acoso sexual en instalaciones de la universidad o en otros espacios donde ha estado por actividades laborales?**

|   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|---|-----------|-----------|
| 1. Chiflidos o expresiones groseras de tipo sexual (sobre su cuerpo, su orientación sexual, su expresión de género)                 |           |           |
| 2. Preguntas, comentarios o burlas sobre su persona y su vida privada   |           |           |
| 3. Insinuaciones de tipo sexual o invitaciones ofensivas, a través de cartas, correos electrónicos, llamadas o mensajes telefónicos |           |           |
| 4. Jaloneo de ropa para exponer o ver partes íntimas de su cuerpo   |           |           |
| 5. Manoseo, tocamientos, besos o contacto físico sin su consentimiento  |           |           |
| 6. Exhibición y tocamiento de partes íntimas frente a usted, sin su consentimiento  |           |           |
| 7. Ofrecimientos, exigencias, amenazas o chantajes con fines sexuales   |           |           |
| 8. No ha experimentado ninguna de estas formas de acoso sexual  |           |           |
| 9. Otro: _____  |           |           |

**53. En estas experiencias de acoso sexual que ha sufrido en la universidad ¿Cuál era el sexo de la persona agresora? (responder solo si la anterior fue respuesta 8 “No ha experimentado ninguna de estas formas de acoso sexual”)**

1. Hombre

2. Mujer

**54. En estas experiencias de acoso sexual en la universidad ¿Quién ha sido la persona agresora?** (responder solo si la pregunta 52 fue respuesta 8 “No ha experimentado ninguna de estas formas de acoso sexual”)

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. Persona desconocida   |    |    |
| 2. Integrante de la comunidad estudiantil  |    |    |
| 3. Personal universitario (administrativo, de mantenimiento o seguridad)   |    |    |
| 4. Académico/a   |    |    |
| 5. Autoridad escolar (Responsable de la Dirección, de la Secretaría de la Facultad o coordinador del programa educativo) |    |    |
| 6. Otro: _____   |    |    |

**55. ¿Denunció ante alguna autoridad universitaria las conductas de acoso sexual que ha padecido?** (responder solo si la pregunta 52 fue respuesta 8 “No ha experimentado ninguna de estas formas de acoso sexual”)

|       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

**56. ¿Por qué no denunció las conductas de acoso sexual ante autoridades universitarias?** (responder solo si la anterior fue un 2. “No”)

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. Desconoce dónde o con quien presentarla   |    |    |
| 2. No tiene evidencias o testigos que prueben sus dichos                                 |    |    |
| 3. Para evitar que la persona que le acosa tome represalias o se torne violenta          |    |    |
| 4. Por miedo a la reprobación, crítica o escarnio en su comunidad o en su centro laboral |    |    |
| 5. No confía en las autoridades universitarias   |    |    |
| 6. Otro: _____   |    |    |



**57. De las siguientes manifestaciones de acoso o violencia de género a través de medios digitales <sup>a</sup>, marque aquellas que en los últimos 12 meses haya experimentado.**

<sup>a</sup> *Violencia de género a través de medios digitales: son actos de acoso y hostigamiento a través de medios digitales, como redes sociales, correos electrónicos o aplicaciones de mensajería móvil, relacionados con la identidad sexo-genérica, la identidad étnica y otras características personales, que dañan o pueden dañar la intimidad, integridad y dignidad personal.*

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Le han enviado material audiovisual (imágenes, videos, audios) con contenido sexual explícito u ofensivo, sin su consentimiento  |    |    |
| 2. Le han espiado, fotografiado, videograbado o audiograbado en situaciones íntimas sin su consentimiento   |    |    |
| 3. Le han robado material audiovisual (como fotografías o videos) con contenido sexual  |    |    |
| 4. Han distribuido información personal, mensajes o material audiovisual (imágenes, videos, audios) sobre su persona y su intimidad, sin su consentimiento  |    |    |
| 5. Ha recibido llamadas telefónicas o mensajes en redes sociales con intenciones de hostigarle, intimidarle, extorsionarle o amenazarle por las personas con quienes se relaciona o por la forma como se ve o viste |    |    |
| 6. No ha experimentado acoso o violencia de género a través de medios digitales en los últimos 12 meses   |    |    |

## VII. Discriminación en el ámbito universitario

**58. En los últimos 12 meses ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones de discriminación en el ámbito de la universidad?**

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Ha sentido que le relegan en su centro de trabajo  |    |    |
| 2. Ha padecido burlas, chistes ofensivos o rumores sobre su persona   |    |    |
| 3. Le han negado el acceso a un servicio o la participación en un programa o proyecto universitario                               |    |    |
| 4. Ha percibido que se afecta su representación o visibilidad como parte de una colectividad o población con la que se identifica |    |    |
| 5. Ninguna  |    |    |
| 6. Otro: _____  |    |    |

**59. Considera que este tipo de situaciones discriminatorias por las que ha pasado en el ámbito de la universidad ¿Han sido motivadas por? (responder solo si la anterior fue respuesta 5 “Ninguna”)**

|                                   | Sí | No |
|-----------------------------------|----|----|
| 1. Su sexo                        |    |    |
| 2. Su orientación sexual          |    |    |
| 3. Su identidad de género         |    |    |
| 4. Su expresión de género         |    |    |
| 5. Su identidad étnica o cultural |    |    |
| 6. Su discapacidad                |    |    |
| 7. Su edad                        |    |    |
| 8. Otro: _____                    |    |    |



**60. ¿Considera que las situaciones discriminatorias por las que ha pasado le han obstaculizado? (responder solo si la pregunta 58 fue respuesta 5 “Ninguna”)**

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. La expresión de sus opiniones  |    |    |
| 2. El acceso a puestos de representación académica  |    |    |
| 3. Su desempeño académico   |    |    |
| 4. El acceso a oportunidades de crecimiento profesional (como becas, apoyo en estancias de investigación, participación en eventos y actividades académicas)                          |    |    |
| 5. El acceso a mayor oferta de formación complementaria y servicios de extensión de la universidad  |    |    |
| 6. En la falta de atención pertinente social, cultural y lingüísticamente al poner una queja de acoso u hostigamiento o en general al solicitar otro tipo de apoyos en la institución |    |    |
| 7. Las situaciones discriminatorias no le han representado obstáculos   |    |    |

**61. En caso de presentar usted alguna discapacidad ¿Ha experimentado alguna limitación u obstáculo en el ámbito universitario, para?**

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Aplicar en exámenes de ingreso   |    |    |
| 2. Acceder a edificios y espacios universitarios                          |    |    |
| 3. Acceder a baños  |    |    |
| 4. Acceder a espacios para consumir alimentos                             |    |    |
| 5. Participar en clases y actividades académicas                          |    |    |
| 6. Hacer uso de equipo de cómputo   |    |    |
| 7. Comunicarse con estudiantes, el profesorado u otros trabajadores       |    |    |
| 8. Participar en actividades deportivas o culturales                      |    |    |
| 9. Acceder a bibliografía y materiales para el aprendizaje y la enseñanza |    |    |
| 10. No ha experimentado alguna de estas limitaciones por su discapacidad  |    |    |
| 11. No tiene alguna discapacidad  |    |    |
| 12. Otro: _____   |    |    |

**62. La condición de discapacidad que usted vive ¿Requiere que se realice algún tipo de ajuste por parte de la Universidad, para favorecer su plena participación en la vida universitaria? (responder solo si la anterior fue respuesta “Sí” en cualquiera de las opciones de la 1 a la 10)**

|       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

**62.I Seleccionó la opción sí, especifique:** (responder solo si la pregunta 62 fue respuesta 1 “Sí”)

**63. En caso de haber recibido un diagnóstico de una condición de salud mental ¿Considera que esto le ha generado alguna dificultad en su facultad o centro escolar?**

|       |       |   |
|-------|-------|---|
| 1. Sí | 2. No | 3. No ha recibido diagnóstico de alguna condición de salud mental |
|-------|-------|---|



**64. La condición de salud mental que le han diagnosticado ¿Requiere que se realice algún tipo de ajuste por parte de la Universidad, para favorecer su plena participación en la vida universitaria? (responder solo si la pregunta 63 fue respuesta 1 “Sí”)**

1. Sí

2. No

**64.I Seleccionó la opción sí, especifique:** (responder solo si la pregunta 64 fue respuesta 1 “Sí”)

**65. ¿Tiene conocimiento que, en el caso de haber experimentado alguna situación de acoso u hostigamiento sexual, discriminación o vulneración de sus derechos humanos en el espacio universitario, puede presentar una queja ante la persona titular de su Facultad o entidad académica, ante la Defensoría de los Derechos Universitarios o solicitar orientación y acompañamiento de la Coordinación de la Unidad de Género?**

1. Sí

2. No

## VIII. Brecha digital de género

### 66. Equipo de cómputo con el que dispone actualmente

|                              | Sí | No |
|------------------------------|----|----|
| 1. Computadora de escritorio |    |    |
| 2. Portátil                  |    |    |
| 3. Tableta                   |    |    |
| 4. Teléfono celular          |    |    |
| 5. Ninguno                   |    |    |

### 67. ¿Comparte el equipo de cómputo con uno o más integrantes de su familia?

1. Sí                            2. No

### 68. Tipo de conexión a internet que utiliza con mayor frecuencia para realizar sus actividades escolares

|                                 |   |                                      |  |                  |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|------------------|
| 1. Servicio de internet en casa | 2. Plan de internet a través del teléfono móvil | 3. Red de internet en la universidad | 4. Internet gratuito en lugares públicos | 5. Café internet |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|------------------|



**69. ¿Alguna de las siguientes situaciones asociadas al uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) le han dificultado el estudio en casa?**

|   | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. No cuenta con equipo de cómputo o dispositivo móvil para trabajar en casa  |    |    |
| 2. El equipo de cómputo con que cuenta es obsoleto  |    |    |
| 3. No cuenta con servicio de internet en casa   |    |    |
| 4. Su conexión a internet presenta constantes problemas   |    |    |
| 5. Le resulta difícil manejar las plataformas digitales   |    |    |
| 6. Agotamiento físico o mental por el tiempo frente al equipo de cómputo  |    |    |
| 7. Falta de privacidad para trabajar o estudiar en casa a través de las TIC   |    |    |
| 8. Los equipos de cómputo o dispositivos móviles en casa son insuficientes para que todos los integrantes de la familia realicen al mismo tiempo actividades laborales, académicas o de esparcimiento |    |    |
| 9. No ha tenido dificultad para realizar el trabajo o estudio en casa a través de las TIC   |    |    |

## IX. Condición de refugiado/a<sup>a</sup> internacional

### 70. ¿Es usted usuario de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR)?

<sup>a</sup> **Persona en condición de refugio:** Son personas que, debido a un temor fundado de violencia, conflicto, persecución u otras circunstancias que pongan en riesgo su vida, deben salir de su país y buscar protección internacional. En México, esta condición se solicita ante la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR).

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

### 71. Usted actualmente ¿Está tramitando alguno de los siguientes documentos?

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. La constancia de la COMAR (Inicio de trámite) |    |    |
| 2. La tarjeta por razones humanitarias           |    |    |
| 3. La tarjeta de residencia permanente           |    |    |



## Participantes

**Dr. Martín Aguilar Sánchez**

Rector

**Dra. Jaqueline del Carmen Jongitud Zamora**

Secretaria de Desarrollo Institucional

**Dra. Elisa Calderón Altamirano**

Encargada de la Dirección de Planeación Institucional

**Mtra. Anabel Ojeda Gutiérrez**

Coordinadora de la Unidad de Género

**Mtra. Rocío López Lara**

Responsable del Observatorio para la Igualdad de Género

**Dr. Juan Carlos Ortega Guerrero**

Director General de Administración Escolar

**Dr. Rubén Flores González**

Coordinador del Centro de Estudios de Opinión y Análisis

**Dr. Jorge Sánchez Mejorada Fernández**

Coordinador del Centro para el Desarrollo Humano e Integral de los Universitarios

**Mtra. Olivia del Carmen Chávez Uscanga**

Defensora de los Derechos Universitarios

**Mtra. María Dacia González Cruz**

Directora General de Tecnología de Información

**Dr. Cupertino Luis Serrano**

Jefe del Departamento de Estadística

“Lis de Veracruz: Arte, Ciencia, Luz”

[www.uv.mx](http://www.uv.mx)

