



# ENCUESTA NACIONAL DE PRESIDIARIOS



Realizada por la Agencia de Estadísticas de Justicia y RTI International

**AVISO:** Se calcula que el tiempo aproximado que le tomará a cada participante en dar esta información será 15 minutos por cada entrevista, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, obtener los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Envíe sus comentarios relacionados a este estimado y cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias sobre reducción de este estimado al director de la Agencia de Estadísticas de Justicia, 810 Seventh St, NW, Washington, DC 20531. Ninguna agencia está autorizada a realizar o a patrocinar ninguna recopilación de datos, y ninguna persona está obligada a responder la información si no presenta un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control OMB para este proyecto es 1121-0311.

## SECCIÓN A

Por favor, conteste esta pregunta en el espacio que se proporciona o marque la respuesta en el recuadro, de la siguiente manera . Para proteger su privacidad, no coloque su nombre en este cuestionario.

1. **¿En qué fecha fue admitida a esta instalación?** Si no recuerda la fecha exacta, por favor escriba lo que recuerde con mayor exactitud, tal como el año y el mes.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes                  Día                  Año

2. **¿Cuántos años tiene usted?**

Edad: \_\_\_\_\_

3. **¿Es usted hispana, latina o de origen español?**

Sí ..... <sub>1</sub>  
No ..... <sub>2</sub>

4. **¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su raza?**  
*Marque una o más.*

Blanca..... <sub>1</sub>  
Negra o de origen afroamericana ..... <sub>2</sub>  
Indio americana, o nativa de Alaska ..... <sub>3</sub>  
Asiática..... <sub>4</sub>  
Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico ..... <sub>5</sub>

5. **¿Está detenida actualmente en esta instalación debido a alguno de los siguientes motivos?:**

<i>Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.</i>	Sí	No
¿Una ofensa violenta, tal como asalto físico o sexual, violación, robo, homicidio involuntario, atentado de homicidio o asesinato?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Una ofensa relacionada con drogas, tal como posesión o manufactura de drogas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Una ofensa relacionada con la propiedad, tal como robo, robos sin violencia, robo de auto, cheques sin fondos, fraude, falsificación o robo mayor?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Alguna otra ofensa?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

6. **¿Cuánto tiempo lleva usted en esta instalación?**

Menos de 1 mes..... <sub>1</sub>  
Por lo menos 1 mes pero menos de 6 meses ..... <sub>2</sub>  
Por lo menos 6 meses pero menos de 1 año ..... <sub>3</sub>  
Por lo menos 1 año pero menos de 5 años ..... <sub>4</sub>  
Por lo menos 5 años pero menos de 10 años ..... <sub>5</sub>  
10 años o más ..... <sub>6</sub>

7. **Esta pregunta es sobre sexo o contacto sexual deseado o voluntario con otra(s) presidiaria(s) en esta instalación. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿hizo lo siguiente?:**

<i>Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.</i>	Sí	No
¿Tocó el cuerpo de otra prisionera de manera sexual o le tocaron el cuerpo de manera sexual?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tuvo sexo oral con otra presidiaria en esta instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tuvo sexo vaginal con otra presidiaria en esta instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tuvo sexo anal con otra presidiaria en esta instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

Las siguientes preguntas son sobre sexo o contacto sexual no deseado que haya tenido con otras presidiarias en esta instalación. Al decir no deseado, nosotros queremos decir sexo o contacto sexual que usted no consintió.

8. **Desde que usted llegó a esta instalación, ¿fue forzada físicamente por alguna otra presidiaria a hacer alguna de las siguientes cosas?:**

<i>Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.</i>	Sí	No
¿Tocar el cuerpo de otra presidiaria o que le toquen el cuerpo de una manera sexual?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tener sexo oral con otra(s) presidiaria(s)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tener sexo vaginal con otra(s) presidiaria(s)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tener sexo anal con otra(s) presidiaria(s)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

9. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿alguna otra presidiaria, sin usar fuerza física, la presionó o le hizo sentir que tenía que hacer alguna de las siguientes cosas?:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
¿Tocar el cuerpo de otra presidiaria o a que le toquen el cuerpo de una manera sexual?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tener sexo oral con otra(s) presidiaria(s)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tener sexo vaginal con otra(s) presidiaria(s)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tener sexo anal con otra(s) presidiaria(s)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

10. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿cuántas veces en total se le forzó físicamente, presionó o hizo sentir que debía tener sexo o contacto sexual con otra(s) presidiaria(s)?

- Ninguna vez ..... <sub>1</sub> → Vaya a la SECCIÓN B, en la página 3
- 1 a 2 veces ..... <sub>2</sub>
- De 3 a 5 veces ..... <sub>3</sub>
- De 6 a 10 veces ..... <sub>4</sub>
- 11 o más veces ..... <sub>5</sub>
- } Continúe con la pregunta 11

11. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, presionó, o hizo sentir que debía tener sexo o contacto sexual con otra(s) presidiaria(s), ¿alguna vez esto sucedió:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
entre las seis de la mañana y el mediodía?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
después del mediodía pero antes de las seis de la tarde?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
después de las seis de la tarde pero antes de medianoche?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
después de la medianoche pero antes de las seis de la mañana	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

12. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, presionó, o hizo sentir que debía tener sexo o contacto sexual con otra(s) presidiaria(s), ¿alguna vez esto sucedió:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
en su propia celda, cuarto o área para dormir?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en la celda, cuarto o unidad de otra presidiaria?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en una regadera o en un baño?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en un patio o área de recreo?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en una clase o biblioteca?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en un taller, cocina o en otro lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en un closet, oficina o en otra habitación con seguro en las puertas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en algún otro lugar en la instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
fuera de la instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

13. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, presionó, o hizo sentir que debía tener sexo o contacto sexual con otra(s) presidiaria(s), ¿alguna vez:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
se le persuadió o convenció?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le sobornó o corrompió?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le dieron drogas o alcohol para que se emborrachara o drogara?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le ofreció protección de otras presidiarias?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le amenazó con hierla o con un arma?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le detuvo o restringió físicamente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le hirió o lesionó físicamente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

14. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, presionó, o hizo sentir que debía tener sexo o contacto sexual con otra(s) presidiaria(s), ¿alguna vez:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
le hirieron con un cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
le fracturaron los huesos?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
tuvo un desgarre anal o vaginal?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
le despostillaron los dientes o se los tumbaron?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
sufrió lesiones internas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
lo golpearon hasta quedar inconsciente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
acabó con moretones, ojos morados, torceduras, cortes, rasguños, hinchazón o abultamientos (chichones)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
le hicieron otro tipo de lesión?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

15. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, presionó, o hizo sentir que debía tener sexo o contacto sexual con otra(s) presidiaria(s), ¿se le reportó a:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
un oficial de vigilancia?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
un miembro del personal administrativo?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
un trabajador médico o de salud?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
un(a) instructora(a), maestro(a) o consejero(a)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
un(a) voluntario(a)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
algún otro miembro del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

## SECCIÓN B

Las siguientes preguntas son sobre sexo o contacto sexual deseado o no deseado que usted haya tenido con personal de esta instalación. Al referirnos al personal, nos referimos a personas que trabajan o que sirven de voluntarias en esta instalación.

**16. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿ha tenido sexo oral o contacto sexual por su propia voluntad con algún miembro del personal de esta instalación?**

- Sí ..... <sub>1</sub>  
 No ..... <sub>2</sub>

**17. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿algún(a) empleado(a) de la instalación la forzó físicamente a tener sexo o contacto sexual con él/ella?**

- Sí ..... <sub>1</sub>  
 No ..... <sub>2</sub>

**18. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿algún miembro del personal de la instalación, sin forzarla físicamente, la presionó o hizo sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual con él/ella?**

- Sí ..... <sub>1</sub>  
 No ..... <sub>2</sub>

**19. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿cuántas veces en total ha tenido sexo o contacto sexual deseado o no deseado con personal en esta instalación?**

- Ninguna vez ..... <sub>1</sub> → *Vaya a la pregunta 28, página 4*  
 1 a 2 veces ..... <sub>2</sub>  
 De 3 a 5 veces ..... <sub>3</sub>  
 De 6 a 10 veces ..... <sub>4</sub>  
 11 o más veces ..... <sub>5</sub> } *Continúe con la pregunta 20*

**20. ¿Cuál de los siguientes tipos de sexo o contacto sexual ha tenido con personal de la instalación?**

<i>Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.</i>	Sí	No
¿Tocó el cuerpo de un miembro del personal de manera sexual o le tocaron el cuerpo de manera sexual?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tuvo sexo oral con un miembro del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tuvo sexo vaginal con un miembro del personal de esta instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
¿Tuvo sexo anal con un miembro del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**21. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿participó más de un miembro del personal?**

- Sí ..... <sub>1</sub>  
 No ..... <sub>2</sub>

**22. ¿Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿alguna vez sucedió:**

<i>Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.</i>	Sí	No
entre las seis de la mañana y el mediodía?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
después del mediodía pero antes de las seis de la tarde?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
después de las seis de la tarde pero antes de medianoche?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
después de la medianoche pero antes de las seis de la mañana?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**23. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿alguna vez sucedió:**

<i>Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.</i>	Sí	No
en su propia celda, cuarto o área para dormir?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en la celda, cuarto o unidad de otro presidiaria?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en la regadera o en el baño?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en un patio o área de recreación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en un salón de clase o la biblioteca?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en un taller, cocina u otro lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en un closet, oficina o en otra habitación con seguro en las puertas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
en algún otro lugar en la instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
fuera de la instalación?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**24. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿alguna vez:**

<i>Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.</i>	Sí	No
se le persuadió o convenció?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le sobornó o corrompió?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le dieron drogas o alcohol para emborracharla o para que se drogara?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le ofreció protección de otras presidiarias?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le amenazó con hacerle daño o con un arma?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le detuvo o restringió físicamente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
se le hirió o lesionó físicamente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

## FINAL DEL CUESTIONARIO

Las últimas dos preguntas son acerca de su experiencia con este cuestionario.

**28. ¿Qué tan incómodo le resultó contestar las preguntas sobre sus propias experiencias con sexo y asalto sexual dentro de esta instalación?**

- No me incomodó para nada .....  1  
 Me incomodó algo.....  2  
 Me incomodó muchísimo .....  3

**29. ¿Qué tan exactas son las respuestas que han dado en este cuestionario?**

- No muy exactas .....  1  
 Algo exactas .....  2  
 Nada exactas.....  3

**Después de completar la encuesta, por favor colóquela en el sobre y ciérrelo antes de devolverlo. ¡Muchas gracias!**

**25. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿alguna vez fue con:**

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
un empleado (hombre) de la instalación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
una empleada (mujer) de la instalación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**26. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿alguna vez:**

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
la hirieron con un cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
le fracturaron los huesos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
tuvo un desgarre anal o vaginal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
le despostillaron los dientes o se los tumbaron?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
sufrió lesiones internas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
la golpearon hasta quedar inconsciente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
acabó con moretones, ojos morados, torceduras, cortes, rasguños, hinchazón o abultamientos (chichones)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
le hicieron otro tipo de lesión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**27. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿alguna vez lo reportó a:**

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" o "No" para cada pregunta.	Sí	No
un oficial de vigilancia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
un miembro del personal administrativo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
un trabajador médico o de salud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
un(a) instructor(a), maestro(a) o consejero(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
un(a) voluntario(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
otro miembro del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2