



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 esta encuesta.

1. ¿En qué fecha fue admitida en 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 de origen español, hispano o latino?

Sí..... ₁
No ₂

4. ¿Cuál de estas categorías describe mejor su raza?

<i>Marque ☒ "Sí" o "No" para cada opción.</i>	Sí	No
Blanca	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Negra o de origen afroamericano	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
India americana o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Asiática	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

5. ¿Cuál es el nivel más avanzado que completó en la escuela?

No terminó la secundaria o preparatoria o 'high school'..... ₁
 Secundaria o preparatoria o el diploma de equivalencia general «GED» ₂
 Algunas clases en la universidad..... ₃
 Título universitario o más ₄

6. ¿Está usted actualmente detenida en esta instalación debido a alguno de los siguientes motivos?

<i>Marque ☒ "Sí" o "No" para cada opción.</i>	Sí	No
¿Un delito de tipo violento, tal como asalto físico o sexual, violación, robo, homicidio no premeditado, intento de asesinato o asesinato?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Un delito relacionado con las drogas, tal como posesión, venta o manufactura de drogas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Un delito contra la propiedad, tal como robo, latrocinio, robo de auto, cheques sin fondos, fraude, falsificación o robo mayor?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Algún otro delito?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

7. ¿Cuánto tiempo lleva en esta instalación?

Menos de 1 semana..... ₁
 Por lo menos 1 semana pero menos de 1 mes ₂
 Por lo menos 1 mes pero menos de 2 meses ₃
 Por lo menos 2 meses pero menos de 6 meses ₄
 Por lo menos 6 meses pero menos de 1 año..... ₅
 Por lo menos 1 año pero menos de 5 años ₆
 Por lo menos 5 años pero menos de 10 años ₇
 10 años o más..... ₈

8. Antes de que fuera admitida en esta instalación, ¿alguna vez había estado en una prisión, cárcel o cualquier otro tipo de instalación correccional ya sea como persona adulta o como adolescente?

Sí..... ₁
 No ₂

9. ¿Se considera usted:

Heterosexual o 'normal'? ₁
 Bisexual?..... ₂
 Homosexual, 'gay' o lesbiana? ₃
 Otro?..... ₄

10. **Antes de ingresar en esta instalación, ¿alguna vez alguien la forzó físicamente, la presionó o le hizo sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual, es decir, tocarle los genitales o el trasero, o tener sexo vaginal, oral o anal, sin que usted lo desee?**

Sí..... ₁ → Continúe con la pregunta 11

No ₂ → Vaya a la pregunta 12

11. **¿Se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual antes de tener 18 años de edad, después de los 18 años de edad o los dos?**

Antes de los 18 años de edad ₁

Después de los 18 años de edad ₂

Los dos..... ₃

12. **Antes de ingresar en esta instalación, ¿se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual, ya sea como persona adulta o como adolescente, en una cárcel, prisión u otra instalación correccional?**

Sí..... ₁

No ₂

13. **Esta pregunta es sobre sexo o contacto sexual deseado o voluntario que haya tenido con otras presidiarias en esta instalación. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿hizo algo de lo siguiente?:**

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" or "No" para cada opción.	Sí	No
¿Tocar el cuerpo de otra presidiaria de manera sexual o le tocaron el cuerpo a usted de manera sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo oral con otra presidiaria en esta instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo vaginal con otra presidiaria en esta instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo anal con otra presidiaria en esta instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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

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

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

15. **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" or "No" para cada opción.	Sí	No
¿Tocar el cuerpo de ella(s) de manera sexual o a que le toquen el cuerpo a usted de una manera sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo oral con ella(s)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo vaginal con ella(s)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo anal con ella(s)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

16. **Desde que usted llegó a esta instalación, ¿cuántas veces en total se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual con otra presidiaria?**

- 0 veces ₁ → Vaya a la SECCIÓN B en la página 4
- 1 vez ₂ } → Continúe con la pregunta 17 en la página 3
- 2 veces ₃ }
- De 3 a 10 veces..... ₄ }
- 11 veces or más..... ₅ }

17. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual con otra presidiaria, ¿alguna vez sucedió eso en algunas de las siguientes horas:

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

18. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual con otra presidiaria, ¿alguna vez eso sucedió:

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

19. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual con otra presidiaria, ¿alguna vez:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" or "No" para cada opción.	Sí	No
se le persuadió o convenció?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le sobornó o chantajeó?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
le dieron drogas o alcohol para que se emborrachara o drogara?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le ofreció protección de otras presidiarias?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
estaba intentando pagar o cancelar una deuda que usted tenía?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le amenazó con hacerle daño o con un arma?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le detuvo o restringió físicamente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le hirió o lesionó físicamente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

20. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual con otra presidiaria, ¿alguna vez:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" or "No" para cada opción.	Sí	No
le 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 vaginal o anal?	<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

21. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando se le forzó físicamente, se le presionó o le hicieron sentir que tenía que tener sexo o contacto sexual con otra presidiaria, ¿se lo reportó a:

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" or "No" para cada opción.	Sí	No
un oficial de vigilancia o guardia?	<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) instructora(a) o maestro(a)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un(a) consejero(a) u otro proveedor de cuidados de salud mental?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un capellán u otro oficial religioso?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un(a) voluntario(a)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
algún otro miembro del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
una línea telefónica de ayuda?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
otra presidiaria?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un miembro de su familia o amistad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

SECCIÓN B

Las siguientes preguntas son sobre sexo o contacto sexual que usted haya tenido con personal de esta instalación. Al decir personal, nos referimos a los empleados de esta instalación y cualquier persona que sirve de voluntaria en esta instalación.

22. Esta pregunta es sobre sexo o contacto sexual deseado que usted haya tenido con personal de esta instalación. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿hizo algo de lo siguiente?

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" or "No" para cada opción.	Sí	No
¿Tocar el cuerpo de alguien del personal de la instalación de manera sexual o a usted le tocaron el cuerpo de manera sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Frotar el pene o la vagina de alguien del personal de la instalación o le frotaron a usted la vagina con la mano?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo oral (poner la boca en el pene, la vagina o trasero) con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo vaginal con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo anal con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

23. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿alguien del personal de la instalación la forzó físicamente a hacer algo de lo que se menciona a continuación?

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" or "No" para cada opción.	Sí	No
¿Tocar el cuerpo de alguien del personal de manera sexual o que le tocaran su cuerpo de manera sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Frotar el pene o la vagina de alguien del personal de la instalación o que le frotaran a usted la vagina con la mano?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo oral (poner la boca en el pene, la vagina o trasero) con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo vaginal con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo anal con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

24. Desde que usted llegó a esta instalación, ¿alguien del personal de la instalación, sin usar fuerza física, la presionó o le hizo sentir que usted tenía que hacer algo de lo que se menciona a continuación?

Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Sí" or "No" para cada opción.	Sí	No
¿Tocar el cuerpo de alguien del personal de manera sexual o que le tocaran su cuerpo de manera sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Frotar el pene o la vagina de alguien del personal de la instalación o que le frotaran a usted la vagina con la mano?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo oral (poner la boca en el pene, la vagina o trasero) con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo vaginal con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
¿Tener sexo anal con alguien del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

25. Esta pregunta es sobre sexo deseado o no deseado con personal en esta instalación. 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?

- 0 veces ₁ → Vaya a la SECCIÓN C
- 1 vez ₂ } en la página 6
- 2 veces ₃ } → Continúe con la pregunta 26
- De 3 a 10 veces..... ₄ } on página 5
- 11 veces or más..... ₅ }

26. 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 durante cualquiera de los incidentes?

Sí ₁

No ₂

27. Desde que usted llegó a esta instalación, cuando tuvo sexo o contacto sexual con personal de la instalación, ¿alguna vez sucedió eso en alguna de las siguientes horas:

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

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

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

29. 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" or "No" para cada opción.	Sí	No
se le persuadió o convenció?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le sobornó o chantajeó?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
le dieron drogas para que se emborrachara o drogara?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le ofreció protección de otras presidiarias?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le ofreció protección de otro(a) oficial de vigilancia o guardia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
estaba intentando pagar o cancelar una deuda que usted tenía?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le amenazó con hacerle daño o con un arma?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le detuvo o restringió físicamente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
se le hirió o lesionó físicamente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

30. 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" or "No" para cada opción.	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

31. 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" or "No" para cada opción.	Sí	No
le 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 vaginal o anal?	<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

32. 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" or "No" para cada opción.	Sí	No
un(a) oficial de vigilancia o guardia?	<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) instructora(a) o maestro(a)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un(a) consejero(a) u otro proveedor de cuidados de salud mental?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un capellán u otro oficial religioso?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un(a) voluntario(a)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
algún otro miembro del personal de la instalación?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
una línea telefónica de ayuda?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
otra presidiaria?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
un miembro de su familia o amistad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

SECCIÓN C

Estas últimas dos preguntas son acerca de su experiencia con esta encuesta.

33. ¿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

34. ¿Qué tan exactas son las respuestas que ha dado en esta encuesta?

No muy exactas ₁

Algo exactas ₂

Muy exactas..... ₃

Después de completar la encuesta, por favor colóquela en el sobre y ciérrelo antes de regresarlo.

¡Muchas gracias!

