

LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD - 2022

REPÚBLICA DEL ECUADOR

CUESTIONARIO:

Forma correcta de registro:

CÓDIGO_PPL:

SECCIÓN I.



UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD (CPL)



A. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

1. PROVINCIA
2. CANTÓN
3. CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL
4. ZONA
5. SECTOR

C. ÁREA DISPERSA

7. NÚMERO DE LOCALIDAD, COMUNIDAD, CENTRO POBLADO, RECINTO, ANEJO, COMUNA

7.1 NOMBRE *Registre:*

D. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

8. EDIFICIO 10. NÚMERO DE LA VIVIENDA

9. PISO

B. ÁREA AMANZANADA

6. MANZANA

F. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD Y UBICACIÓN DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD

11. CÓDIGO_CPL

12. NOMBRE DEL CPL

13. TIPO DE CENTRO

Hombres	<input type="text"/>	1
Mujeres	<input type="text"/>	2
Mixto	<input type="text"/>	3

14. RESPECTO A SU UBICACIÓN EN EL CENTRO, ¿CUÁL ES EL NOMBRE O NÚMERO DE:

A. PABELLÓN?

B. PISO?

C. ALA?

D. CELDA?

SECCIÓN II.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD (PPL)

Nombres Completos: 1. 2.

Apellidos Completos: 1. 2.

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. ¿QUÉ PARENTESCO O RELACIÓN TIENE CON LA/EL REPRESENTANTE DEL HOGAR?

1. Representante del hogar..... 1
2. Cónyuge o conviviente..... 2
3. Hija o hijo..... 3
4. Hijastra o hijastro..... 4
5. Nuera o yerno..... 5
6. Nieta o nieto..... 6
7. Madre o padre..... 7
8. Suegra o suegro..... 8
9. Otro pariente..... 9
10. Otro no pariente..... 10
11. Empleada/o doméstica/o..... 11
12. Miembro del hogar colectivo..... 12
13. Persona sin vivienda..... 13

2. ¿CUÁL FUE SU SEXO AL NACER:

Hombre?... 1 Mujer?... 2

3. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?

Años cumplidos

4. ¿CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?

Día Mes Año

5. ¿USTED ESTÁ INSCRITO/A EN EL REGISTRO CIVIL ECUATORIANO?

Sí..... 1 No..... 2

6. ¿TIENE NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O DE IDENTIDAD ECUATORIANA?

Sí..... 1 → 1.1 ¿CUÁL ES EL NÚMERO?

Cédula de ciudadanía o de identidad ecuatoriana

Pase a pregunta 7

No..... 2 → 2.1 ¿TIENE:

Pasaporte u otro documento de Identidad de su país de origen?..... 1

No tiene documento alguno?..... 2

7. ¿TIENE DIFICULTAD PERMANENTE PARA:

<i>(Lea todas las opciones)</i>	No tiene dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	Total dificultad
1. Caminar, o subir o bajar gradas/ escaleras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hablar, comunicarse o conversar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Oír aun usando aparato auditivo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ver, aun usando lentes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Recordar, entender o concentrarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿EN DÓNDE NACIÓ:

En esta ciudad o parroquia rural?..... 1

En otro lugar del país?..... 2

2.1 Provincia _____ *(Especifique)*

2.2 Cantón _____ *(Especifique)*

2.3 Ciudad o parroquia rural _____ *(Especifique)*

En otro país?..... 3

3.1 ¿En qué país nació? _____ *(Especifique)*

3.2 ¿En qué año llegó al Ecuador?

9. HACE 5 AÑOS (2017), ¿EN QUÉ LUGAR VIVÍA HABITUALMENTE:

En esta ciudad o parroquia rural?..... 1

En otro lugar del país?..... 2

2.1 Provincia _____ *(Especifique)*

2.2 Cantón _____ *(Especifique)*

2.3 Ciudad o parroquia rural _____ *(Especifique)*

En otro país?..... 3

3.1 ¿Cuál es el nombre del país? _____ *(Especifique)*

10. ¿EN QUÉ IDIOMAS O LENGUAS HABLA O SE COMUNICA USTED:

(Admite más de una respuesta)

Indígena?..... 1

1.1 ¿Cuál es el idioma o lengua indígena que habla?

IDIOMAS: A'ingae, Achuar Chicham, Andwa, Pukwano, Awapit, Bai Coca, Ch aa'palaa, Kichwa, Paaikoka, Saparas, Shiwiar Chicham, Shuar Chicham, Siapedee, Tsa'fiki, Wao tededo.

Registre: _____

Castellano / Español?..... 2

Idioma extranjero?..... 3

Lengua de señas ecuatoriana?..... 4

No habla / No se comunica?..... 5

11. ¿CÓMO SE IDENTIFICA USTED SEGÚN SU CULTURA Y COSTUMBRES:

Indígena?..... 1

Afroecuatoriano/a o Afrodescendiente?..... 2

Negro/a?..... 3

Mulato/a?..... 4

Montubio/a?..... 5

Mestizo/a?..... 6

Blanco/a?..... 7

Otro?..... 8

8.1 ¿Cómo se identifica?

Registre: _____

Pase a pregunta 12

Pase a pregunta 13

12. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD O PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE?

NACIONALIDADES: A'i Cofan, Achuar, Andwa, Awa, Chachi, Epera Siapidaara, Kichwa, Sapara, Shiwiar, Shuar Siekpopaai, Siona, Tsa'chila, Waodani.

PUEBLOS: Chibuleo, Huancaivilca, Kañari, Karanki, Kayambi, Kisapincha, Kitu Kara, Manta, Natabuela, Otavalo, Paltas, Panzaleo, Pastos, Puruhá, Salasaka, Saraguro, Tomabela, Waranka.

Registre: _____

13. ¿SU MAMÁ O SU PAPÁ HABLA O HABLABA ALGÚN IDIOMA INDÍGENA?

Sí..... 1 No..... 2

B. EDUCACIÓN

14. ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

Sí..... 1 No..... 2

15. ¿ASISTE ACTUALMENTE A LA EDUCACIÓN REGULAR O FORMAL?

(De forma presencial o **virtual** a Educación inicial, Escuela, Colegio, Educación Superior Técnica, Universidad, Escuelas Politécnicas)

Sí..... 1
 No..... 2 → **Pase a pregunta 17**

16. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA AL QUE ASISTE (PRESENCIAL O VIRTUAL) ES:

Fiscal (Del Estado)?..... 1
 Particular (Privado)?..... 2
 Ficomisional?..... 3
 Municipal?..... 4

17. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ?

Ninguno..... 1 } **Pase a pregunta 19**
 Centro de Desarrollo Infantil/ Creciendo con nuestros hijos/ Guardería..... 2 }
 Educación inicial/Preescolar/SAPFI..... 3
 Alfabetización/ Postalfabetización..... 4
 Primaria..... 5
 Educación General Básica (EGB) 6
 Secundaria 7
 Bachillerato..... 8
 Ciclo Postbachillerato (No superior)..... 9
 Educación Técnica o Tecnológica Superior (institutos superiores técnicos o tecnológicos)..... 10
 Educación Superior (universidades, escuelas politécnicas)..... 11
 Maestría/ Especialización..... 12
 PHD/Doctorado..... 13

18. EN EL NIVEL QUE INDICA, ¿CUÁL ES EL GRADO, CURSO O AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si en la **pregunta 17** respondió:
 Alternativas de **3 a 6**, pase a **pregunta 19**
 Alternativas de **7 a 8**, pase a **pregunta 21**
 Alternativas de **9 a 13**, pase a **pregunta 20**

19. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

Sí..... 1 } **Pase a pregunta 21**
 No..... 2 }

20. ¿OBTUVO ALGÚN TÍTULO EN EL NIVEL QUE INDICA?

Sí..... 1 No..... 2

21. ¿EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA UTILIZADO:

	1. Sí	2. No
1. Teléfono celular?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Computadora o laptop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tablet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. TRABAJO

22. ¿LA SEMANA PASADA USTED:

Trabajó al menos una hora para generar un ingreso? 1 → **Pase a pregunta 27**

Realizó algún trabajo ocasional (cachuelo o chaucha) por un pago? 2

Atendió un negocio propio?..... 3

Ayudó en algún negocio o empleo de algún miembro de su hogar?..... 4

No trabajó, pero SI tenía un trabajo al que seguro iba a volver? (por vacaciones, enfermedad, etc)..... 5

Hizo o ayudó en labores agrícolas, cría de animales o pesca?..... 6 → **Pase a pregunta 24**

NO TRABAJÓ 7 → **Pase a pregunta 25**

23. ¿EL TRABAJO QUE REALIZÓ FUE EN LABORES AGRÍCOLAS, CRÍA DE ANIMALES O PESCA?

Sí..... 1
 No..... 2 → **Pase a pregunta 27**

C. CONTINUACIÓN TRABAJO

24. ¿LOS PRODUCTOS AGRÍCOLAS O LA CRÍA DE ANIMALES EN LOS QUE TRABAJÓ, FUERON:

Todo para la venta?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	} Pase a pregunta 27
La mayor parte para la venta?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
La mayor parte para consumo del hogar?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Todo para consumo del hogar?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

25. EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, ¿HIZO ALGUNA GESTIÓN PARA BUSCAR TRABAJO Y ESTÁ DISPONIBLE PARA TRABAJAR?

Sí.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→ Pase a pregunta 30
No.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

26. ¿SI NO TRABAJÓ NI HA BUSCADO TRABAJO:

Es rentista?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	} Pase a pregunta 30
Es jubilado/a o pensionista?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Es estudiante?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Realiza quehaceres del hogar?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Le impide trabajar su discapacidad?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Otro? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(Especifique)

27. EN SU TRABAJO PRINCIPAL, ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TAREA QUE REALIZA?

(EJEMPLOS: Agricultor de maíz, Vendedor de ropa en almacén, Albañil construye casas, Conductor de bus, Profesor de secundaria, Vendedor ambulante de humitas, Contadora realiza balances, etc.)

Registre: USO INEC COD.

28. ¿A QUÉ SE DEDICA O QUÉ PRODUCE PRINCIPALMENTE EL NEGOCIO, EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA?

(EJEMPLOS: Cultivo de cacao, Venta de carne en el mercado, Construcción de vías, Transporte de carga en camión, Enseñanza universitaria, Venta ambulante de CDs, Servicio de salud en hospital, etc.)

Registre: USO INEC COD.

29. ¿EN EL TRABAJO O NEGOCIO QUE INDICA, ES:

Empleado/a u obrero/a privado?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
Empleado/a u obrero/a del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
Jornalero/a o peón?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
Empleado/a doméstico/a?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4
Patrono/a?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5
Cuenta propia?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6
Socio/a?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7
Trabajador/a familiar no remunerado?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8

D. SEGURIDAD SOCIAL, ESTADO CONYUGAL, FECUNDIDAD, MORTALIDAD Y GÉNERO

30. ¿APORTA ACTUALMENTE AL:

IESS Seguro General?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
IESS Seguro Voluntario?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
IESS Seguro Campesino?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
Seguro ISSFA?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4
Seguro ISSPOL?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5
No aporta, es Jubilado/a del IESS, ISSFA, ISSPOL?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6
No aporta?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7

31. ¿ACTUALMENTE SU ESTADO CONYUGAL ES:

Unido/a?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	} Mujeres, pase a pregunta 32 Hombres, pase a pregunta 36
Separado/a?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Divorciado/a?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viudo/a?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Casado/a?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Soltero/a?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SOLO PARA MUJERES (PREGUNTA 32 A 35)

32. ¿CUÁNTAS HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA?

<input type="text"/> <input type="text"/>	+	<input type="text"/> <input type="text"/>	=	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mujeres		Hombres		Total

Ninguno..... 0 → Pase a pregunta 36

No sabe..... 98

33. ¿CUÁNTOS ESTÁN VIVOS ACTUALMENTE?

<input type="text"/> <input type="text"/>	+	<input type="text"/> <input type="text"/>	=	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mujeres		Hombres		Total

Ninguno..... 0

No sabe..... 98

SECCIÓN II. CONTINUACIÓN - CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD

34. ¿A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMERA HIJA O HIJO NACIDO VIVO?

Edad *Si no sabe, registre 98*
Si no responde, registre 99

35. ¿EN QUÉ FECHA TUVO SU ÚLTIMA/O HIJA O HIJO NACIDO VIVO?

Día Mes Año

PARA TODAS LAS PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

A continuación, le haré una pregunta sobre su orientación sexual, que es el tipo de atracción que usted puede sentir hacia otras personas. Recuerde que esta información es confidencial.

36. DE ACUERDO A SU GÉNERO, ¿CÓMO SE IDENTIFICA:

Masculino?.....	<input type="text"/>	1
Femenino?.....	<input type="text"/>	2
Trans masculino?.....	<input type="text"/>	3
Trans femenina?.....	<input type="text"/>	4
No binario?.....	<input type="text"/>	5
No sabe/ no responde.....	<input type="text"/>	9

37. ¿SIENTE ATRACCIÓN AFECTIVA, FÍSICA O SEXUAL POR:

Hombres?.....	<input type="text"/>	1
Mujeres?.....	<input type="text"/>	2
Por hombres y mujeres?.....	<input type="text"/>	3
Otro?..... <i>(Especifique)</i>	<input type="text"/>	4
No sabe/ no responde.....	<input type="text"/>	9

SECCIÓN III. ENTORNO FAMILIAR DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD

Ahora le haré algunas preguntas en caso de que usted tenga hijos/as, así como ciertas condiciones sociales de ellos/ellas.

1. ¿USTED TIENE HIJOS(AS) MENORES DE 18 AÑOS?

Sí.....	<input type="text"/>	1
No.....	<input type="text"/>	2
No sabe.....	<input type="text"/>	8
No responde.....	<input type="text"/>	9

Pase a pregunta 9

2. ¿CUÁNTOS HIJOS(AS) MENORES DE 18 AÑOS TIENE?

Registre con número

No sabe.....	<input type="text"/>	88
No responde.....	<input type="text"/>	99

Pase a pregunta 4

3. ¿QUÉ EDAD(ES) TIENE(N) SUS HIJO(A)(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS?

Registre con número

Hijo 1.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 2.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 3.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 4.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 5.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 6.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 7.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 8.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 9.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 10.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 11.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años
Hijo 12.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	años

Si es menor de un año, registre 00
Si no sabe, registre 98
Si no responde, registre 99

4. SU(S) HIJO(A)(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS, ¿TIENE(N) ALGUNA DISCAPACIDAD?

Sí.....	<input type="text"/>	1
No.....	<input type="text"/>	2
No sabe.....	<input type="text"/>	8
No responde.....	<input type="text"/>	9

Pase a pregunta 6

5. ¿CUÁNTOS HIJO(A)(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS TIENE(N) ALGUNA DISCAPACIDAD?

Registre con número

"98", No sabe
"99", No responde

6. SU(S) HIJO(A)(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS, ¿SE ENCUENTRA(N) ESTUDIANDO?

Sí.....	<input type="text"/>	1
No.....	<input type="text"/>	2
No sabe.....	<input type="text"/>	8
No responde.....	<input type="text"/>	9

Pase a pregunta 8

7. ¿CUÁNTOS HIJO(A)(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS SE ENCUENTRA(N) ESTUDIANDO?

Registre con número

"98", No sabe
"99", No responde

SECCIÓN III.

CONTINUACIÓN ENTORNO FAMILIAR DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD

8. ACTUALMENTE, ¿CON QUIÉN(ES) VIVE(N) SU(S) HIJO(A)(S) MENOR(ES) DE 18 AÑOS?

Admite más de una respuesta

Yo (informante).....	<input type="checkbox"/>	1
La madre o el padre (del hijo o hijos).....	<input type="checkbox"/>	2
Hermano(a)s mayores de 18 años (del hijo o hijos).....	<input type="checkbox"/>	3
Abuelo(a)s (de los hijos).....	<input type="checkbox"/>	4
Otros familiares	<input type="checkbox"/>	5
Albergue, casa de acogida u otra institución de asistencia social	<input type="checkbox"/>	6
Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/>	7
No sabe	<input type="checkbox"/>	8
No responde	<input type="checkbox"/>	9

9. ¿USTED TIENE HIJOS(AS) MAYORES DE 18 AÑOS?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

} Pase a sección IV

10. SU(S) HIJO(A)(S) MAYOR(ES) DE 18 AÑOS, ¿TIENE(N) ALGUNA DISCAPACIDAD?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

} Pase a sección IV

11. ¿CUÁNTOS HIJO(A)(S) MAYOR(ES) DE 18 AÑOS TIENE(N) ALGUNA DISCAPACIDAD?

Registre con número
 "98", No sabe
 "99", No responde

SECCIÓN IV.

ANTECEDENTES, DETENCIÓN Y PROCESO JUDICIAL

Las preguntas que le haré a continuación tienen como objeto conocer su experiencia en el proceso legal durante la privación de su libertad.

A. ANTECEDENTES

1. ¿CUÁNTO TIEMPO TIENE PRIVADO/A DE SU LIBERTAD? (Desde su ingreso a un Centro de Privación de Libertad hasta el momento de la entrevista)

Menos de 6 meses.....	<input type="checkbox"/>	1
Más de 6 meses hasta 1 año.....	<input type="checkbox"/>	2
Más de 1 año hasta 1 año con 6 meses.....	<input type="checkbox"/>	3
Más de 1 años con 6 meses hasta 2 años.....	<input type="checkbox"/>	4
Más de 2 años.....	<input type="checkbox"/>	5
No sabe	<input type="checkbox"/>	8
No responde	<input type="checkbox"/>	9

2. JUSTO ANTES DE SU DETENCIÓN (PRIVACIÓN DE SU LIBERTAD) , ¿EN QUÉ LUGAR VIVÍA HABITUALMENTE:

En esta ciudad o parroquia rural?..... 1

En otro lugar del país?..... 2

2.1 Provincia _____ (Especifique) ←

2.2 Cantón _____ (Especifique)

2.3 Ciudad o parroquia rural _____ (Especifique)

En otro país?..... 3

3.1 ¿Cuál es el nombre del país? _____ (Especifique) ←

3. ¿ANTES DE SU DETENCIÓN, MANTENÍA ECONÓMICAMENTE A ALGUIEN?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

4. LA SEMANA PREVIA A SU DETENCIÓN, EN SU TRABAJO PRINCIPAL, ¿CUÁL ERA LA OCUPACIÓN O TAREA QUE REALIZABA?

(EJEMPLOS: Agricultor de maíz, Vendedor de ropa en almacén, Albañil construye casas, Conductor de bus, Profesor de secundaria, Vendedor ambulante de humitas, Contadora realiza balances, etc.)

Registre: **USO INEC COD.**

NO TRABAJÓ 97 → **Pase a pregunta 7**

5. ¿A QUÉ SE DEDICA O QUÉ PRODUCE PRINCIPALMENTE EL NEGOCIO, EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJABA?

(EJEMPLOS: Cultivo de cacao, Venta de carne en el mercado, Construcción de vías, Transporte de carga en camión, Enseñanza universitaria, Venta ambulante de CDs, Servicio de salud en hospital, etc.)

Registre: **USO INEC COD.**

6. ¿EN EL TRABAJO O NEGOCIO QUE INDICA, USTED ERA:

Empleado/a u obrero/a privado?.....	<input type="checkbox"/>	1
Empleado/a u obrero/a del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial?...	<input type="checkbox"/>	2
Jornalero/a o peón?.....	<input type="checkbox"/>	3
Empleado/a doméstico/a?.....	<input type="checkbox"/>	4
Patrono/a?.....	<input type="checkbox"/>	5
Cuenta propia?.....	<input type="checkbox"/>	6
Socio/a?.....	<input type="checkbox"/>	7
Trabajador/a familiar no remunerado?.....	<input type="checkbox"/>	8

SECCIÓN IV.

CONTINUACIÓN ANTECEDENTES, DETENCIÓN Y PROCESO JUDICIAL

B. DETENCIÓN

7. ME PODRÍA DECIR, ¿POR QUÉ ESTÁ EN ESTE CENTRO DE PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD:

(Si menciona 2 o más delitos pida al informante que se refiera al que considere más importante)

- Porque cometió un delito?..... 1
- Porque ayudó en la realización de un delito?..... 2
- Porque no ha podido demostrar su inocencia?... 3
- Lo/a acusaron falsamente de cometer un delito, lo/a inculparon, lo/a confundieron, dicen que cometió un delito?..... 4
- Porque cometió una **contravención** (detención provisional) o tenía una orden de apremio personal?..... 5
- Otro _____ 6
(Especifique)
- No sabe..... 8
- No responde..... 9

8. ¿EN DÓNDE LO/A DETUVIERON:

- En esta ciudad o parroquia rural?..... 1
- En otro lugar del país?..... 2
- _____ 2
(Especifique)
- 2.1 Provincia _____ 2
(Especifique)
- 2.2 Cantón _____ 2
- En otro país?..... 3
- 3.1 ¿Cuál es el nombre del país? _____ 3
(Especifique)

9. ¿EN QUÉ FECHA LO/LA DETUVIERON?

Día Mes Año

"98", No sabe
"99", No responde

"9888", No sabe
"9999", No responde

10. ¿EN QUÉ PROVINCIA Y CANTÓN SUCEDIÓ EL DELITO POR EL QUE LO(A) ACUSAN?

- 1. Provincia..... _____ *(Especifique)*
- 2. Cantón..... _____ *(Especifique)*
- 3. No sucedió en Ecuador.....
- 9. No responde.....

11. ¿EN QUÉ FECHA OCURRIÓ EL DELITO POR EL QUE LO/A ACUSAN?

Día Mes Año

"98", No sabe
"99", No responde

"9888", No sabe
"9999", No responde

C. PROCESO JUDICIAL

12. RESPECTO AL DELITO O DELITOS POR LOS QUE SE LE ACUSÓ, Y POR EL CUÁL(ES) ESTÁ EN ESTE CENTRO ¿USTED SE ENCUENTRA:

- Sentenciado/a *(es decir, ya lo/la consideraron culpable)?*..... 1 → **Pase a pregunta 13**
- Procesado/a *(es decir, NO le han dictado sentencia por ningún delito)?*..... 2 → **Pase a pregunta 18**
- No sabe 8 → **Pase a sección V**

PROCESO JUDICIAL – PERSONAS SENTENCIADAS

13. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DIJO EL JUEZ QUE PERMANECERÍA RECLUIDO/A EN UN CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD?

 Registre: "98", No sabe
Años Meses *"99", No responde*

14. ¿EN QUÉ FECHA LO/LA SENTENCIARON?

 Mes Año

Registre: "98", No sabe *"9888", No sabe*
"99", No responde *"9999", No responde*

15. SU SENTENCIA FUE EL RESULTADO DE:

- Un juicio?..... 1
- Un procedimiento abreviado?..... 2
- No sabe 8
- No responde 9

16. ¿POR CUÁL(ES) DELITO(S) FUE SENTENCIADO/A? (Admite más de una respuesta)

- Robo (Sustracción de bienes mediante amenazas o el uso de la fuerza/ violencia)..... 1
- Tráfico ilícito de sustancias..... 2
- Lesiones..... 3
- Homicidio culposo (accidental o negligente)..... 4
- Homicidio/Asesinato..... 5
- Tenencia y porte de armas sin autorización 6
- Hurto (Sustracción de bienes sin ejercer violencia, amenaza o intimidación en la persona o fuerza en las cosas) 7
- Estafa 8
- Extorsión 9
- Receptación 10
- Abuso sexual (Atentado al pudor)..... 11
- Violación sexual..... 12
- Asociación ilícita..... 13
- Delincuencia Organizada..... 14
- Secuestro..... 15
- Daño a bien ajeno..... 16
- Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar 17
- Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar..... 18
- Otro(s) delito(s) _____ 19
(Especifique)
- No sabe..... 98
- No responde 99

SECCIÓN IV.

CONTINUACIÓN ANTECEDENTES, DETENCIÓN Y PROCESO JUDICIAL

PROCESO JUDICIAL – PERSONAS SENTENCIADAS

PROCESO JUDICIAL – PERSONAS PROCESADAS

17. SU(S) ABOGADO(S) DEFENSOR(ES), ¿HAN SIDO DE OFICIO (PÚBLICO) O PRIVADO(S)?

21. ¿EN QUÉ ESTADO SE ENCUENTRA SU PROCESO O JUICIO:

(Si tiene 2 o más juicios abiertos pida al informante que se refiera al que considere más importante)

Privado(s) (Abogado particular).....		1
Defensor Público (Abogado de oficio).....		2
No sabe		8
No responde		9

Pase a Sección V

Investigación previa?.....		1
Instrucción fiscal?.....		2
Preparatoria y Evaluatoria de Juicio?.....		3
Juicio?.....		4
Recurso de Apelación?.....		5
Recurso de Casación?.....		6
No sabe.....		8
No responde		9

PROCESO JUDICIAL – PERSONAS PROCESADAS

18. ¿CUÁNTOS PROCESOS O JUICIOS POR DELITOS TIENE ABIERTOS ACTUALMENTE?

Registre con número

"98", No sabe
"99", No responde

19. ¿LOS DELITOS POR LOS QUE ACTUALMENTE TIENE PROCESOS O JUICIOS ABIERTOS, OCURRIERON:

(Admite más de una respuesta)

Antes de su reclusión?.....		1
Durante su reclusión?.....		2
No sabe		8
No responde		9

22. SU(S) ABOGADO(S) DEFENSOR(ES), ¿HAN SIDO DE OFICIO (PÚBLICO) O PRIVADO(S)?

Privado(s) (Abogado particular).....		1
Defensor Público (Abogado de oficio).....		2
Menciona que no tiene abogado.....		3
No sabe		8
No responde		9

20. ¿POR CUÁL(ES) DELITO(S) FUE PRIVADO/A DE SU LIBERTAD INICIALMENTE? (Admite más de una respuesta)

Robo (Sustracción de bienes mediante amenazas o el uso de la fuerza/ violencia).....		1
Tráfico ilícito de sustancias.....		2
Lesiones.....		3
Homicidio culposo (accidental o negligente).....		4
Homicidio/Asesinato.....		5
Tenencia y porte de armas sin autorización		6
Hurto (Sustracción de bienes sin ejercer violencia, amenaza o intimidación en la persona o fuerza en las cosas)		7
Estafa		8
Extorsión		9
Receptación		10
Abuso sexual (Atentado al pudor).....		11
Violación sexual.....		12
Asociación ilícita.....		13
Delincuencia Organizada.....		14
Secuestro.....		15
Daño a bien ajeno.....		16
Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar		17
Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar.....		18
Otro(s) delito(s)		19
<i>(Especifique)</i>		
No sabe.....		98
No responde		99

**SI EN LA PREGUNTA 7 RESPONDE ALTERNATIVA 5 (PERSONA CONTRAVENTORA O APREMIO PERSONAL):
PASE A SECCIÓN VI**

OBSERVACIONES

SECCIÓN V.

CONDICIONES DE VIDA EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

A continuación, le preguntaré sobre sus condiciones de vida dentro de este Centro de Privación de Libertad. Las características de su celda, así como los bienes y servicios que le brindan aquí.

A. INFRAESTRUCTURA, BIENES Y SERVICIOS

1. ¿CON CUÁNTAS PERSONAS COMPARTE SU CELDA?

Registre con número

Si responde "ninguna", registre 00
Si no sabe, registre 98
Si no responde, registre 99

6. CON RESPECTO A (...), ¿USTED CONSIDERA QUE LA CALIDAD ES..

(Lea todas las opciones)	1.Buena	2.Regular	3.Mala	8.No sabe
1. los alimentos que recibe?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. infraestructura de su celda?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. agua potable que recibe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. lugar para bañarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. servicios higiénicos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora le preguntaré sobre la forma en que usted vive dentro del Centro de Privación de Libertad, el desarrollo de sus actividades diarias, la participación en ejes de atención y otras condiciones.

7. ¿EN ESTE CENTRO LAS PERSONAS SENTENCIADAS Y LAS PROCESADAS ESTÁN EN INSTALACIONES SEPARADAS?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

8. CONSIDERANDO LAS 24 HORAS DEL DÍA, ¿CUÁNTAS HORAS PASA EN SU CELDA?

Registre con número

"98", No sabe
"99", No responde

B. EJE EDUCATIVO

9. EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO QUE USTED APROBÓ, ¿LO OBTUVO ANTES DE ESTAR PRIVADO/A DE SU LIBERTAD O DURANTE SU RECLUSIÓN?

Antes.....	<input type="checkbox"/>	1
Durante.....	<input type="checkbox"/>	2
No aplica.....	<input type="checkbox"/>	3

10. ¿ACTUALMENTE USTED ESTÁ ESTUDIANDO EN ALGÚN PROGRAMA EDUCATIVO QUE BRINDA ESTE CENTRO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

Pase a pregunta 12

Pase a pregunta 13

11. ¿QUÉ NIVEL ESTÁ ESTUDIANDO?

Alfabetización.....	<input type="checkbox"/>	1
Post-Alfabetización.....	<input type="checkbox"/>	2
Básica Superior.....	<input type="checkbox"/>	3
Bachillerato.....	<input type="checkbox"/>	4
Educación superior.....	<input type="checkbox"/>	5

Pase a pregunta 13

2. DE ACUERDO CON SU EXPERIENCIA, EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD ¿EL AGUA POTABLE ...

1. Sí 2. No 8. No sabe

1. es pura y transparente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. la puede beber sin temor a enfermarse?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. tiene servicio permanente, es decir todo el día, todos los días?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. es suficiente para cubrir sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DE ACUERDO CON SU EXPERIENCIA, EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD ¿EL SERVICIO DE LUZ ELÉCTRICA (ENERGÍA ELÉCTRICA) EN SU CELDA ...

1. Sí 2. No 8. No sabe

1. genera la luz suficiente para que usted pueda leer o trabajar sin forzar la vista ?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. en caso de daño se da atención inmediata a la falta de energía eléctrica?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. tiene servicio permanente, es decir todo el día, todos los días?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE PROPORCIONAN ALIMENTOS EN ESTE CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD?

1 vez al día.....	<input type="checkbox"/>	1
2 veces al día.....	<input type="checkbox"/>	2
3 veces al día.....	<input type="checkbox"/>	3
4 veces o más al día.....	<input type="checkbox"/>	4
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

5. CON RESPECTO A LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE RECIBE EN EL CENTRO, ¿USTED CONSIDERA QUE SON SUFICIENTES?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

B. CONTINUACIÓN EJE EDUCATIVO

12. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO PARTICIPA EN ALGÚN PROGRAMA EDUCATIVO EN ESTE CENTRO?

No existen programas educativos.....	<input type="checkbox"/>	1
No existen programas adecuados a su nivel de estudios	<input type="checkbox"/>	2
No cuenta con una sentencia.....	<input type="checkbox"/>	3
No quiere/ no le interesa.....	<input type="checkbox"/>	4
Considera que ya no le sirve.....	<input type="checkbox"/>	5
No tiene papeles (certificado, acta de nacimiento)...	<input type="checkbox"/>	6
No sabe de los servicios existentes.....	<input type="checkbox"/>	7
Otra cuál? _____	<input type="checkbox"/>	8

(Especifique)

A continuación, voy a mencionar algunas actividades en las que usted tal vez participó, estas actividades pueden ser: cursos, talleres, charlas, entre otros, de **corta duración**, en diversas áreas que le permiten adquirir y/o perfeccionar conocimientos, habilidades y actitudes.

13. EN EL ÚLTIMO MES ¿USTED HA PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES NO ESCOLARIZADAS, COMO:

	1. Sí	2. No
1. Educación para la salud y Prevención de Enfermedades?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Educación para la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Género?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Relaciones Humanas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Derechos Humanos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Educación en valores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Procedimiento legal y ejecución de penas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Computación y uso de tecnologías?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Religión y cultos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Idiomas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Violencia intrafamiliar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cultura de paz?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Escuela para padres y madres?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Biblioteca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Otras actividades? <i>(Especifique)</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿CONSIDERA USTED QUE LAS ACTIVIDADES RELIGIOSAS SIRVEN PARA APOYAR EN SU PROCESO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN CON SU FAMILIA Y LA SOCIEDAD?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

C. EJE LABORAL

15. ¿USTED SE ENCUENTRA INSCRITO EN ALGUNA ACTIVIDAD OCUPACIONAL COMO:

	1. Sí	2. No
1. Talleres y/o actividades productivas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Servicios auxiliares (<i>limpieza, jardinería, mantenimiento, capacitación</i>)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Capacitaciones (<i>desarrollo de habilidades, formación artesanal</i>)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Terapia ocupacional (<i>mejorar y fortalecer habilidades motrices</i>)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si registra en todas las alternativas "No" continúe a pregunta 17

16. ¿CONSIDERA USTED QUE LAS ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y/O PRODUCTIVAS LE PERMITIRÁN CONSEGUIR UN TRABAJO U OBTENER DINERO CUANDO SALGA DEL CENTRO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1	} Pase a Pregunta 18
No.....	<input type="checkbox"/>	2	
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8	
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9	

17. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO PARTICIPA EN ALGUNA ACTIVIDAD OCUPACIONAL EN ESTE CENTRO?

No existen programas ocupacionales en el CPL.....	<input type="checkbox"/>	1
No cuenta con el material necesario.....	<input type="checkbox"/>	2
No cuenta con una sentencia.....	<input type="checkbox"/>	3
No quiere/ no le interesa.....	<input type="checkbox"/>	4
No hay suficiente personal en el CPL.....	<input type="checkbox"/>	5
Se ha inscrito y no lo/la han llamado.....	<input type="checkbox"/>	6
No sabe de los servicios existentes.....	<input type="checkbox"/>	7
Otra cuál? _____	<input type="checkbox"/>	8

(Especifique)

D. EJE SALUD

Ahora le haré algunas preguntas sobre su estado de salud actual.

18. A SU LLEGADA A ESTE CENTRO, ¿UN MÉDICO O ENFERMERA LE REALIZÓ UN CHEQUEO MÉDICO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

D. CONTINUACIÓN EJE SALUD

19. ¿ALGÚN MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

	1. Sí	2. No	8. No sabe
1. Diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hipertensión, es decir, presión arterial alta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cáncer (cualquier tipo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bronquitis o neumonía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. COVID - 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otro? _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si registra en todas las alternativas "No" o "No sabe" continúe a pregunta 20

19.1 LA MAYORÍA DE LAS VECES, ¿QUIÉN LE PROPORCIONA EL MEDICAMENTO O EL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD?

Yo mando a comprar o compro el medicamento.....	<input type="checkbox"/>	1
Mi familia compra el medicamento.....	<input type="checkbox"/>	2
El Centro de Privación de Libertad.....	<input type="checkbox"/>	3
Organizaciones externas al Centro (ONG's, grupos de voluntarios, grupos religiosos, instituciones de beneficencia).....	<input type="checkbox"/>	4
Otra cuál? _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	5
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

20. ¿USTED CUENTA CON UNA HISTORIA CLÍNICA DENTRO DEL CENTRO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

21. DURANTE SU PERMANENCIA EN EL CENTRO, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HA RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA EN EL CENTRO MÉDICO/POLICLÍNICO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1	→ Pase a pregunta 23
No.....	<input type="checkbox"/>	2	→ Pase a pregunta 22
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8	} Pase a pregunta 24
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9	

22. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO ACUDIÓ O NO HA RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA EN EL CENTRO MÉDICO/ POLICLÍNICO?

Demoran mucho en atender.....	<input type="checkbox"/>	1	} Pase a pregunta 24
No confía en los médicos.....	<input type="checkbox"/>	2	
No era grave/ no fue necesario.....	<input type="checkbox"/>	3	
Por el maltrato del personal de salud.....	<input type="checkbox"/>	4	
Falta de medicamentos.....	<input type="checkbox"/>	5	
No hay turnos para atención.....	<input type="checkbox"/>	6	
No le permiten salir de su celda.....	<input type="checkbox"/>	7	
Este Centro no cuenta con un policlínico.....	<input type="checkbox"/>	8	
Otro cuál? _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	9	

23. EN GENERAL, ¿CÓMO SE SIENTE CON LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA:

Muy satisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	1
Algo satisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	2
Algo insatisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	3
Muy insatisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	4
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

24. DURANTE SU PERMANENCIA EN EL CENTRO, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HA RECIBIDO ATENCIÓN PSICOLÓGICA?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1	→ Pase a pregunta 25
No.....	<input type="checkbox"/>	2	→ Pase a pregunta 26
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8	} Pase a pregunta 27
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9	

25. EN GENERAL, ¿CÓMO SE SIENTE CON LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA RECIBIDA:

Muy satisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	1	} Pase a pregunta 27
Algo satisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	2	
Algo insatisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	3	
Muy insatisfecho/a?.....	<input type="checkbox"/>	4	
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9	

26. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO HA RECIBIDO ATENCIÓN PSICOLÓGICA?

Demoran mucho en atender.....	<input type="checkbox"/>	1
No confía en los psicólogos.....	<input type="checkbox"/>	2
No era grave/ no fue necesario.....	<input type="checkbox"/>	3
Por el maltrato del personal de Psicología.....	<input type="checkbox"/>	4
Porque no desea recibir atención psicológica.....	<input type="checkbox"/>	5
No hay turnos para atención.....	<input type="checkbox"/>	6
No le permiten salir de su celda.....	<input type="checkbox"/>	7
Este Centro no cuenta con personal de Psicología.....	<input type="checkbox"/>	8
Otro cuál? _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	9

**SOLO PARA MUJERES (PREGUNTA 27 A 29)
Hombres pase a pregunta 30**

27. ¿DURANTE SU PERMANENCIA EN EL CENTRO HA ESTADO EMBARAZADA?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1	} Pase a pregunta 30
No.....	<input type="checkbox"/>	2	
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8	
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9	

D. CONTINUACIÓN EJE SALUD

28. ¿ACTUALMENTE ESTÁ EMBARAZADA?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No aplica.....	<input type="checkbox"/>	3
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

29. DURANTE SU ÚLTIMO/ACTUAL EMBARAZO DENTRO DEL CENTRO, ¿ACUDIÓ/ACUDE AL CENTRO MÉDICO/POLICLÍNICO PARA REVISAR EL ESTADO DE SU EMBARAZO?

(Al menos tres veces durante el embarazo)

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

32. ¿LAS AUTORIDADES DEL CENTRO LE HAN PROPORCIONADO TRATAMIENTO MÉDICO O PSICOLÓGICO PARA REDUCIR O DEJAR EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL O ALGUNA OTRA SUSTANCIA?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

33. ¿ALGUNA VEZ DESDE SU INGRESO A ESTE CENTRO HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

A continuación, le preguntaré por el consumo de cigarrillo, alcohol y otras sustancias.

30. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿USTED CONSUMIÓ:
(Aunque haya sido solo una vez)

	1. Sí	2. No
1. Cigarrillo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Marihuana (mota, yerba)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inhalantes (cemento de contacto, thinner, gasolina, pintura, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pasta base de cocaína (base, básica, basuco)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cocaína en polvo (perico)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heroína (vitamina H, heroica, H, Fix)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas y metanfetaminas (anfetas, elevadores, píldora del amor, éxtasis, tachas)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Otro? _____ (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. ¿ACTUALMENTE USTED PARTICIPA EN ALGUNA ACTIVIDAD CULTURAL COMO:

	1. Sí	2. No
1. Literatura (poesía, narrativa, oratoria, lectura comprensiva)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Artes escénicas (teatro, danza, coreografía, performance)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Música (solistas, grupos, coros, instrumentos musicales)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Artes plásticas y visuales (pintura, escultura, dibujo, diseño, serigrafía, fotografía)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Producción audio visual y radio (radio, cine, televisión)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Comunicación (cartelera, boletines, revistas, comic, cine foro)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. EJE DEPORTIVO

36. ¿ACTUALMENTE USTED PARTICIPA EN ALGUNA ACTIVIDAD DEPORTIVA/RECREATIVA COMO:

	1. Sí	2. No
1. Deportes (fútbol, balonmano, ecuauley, basket, gimnasia, ajedrez, tenis de mesa)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recreación (bailoterapia-aeróbicos, coreografía, juegos naipes, billar, domino, damas)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Educación física (ejercicios varios, acondicionamiento, rehabilitación física, yoga)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. ¿ESTE CENTRO CUENTA CON ESPACIO O EQUIPAMIENTO PARA EJERCITARSE?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

Si en pregunta 30 y en pregunta 31 registra en todas las alternativas Código 2 "No" pase a la pregunta 33

G. OTROS EJES DE ATENCIÓN

38. ¿USTED ACUDE AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL/VINCULACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL EN EL CENTRO?

Sí.....		1
No.....		2
No sabe.....		8
No responde.....		9

39. ¿ESTE CENTRO CUENTA CON LIBROS, PERIÓDICOS O REVISTAS PARA QUE USTED LOS PUEDA LEER?

Sí.....		1
No.....		2
No sabe.....		8
No responde.....		9

40. EN GENERAL ¿CREE USTED QUE EXISTEN ESPACIOS FÍSICOS ADECUADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES QUE BRINDA EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD?

Sí.....		1
No.....		2
No sabe.....		8
No responde.....		9

41. DURANTE SU PERMANENCIA EN EL CENTRO, ¿EN QUÉ EJES DE TRATAMIENTO/ATENCIÓN LE GUSTARÍA PARTICIPAR:

(Admite más de una respuesta)

Laboral?.....		1
Educación?.....		2
Cultura?.....		3
Deporte?.....		4
Salud?.....		5
Vinculación social y familiar?.....		6
No le gustaría participar en ningún eje.....		7

H. EJE VINCULACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

Ahora le preguntaré sobre las visitas que recibe en el Centro de Privación de Libertad.

42. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SIN CONTAR VISITAS ÍNTIMAS ¿HA RECIBIDO VISITAS DE FAMILIARES O AMIGOS?

Sí.....		1
No.....		2
No sabe.....		8
No responde.....		9

Pase a
Pregunta 46

43. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE VISITAN SUS FAMILIARES/AMIGOS?

Una vez por semana.....		1
Dos veces por semana.....		2
Cada 15 días.....		3
Una vez al mes.....		4
Cada tres meses.....		5
Una vez al año.....		6
Otro.....		7
(Especifique)		
No responde.....		9

44. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE MÁS LO/A HA VISITADO?

Papá/padrastro.....		1
Mamá/madrasta.....		2
Hijos/hijastros(as).....		3
Nieto(a)(s).....		4
Cónyuge o conviviente.....		5
Pareja.....		6
Hermano(a)(s).....		7
Abuelo(a).....		8
Tíos(as).....		9
Amigo(a)(s).....		10
Otro?.....		11

(Especifique)

45. CON RESPECTO A ESTE CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD, ¿LA PERSONA QUE CONSTANTEMENTE LO/A VISITA VIVE EN:

la misma ciudad o parroquia rural?.....		1
la misma provincia pero en diferente ciudad o parroquia rural?.....		2
otra provincia?.....		3
otro país?.....		4
No sabe.....		8
No responde.....		9

46. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA RECIBIDO ALGUNA VISITA ÍNTIMA?

Sí.....		1
No.....		2
No sabe.....		8
No responde.....		9

I. SEGURIDAD AL INTERNO DEL CPL

Ahora le preguntaré sobre su seguridad en el CPL.

47. EN TÉRMINOS DE VIOLENCIA, ¿COMO SE SIENTE EN SU CELDA:

Seguro/a?.....		1
Inseguro/a?.....		2
No sabe.....		8
No responde.....		9

48. EN TÉRMINOS DE VIOLENCIA, ¿CÓMO SE SIENTE AQUÍ EN ESTE CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD:

Seguro/a?.....		1
Inseguro/a?.....		2
No sabe.....		8
No responde.....		9

SECCIÓN V.

CONTINUACIÓN CONDICIONES DE VIDA EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

J. DISCRIMINACIÓN

Ahora le preguntaré sobre algunas experiencias delicadas que pudieran haberle sucedido en este Centro. Recuerde que sus respuestas serán tratadas con total confidencialidad.

49. DURANTE EL TIEMPO QUE LLEVA EN ESTE CENTRO, ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS DE TRATO DIFERENTE, RECHAZO O MALTRATO POR:

<i>(Lea todas las opciones)</i>	1. Sí	2. No	3. No aplica	9. No responde
1. su edad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. su color de piel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. otros rasgos físicos (estatura, pesos, cicatrices)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. alguna enfermedad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. alguna discapacidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. su lengua o idioma?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ser indígena, negro/a, o afrodescendiente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ser gay, lesbiana o bisexual (orientación sexual)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ser hombre, mujer o persona trans (identidad de género)?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. su religión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. su situación económica?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. el tipo de delito que dicen que usted cometió?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. otro? _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si registra en todas las alternativas "No", "No aplica" o "No responde" continúe a pregunta 51

50. ¿POR QUIÉN(ES) HA SUFRIDO ESAS SITUACIONES DE TRATO DIFERENTE, RECHAZO O MALTRATO:

	1. Sí	2. No
1. Compañeros/as privados de la libertad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Agentes de Seguridad Penitenciaria (ASP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Personal médico (enfermera, psicólogo, médico)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Personal administrativo (trabajador/a social, de oficina, profesores/tutores)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otro? _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. ¿USTED FUE TRASLADADO/A DE OTRO CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD A ESTE LUGAR?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

Pase a Pregunta 53

52. SOBRE ESTE TRASLADO,

	1. Sí	2. No	8. No sabe
1. ¿Usted dio su consentimiento para que se le trasladara?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Un juez lo autorizó en una audiencia?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Las autoridades lo realizaron porque usted se encontraba en peligro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. EXPECTATIVAS DE LA PERSONA PRIVADA DE LIBERTAD

53. PENSANDO EN EL MOMENTO DE SU SALIDA DE ESTE CENTRO, ¿TENDRÍA A DÓNDE LLEGAR A VIVIR, AUNQUE SEA POR UN TIEMPO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

54. PENSANDO EN EL MOMENTO DE SU SALIDA DEL CENTRO, ¿CUENTA CON UN RESPALDO ECONÓMICO, FAMILIAR O SOCIAL PARA VIVIR?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

55. ¿USTED CONSIDERA QUE SU PERMANENCIA EN EL CENTRO Y LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA, SERVIRÁN PARA SU REINSERCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

56. ¿USTED HA OBTENIDO ALGÚN BENEFICIO PARA REDUCIR SU SENTENCIA?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

57. PENSANDO EN EL MOMENTO EN EL QUE USTED ESTÉ EN LIBERTAD, ¿CONSIDERA QUE EL HABER ESTADO EN UN CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD AFECTE SUS POSIBILIDADES DE:

	1. Sí	2. No	3. No aplica
1. encontrar trabajo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. continuar estudiando?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. recontrar a sus amigos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. reintegrarse a su familia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. ¿USTED RECIBE ALGUNA PENSIÓN/BONO O AYUDA ECONÓMICA POR PARTE DEL ESTADO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

→ **1.1 ¿CUÁL?**
_____ *(Especifique)*

SECCIÓN VI.

ANTECEDENTES JURÍDICO PENALES

Finalmente, le preguntaré sobre algunos de sus antecedentes.

1. ANTES DE SU RECLUSIÓN EN ESTE CENTRO, ¿USTED HABÍA SIDO SENTENCIADO/A POR UN DELITO?

Sí.....	<input type="checkbox"/>	1
No.....	<input type="checkbox"/>	2
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	8
No responde.....	<input type="checkbox"/>	9

Pase a Pregunta 3

3. ANTES DE SU RECLUSIÓN ACTUAL, ¿POR HABER COMETIDO UN DELITO USTED HABÍA ESTADO:

	1. Sí	2. No	9. No Responde
1. En un Centro de Privación de Libertad?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En un Centro de Adolescentes Infractores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si registra en todas las alternativas "No" o "No responde", FIN DEL CENSO

2. ¿POR CUÁL(ES) DELITO(S) FUE? (Admite más de una respuesta)

Robo (Sustracción de bienes mediante amenazas o el uso de la fuerza/ violencia).....	<input type="checkbox"/>	1
Tráfico ilícito de sustancias.....	<input type="checkbox"/>	2
Lesiones.....	<input type="checkbox"/>	3
Homicidio culposo (accidental o negligente).....	<input type="checkbox"/>	4
Homicidio/Asesinato.....	<input type="checkbox"/>	5
Tenencia y porte de armas sin autorización	<input type="checkbox"/>	6
Hurto (Sustracción de bienes sin ejercer violencia, amenaza o intimidación en la persona o fuerza en las cosas)	<input type="checkbox"/>	7
Estafa	<input type="checkbox"/>	8
Extorsión	<input type="checkbox"/>	9
Receptación	<input type="checkbox"/>	10
Abuso sexual (Atentado al pudor).....	<input type="checkbox"/>	11
Violación sexual.....	<input type="checkbox"/>	12
Asociación ilícita.....	<input type="checkbox"/>	13
Delincuencia Organizada.....	<input type="checkbox"/>	14
Secuestro.....	<input type="checkbox"/>	15
Daño a bien ajeno.....	<input type="checkbox"/>	16
Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar	<input type="checkbox"/>	17
Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar.....	<input type="checkbox"/>	18
Otro(s) delito(s) _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	19
No sabe.....	<input type="checkbox"/>	98
No responde	<input type="checkbox"/>	99

4. ¿CUÁNTAS VECES ESTUVO PRIVADO/A DE SU LIBERTAD EN UN CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD O DE ADOLESCENTES INFRACTORES?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Registre número

Si no sabe, registre 98
Si no responde, registre 99

Hemos terminado la entrevista.
En nombre del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) le agradezco su participación.

Por favor continúe al siguiente módulo.

OBSERVACIONES

1. RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día		Mes		Año	

Resultado

2. CODIGOS DE RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Completa?.....	<input type="checkbox"/>	1
Incompleta?.....	<input type="checkbox"/>	2
Rechazo?.....	<input type="checkbox"/>	3

3. MOTIVOS DE NO RESPUESTA

Enfermo(a) / hospitalizado?.....	<input type="checkbox"/>	1
Trastorno mental grave?.....	<input type="checkbox"/>	2
Cansancio?.....	<input type="checkbox"/>	3
Otros? _____ <i>(Especifique)</i>	<input type="checkbox"/>	4

FUNCIONARIOS/AS) DEL OPERATIVO DE CAMPO

Empadronador(a)		C.I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Supervisor(a)		C.I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>