

Original

Elaboración de un cuestionario de detección de casos de violencia de odio en urgencias hospitalarias

Christian Carlo Gil-Borrelli^{a,*}, M. Dolores Martín-Ríos^b, Lorena López Corcuera^c, Begoña Reche Martínez^c, Rosario Torres Santos-Olmo^c, Eva Muriel Patiño^c y M. Ángeles Rodríguez-Arenas^a, en nombre del Grupo de Investigación SIVIVO[◇]

^a Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2018

Aceptado el 23 de enero de 2019

On-line el xxx

Palabras clave:

Violencia

Encuestas y cuestionarios

Diagnóstico

R E S U M E N

Objetivo: En el marco del proyecto SIVIVO se propuso la elaboración de una herramienta que facilitase la detección, el registro y la descripción de casos de violencia de odio y sus consecuencias sobre la salud.

Método: Se utilizó el método Delphi a dos vueltas con personas expertas pertenecientes a los ámbitos clínico-asistencial, salud pública, investigación epidemiológica, académico, administración y organizaciones no gubernamentales para evaluar la pertinencia de diferentes ítems mediante una escala Likert de 1 a 5, y los resultados se presentan como medianas y coeficientes de variación.

Resultados: Las preguntas mejor valoradas, con puntuaciones ≥ 4 , y que componen la versión final del cuestionario, son las relativas a las características sociodemográficas de la víctima, el tipo de lesiones, la descripción del incidente, las motivaciones percibidas por la persona agredida, posibles evidencias de odio, la intención de denunciar y la percepción del personal sanitario del motivo de la agresión. El pilotaje mostró la adecuación de las preguntas finalmente seleccionadas.

Conclusiones: La incorporación sistemática de esta herramienta puede ayudar a conocer la magnitud y las características de la violencia de odio y su repercusión en la salud. Esta información permitiría elaborar estrategias de prevención e intervención dirigidas, especialmente, a los sectores de población más expuestos a este tipo de violencia.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Preparation of a questionnaire to detect cases of hate violence in emergency rooms

A B S T R A C T

Objective: In the context of the SIVIVO project, the development of a tool to facilitate the detection, recording and description of cases of hate violence and its consequences on health was proposed.

Method: A two-round Delphi method was used with experts from clinical-care, public health, epidemiological, academic, administration and non-governmental organizations to assess the relevance of different items using a Likert scale, presenting the results with medians and coefficients of variation.

Results: The best evaluated questions, with scores equal to or greater than 4, and which make up the final version of the questionnaire are the relative socio-demographic characteristics of the victim, the injuries, description of the incident, the motivations perceived by the aggrieved person, possible evidence of hatred, the intention to denounce and the perception of the health personnel of the motive for the aggression. The piloting showed the adequacy of the questions that were finally selected.

Conclusions: The systematic incorporation of this tool can help us to learn the magnitude and characteristics of hate violence and its impact on health. This information would allow the elaboration of prevention and intervention strategies aimed, specifically, at the sectors of the population most exposed to this type of violence.

© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Violence

Surveys and questionnaires

Diagnosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: christian.gilborrelli@gmail.com (C.C. Gil-Borrelli).

◇ Los integrantes del Grupo de Investigación SIVIVO se detallan en Apéndice, al final de este artículo.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006>

0213-9111/© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La violencia de odio se define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico atentado por una motivación de rechazo y discriminación hacia una característica —real o supuesta— de la víctima, como su confesión religiosa, origen étnico o nacional, orientación sexual o identidad de género, etc., y que tiene como resultado un impacto negativo sobre la salud física o mental de la persona agredida, a corto o largo plazo¹. La violencia de odio tiene un importante impacto en el estado de salud de las personas que la sufren y en sus familias²⁻⁴. Por un lado, provoca lesiones físicas, que pueden ser más graves que en otros tipos de violencia^{5,6}, debido al frecuente uso de armas de todo tipo y la presencia de más de un agresor. A ello se suman las posibles secuelas psicológicas, emocionales y conductuales a medio y largo plazo. Dado que la agresión está motivada por el rechazo hacia una característica de la víctima, la violencia de odio extiende su impacto también a la comunidad, pues puede ocasionar efectos negativos en otras personas que comparten esa característica, provocándoles angustia, miedo, aislamiento, sentimiento de vulnerabilidad e impotencia, y generando gran malestar e inseguridad en toda la comunidad. Como todos los tipos de violencia, la violencia de odio constituye un grave problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos.

El sector salud desempeña un papel fundamental en el abordaje de la violencia⁷. Los servicios de urgencias, en particular, son una pieza clave en la atención precoz de las víctimas de violencia⁸⁻¹⁰. Sin embargo, la información recogida en dichos servicios no permite la identificación de casos de violencia de odio ni, por tanto, su adecuada asistencia¹¹. No obstante, hasta donde conocemos no existen iniciativas específicas en este ámbito que aborden el tema, a excepción del estudio *Sistema de Vigilancia de Violencia de Odio* (proyecto SIVIVO), que da base al cuestionario de detección que se presenta.

El objetivo de este trabajo fue la elaboración de una herramienta que facilite la detección de casos de violencia de odio en el contexto sanitario y permita la recogida de información útil para caracterizar este fenómeno emergente y escasamente conocido en nuestro país.

Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo para la elaboración de un cuestionario, durante el año 2014, en tres fases: selección de ítems a partir de la literatura existente, grupo experto y pilotaje.

El grupo motor, constituido por tres epidemiólogos (dos mujeres y un hombre), revisó diferentes cuestionarios utilizados en otras intervenciones^{12,13} y otros documentos de referencia con variables de interés¹⁴⁻¹⁷, e hizo una selección de 40 preguntas que constituyeron el documento de partida.

Para evaluar la validez de contenido y analizar la pertinencia de las preguntas seleccionadas se empleó el método Delphi, que se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos para, con la ayuda de cuestionarios sucesivos, poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos. El grupo experto estuvo constituido por 11 personas, cuyas características se detallan en la *tabla 1*. Este método intenta reducir el espacio intercuartílico, es decir, reducir la desviación de la opinión de cada persona participante de la opinión del conjunto, precisando la mediana de las respuestas obtenidas. Se realizaron dos fases, de las cuales la segunda hacía partícipes de la información obtenida a todo el grupo colaborador con la aportación de sus conocimientos y opiniones, y también se proponía reafirmar y validar los resultados obtenidos en la primera fase.

El grupo motor invitó a cada participante del grupo experto a que evaluara, a través de una plataforma *online*, la pertinencia de cada pregunta para ser incluida en el cuestionario, mediante una

escala Likert de 1 a 5 (de menor a mayor importancia). También podían hacerse comentarios y reformulaciones sobre las preguntas. Una vez recogida y analizada esta información, como ya se ha comentado, se reenvió el cuestionario (segunda fase) mostrando las medianas de puntuación de cada ítem y los comentarios y las reformulaciones que habían hecho el resto de participantes de manera anonimizada. En esta segunda fase se pidió al grupo que puntuase los ítems nuevamente y discutiesen, en su caso, los comentarios realizados. Los resultados se muestran como medianas y coeficiente de variación (*tabla 2*).

A partir de esta información, el grupo motor elaboró una primera versión del cuestionario. A continuación se realizó su pilotaje en un servicio de urgencias durante 8 semanas, y entre julio y septiembre de 2014 se recogieron datos de 20 pacientes (81% hombres, edad media de 31,7 años [$\pm 10,7$], 53% de origen español) para conocer el tiempo necesario para su cumplimentación, el nivel de dificultad y comprensión de las preguntas, y valorar si el momento indicado para llevarlo a cabo dentro del proceso asistencial (tras la atención sanitaria) era el más adecuado para evitar que la persona se sintiera coaccionada a participar en el estudio.

Consideraciones éticas

El protocolo de estudio, que incluye el cuestionario, fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario La Paz.

Resultados

En la *tabla 2* pueden verse los resultados obtenidos, con las medianas y los coeficientes de variación de cada pregunta. Todos los ítems, excepto uno, se valoraron con puntuaciones ≥ 4 .

Respecto a las sugerencias en la reformulación de las preguntas y las modificaciones, las más controvertidas fueron las que se hicieron a los ítems 2 a 5. En relación con los dos primeros («sexo» e «identidad de género»), se pensó que tal vez habría una tendencia a responder a los dos de la misma forma, y se sugirió la posibilidad de recoger el «sexo asignado al nacimiento», si bien tampoco esto aseguraba que una persona transexual se sintiera cómoda dando una respuesta que no se correspondiera con su identidad actual. Finalmente se decidió dejar la pregunta sobre «Sexo» con tres opciones, una de ellas abierta («Otro, especificar»), y que el ítem «Identidad de género» incluyera dos opciones para personas *trans* y una opción abierta para las personas que no se sintieran adscritas al binomio tradicional masculino/femenino. Aunque hubo quien apuntó la posibilidad de preguntar por la orientación sexual, finalmente se optó por no hacerlo.

En cuanto a los ítems 3 y 4, pese a que el grupo puntuó con un 5 la utilidad del ítem «Pertenencia a alguna raza o etnia», mayoritariamente se sugirió la no inclusión del término «raza», aunque sí recoger el origen étnico, utilizando grandes grupos étnicos como opciones y manteniendo una respuesta abierta («Otras: especificar») para aquellas personas que no se vieran incluidas en ninguna de las opciones proporcionadas. Después de estudiar todas las sugerencias recibidas (fueron los ítems más comentados), el grupo motor decidió dejar la pregunta «Lugar de origen» y completarla con otra sobre la «Nacionalidad», pese a conocer que estos datos, debido a la gran movilidad de nuestro mundo actual, están perdiendo relevancia.

Los ítems 7, 8 y 9, referidos al nivel de estudios, se agruparon en una sola pregunta con cuatro opciones establecidas por niveles y una opción abierta para la formación que no pudiera encuadrarse en los anteriores.

Respecto al estado emocional de la víctima (ítem 40), aunque obtuvo una elevada puntuación se consideró que, a pesar de su

Tabla 1
Descripción de las personas participantes en el grupo experto

Perfil	N	Sexo	Ámbito
Medicina de urgencias	5	Mujeres	Urgencias hospitalarias
Trabajo social	1	Mujer	Promoción de la salud
Medicina legal y forense	1	Mujer	Universidad
Coordinación en organización no gubernamental	4	3 mujeres y 1 hombre	Delitos de odio LGBT, personas sin hogar, racismo/xenofobia, islamismo

Tabla 2
Valoración por parte del grupo experto sobre los ítems propuestos

N.º	Variables	1ª vuelta		2ª vuelta		Inclusión
		M	CV	M	CV	
1	Fecha de nacimiento	4	0,114	4	0,177	Sí
2	Sexo	5	0,172	5	0,000	Sí
3	Identidad de género	5	0,078	5	0,000	Sí
4	Pertenencia a alguna raza o etnia	5	0,111	5	0,000	No
5	Lugar de origen	5	0,220	5	0,203	Sí
6	Año de llegada a España (si es de origen extranjero)	4	0,098	5	0,119	Sí
7	Nivel de estudios	4	0,285	4	0,199	Sí
8	Para personas cuyo nivel de estudios no se encuadre en ninguna de estas categorías, recoger literalmente sus estudios	4	0,340	4	0,118	No
9	Edad a la que dejó de estudiar el paciente, en caso de que no haya completado sus estudios	3	0,420	4	0,152	No
10	Etapa del proceso asistencial	4	0,166	4	0,177	Sí
11	Medio de transporte del paciente	4	0,231	4	0,124	Sí
12	Acompañamiento	4	0,231	4	0,177	Sí
13	Informante	4	0,165	4	0,199	No
14	Paciente con discapacidad física	4	0,134	5	0,119	Sí
15	Paciente con discapacidad mental	4	0,104	5	0,119	Sí
16	Tipo de lesión	5	0,349	5	0,000	Sí
17	Diagnóstico de la lesión	5	0,240	5	0,000	Sí
18	Localización de la lesión	4	0,097	5	0,310	Sí
19	Gravedad de la lesión	5	0,168	5	0,000	Sí
20	Resolución del caso	5	0,112	5	0,093	Sí
21	Derivación del paciente	5	0,256	4	0,199	Sí
22	Consumo de alcohol	4	0,277	4	0,106	Sí
23	Consumo de drogas	4	0,267	4	0,106	Sí
24	Breve descripción del incidente	5	0,078	5	0,119	Sí
25	Fecha del incidente	4	0,118	4	0,306	Sí
26	Hora aproximada del incidente	4	0,097	5	0,119	Sí
27	Lugar del incidente	5	0,112	5	0,194	Sí
28	Número de agresores/as	5	0,073	5	0,093	Sí
29	¿Conoce el/la paciente al/a la agresor/a?	5	0,078	5	0,093	Sí
30	En caso de conocerle/a, ¿cuál es su relación?	5	0,291	5	0,000	Sí
31	Edad aproximada del/de la agresor/a	4	0,168	4	0,124	Sí
32	Sexo de la persona agresora	5	0,168	5	0,093	Sí
33	Acompañamiento durante la agresión; en caso afirmativo, especificar por quién	5	0,161	5	0,194	Sí
34	Característica, real o percibida, que ha podido motivar la agresión	5	0,104	5	0,000	Sí
35	Uso de lenguaje discriminatorio	5	0,242	5	0,093	Sí
36	Presencia de simbología de odio	5	0,112	5	0,194	Sí
37	Agresiones previas por este motivo	5	0,097	5	0,119	Sí
38	Intención de denunciar	5	0,267	5	0,093	Sí
39	Percepción del personal de salud sobre la agresión	5	0,114	5	0,222	Sí
40	Estado emocional del paciente (pregunta incluida tras la primera vuelta)	-	-	5	0,000	No

CV: coeficiente de variación; M: mediana.

relevancia, su cumplimentación podía ser dificultosa en la práctica, por lo que se decidió no incluirlo en el cuestionario.

Durante el pilotaje se detectaron algunas situaciones en las que el cuestionario no pudo realizarse debido al estado en que se encontraba la persona agredida (nerviosismo, agresividad, embriaguez), que fue añadido a los motivos de exclusión. El personal médico que participó en el pilotaje del instrumento lo valoró como fácilmente utilizable.

Tras el pilotaje, el cuestionario definitivo (véase el Anexo online) quedó estructurado en siete apartados:

1. Presentación: introducción dirigida a la persona agredida, en la que se explican la naturaleza y la finalidad de la entrevista y del estudio, así como el compromiso con la salvaguarda de su intimidad y la confidencialidad de la información aportada. También

se recogen la fecha y los códigos de la entrevista y del servicio donde se lleva a cabo.

2. Características sociodemográficas y criterios de exclusión: fecha de nacimiento, sexo, identidad de género, nacionalidad, país de origen y nivel de estudios. Asimismo, se recogen los posibles motivos por los cuales no pudiera realizarse la entrevista, y el deseo o rechazo de participación de la persona agredida en el estudio.
3. Datos asistenciales: se recogen algunas características de la persona atendida, así como el tipo de lesión, el diagnóstico, la gravedad, la resolución (alta, ingreso, muerte) y la derivación.
4. Información sobre el incidente: fecha y hora aproximada, lugar, si se conocía a la persona o personas agresoras, y características de número, sexo y edad de esas personas.
5. Indicios de violencia de odio: se pregunta por algunas características de la víctima como motivación (parcial o total) del

incidente. Consta de varias opciones de respuesta sobre las motivaciones de agresión más comunes (sexo, etnia, religión, origen, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o pobreza, entre otras) y se pide especificar más acerca de dicha característica. A continuación se pregunta por otros indicios, indicadores de violencia de odio, como la utilización de lenguaje discriminatorio, insultos, etc., en relación con alguna característica de la víctima, y la existencia de simbología del odio dentro de la escena de la agresión (solicitando que se especifique), así como si la persona ha sido agredida por este motivo en otras ocasiones.

6. La última pregunta a la víctima va orientada a saber si ha denunciado el hecho ante las autoridades o tiene intención de hacerlo, y en caso negativo, el porqué.
7. La última parte del cuestionario está reservada para las impresiones del personal sanitario (formado previamente en violencia de odio) respecto a su percepción sobre si se trata de un caso de violencia de odio o no. Esta información permite valorar la concordancia con la opinión del paciente, su percepción respecto a este problema y su implicación en el procedimiento.

Discusión

La violencia de odio se ha definido como un problema emergente de salud pública, sobre el cual el sector salud desempeña un papel clave, que va desde la identificación y la atención de las víctimas hasta la vigilancia y la prevención de este tipo de violencia. El presente trabajo aporta la elaboración de la única herramienta sanitaria conocida hasta el momento, en nuestro medio, que facilita la identificación de casos de violencia de odio, así como la recogida sistemática de información relevante sobre esta, desde el punto de vista tanto epidemiológico como médico-legal.

Desde 2013, el Ministerio de Interior de España registra más de 1000 denuncias al año por incidentes de odio. No obstante, se estima que solo se denuncian entre un 10% y un 20% de los casos¹⁸. Según estimaciones de organizaciones no gubernamentales, el número de incidentes de odio podría superar los 4000 al año en España¹⁹, y algunas contabilizan casi 90 muertes documentadas por esta causa (sin incluir las debidas a misoginia) desde 1991²⁰. La incorporación del sector salud a la respuesta ante la violencia y los delitos de odio podría tener importantes beneficios para las víctimas y la sociedad en su conjunto. No obstante, es necesario poner herramientas a disposición del personal de salud y que sean aptas para la práctica clínica, tales como protocolos, guías de recursos, partes de lesiones adaptados, etc. Todo ello contribuiría no solo a una adecuada atención, sino también a reducir la fracción oculta en las estadísticas de denuncias policiales.

Desde 2015, este instrumento está siendo utilizado en dos servicios de urgencias de la Comunidad de Madrid. Se ha propuesto que, una vez que la persona agredida ha recibido la atención sanitaria que requieran sus lesiones y tras la valoración de su estado físico, psicológico y emocional, lo que requiere la adopción de una posición empática, tranquilizadora y de apoyo por parte del personal que le atiende, se explore la sospecha de que se trate de una agresión por violencia de odio mediante el presente cuestionario²¹. Su inclusión en la dinámica clínica no ha estado exenta de desafíos: colaboración entre diferentes agentes del hospital (personal de medicina, enfermería, trabajo social, admisión, seguridad, etc.), formación y sensibilización, adaptación a otros protocolos del centro y apoyo institucional, todo ello en un entorno de intensa carga asistencial.

Una de las grandes fortalezas de este trabajo es haber contado con la colaboración de personas expertas de diferentes perfiles, de manera que los datos recogidos, además de ser útiles para la atención sanitaria, la vigilancia y la investigación, son de interés para las

asociaciones civiles que trabajan con víctimas de violencia de odio, sirven para visibilizar este problema en la sociedad y permiten la incidencia política a fin de que las instituciones públicas aborden la violencia de odio y sus repercusiones.

El método Delphi ha permitido evaluar la validez de contenido del cuestionario. Otros aspectos del proceso de validación no son factibles en este escenario, como la validez de criterio (la referencia sería la motivación real del agresor, cuyo conocimiento es inviable) o la fiabilidad test-retest (volver a preguntar a la víctima meses después, cuando la respuesta estaría probablemente sesgada). Sin bien esto puede suponer una limitación para el estudio, la realización de un pilotaje ha permitido valorar positivamente la adecuación de las preguntas realizadas al ámbito y los objetivos del estudio.

La incorporación sistemática de esta herramienta puede ayudar a conocer la magnitud y las características de la violencia de odio, y su repercusión sobre la salud. Esta información permitiría elaborar estrategias de prevención e intervención dirigidas, especialmente, a los sectores de población más expuestos a este tipo de violencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La violencia de odio tiene un importante impacto en la salud de las víctimas y de sus allegados. Debido a que muchas víctimas pueden buscar atención sanitaria, el sector salud es clave en el diagnóstico y el registro de este tipo de violencia. Sin embargo, la falta de herramientas de detección de violencia de odio dificulta esta tarea.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El cuestionario elaborado por el proyecto SIVIVO facilita la detección de casos de violencia de odio, reuniendo variables socioeconómicas, clínicas y sobre la agresión. Su utilización disminuye la infradetección de este tipo de violencia y aporta información relevante para su abordaje desde la salud pública.

Editor responsable del artículo

David Cantarero.

Contribuciones de autoría

C.C. Gil-Borrelli y M.A. Rodríguez-Arenas elaboraron el diseño, la introducción y, junto con L. López Corcuera, R. Torres Santos-Olmo, B. Reche Martínez y E. Muriel Patiño, la discusión. M.D. Martín-Ríos y C.C. Gil-Borrelli realizaron el análisis de los datos y los resultados. Todo el manuscrito ha sido discutido y aprobado por todas las personas firmantes.

Financiación

Acción Estratégica en Salud 2013: PI13/02267. Cofinanciado con fondos FEDER.

Conflictos de intereses

Ninguno. Las opiniones expresadas por las personas autoras son propias y no representan necesariamente la posición oficial del Instituto de Salud Carlos III, el Hospital Universitario La Paz ni el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Apéndice. Grupo de Investigación SIVIVO

M. Ángeles Rodríguez-Arenas, Christian Gil-Borrelli, Araceli Capa Sanz, Lourdes Gutiérrez Trujillo (Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid); Olga Bañón Pedrera, Begoña Reche Martínez, Rosario Torres Santos-Olmo, Eva Muriel Patiño, Lorena López Corcuera, Lubna Dani Ben-Abdellah, Sergio Alexandre Carmona, Carlos Iniesta Mármol, David Parra Blázquez, Ana Gómez, Manuel Quintana Díaz (Hospital Universitario La Paz, Madrid); M. Dolores Martín-Ríos (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid); y Pello Latasa Zamalloa (Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2019.01.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006).

Bibliografía

- Rodríguez Arenas MA, Martín Ríos MD, Gil-Borrelli CC. Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. *Gac Sanit.* 2018;32:114-6.
- Ardley J. Hate crimes: a brief review. *Int J Sociol Soc Policy.* 2005;25:54-66.
- Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129:674-97.
- Hutson HR, Anglin D, Stratton G, et al. Hate crime violence and its emergency department management. *Ann Emerg Med.* 1997;29:786-91.
- McLaughlin KA, Brilliant K, Lang C. National bias crimes training. Washington DC: US Department of Justice; 1995.
- Levin J, McDevitt J. Hate crimes: the rising tide of bigotry and bloodshed. New York: Plenum; 1993.
- World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Ginebra: WHO; 2014. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/en/
- Samanes Ara E, Morellón Labarta M, Egido Martínez T, et al. Estudio comparativo de las agresiones a españoles y a extranjeras atendidas en un servicio de urgencias. *Emerg.* 2011;23:266-70.
- Quigg Z, McGee C, Bellis MA, et al. Violence-related ambulance call-outs in the North West of England: a cross-sectional analysis of nature, extent and relationships to temporal, celebratory and sporting events. *Emerg Med J.* 2017;34:364-9.
- Clément N, Businger A, Exadaktylos AK, et al. Temporal factors in violence related injuries – an 11 year trend analysis of violence-related injuries from a Swiss emergency department. *Wien Klin Wochenschr.* 2012;124:830-3.
- Gómez Moraga A, Rodríguez Fernández E. ¿Qué información obtenemos de los partes por lesión? *SEMERGEN.* 2002;28:297-301.
- Lee Meredith LC. Developing hate crime questions for the national crime victimization survey. Washington DC: Bureau of the Census. p. 1036-41;1999. Disponible en: http://www.asasrms.org/Proceedings/papers/1999_181.pdf
- Hate crimes in Scotland. Easy-read online questionnaire. The Scotland Government. 2004. (Consultado el 28/7/2012.) Disponible en: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/01/18910/33159#1>
- Preventing and responding to hate crimes. A resource guide for NGOs in the OSCE region. OSCE's Office for Democratic Institutions and Human Rights. Varsovia; 2009.
- Visibilizar los delitos de odio. ¡Haciendo frente a los hechos! Directrices para la vigilancia de delitos e incidentes motivados por el odio. CEJI - Contribución Judía para una Europa Inclusiva. Éterville, Francia; 2012. Disponible en: <https://ceji.org/facing-facts-hate-crime-monitoring-guidelines-spanish/>
- A guide to fighting hate crimes. Community Security Trust. London; 2012. Disponible en: <https://cst.org.uk/public/data/file/1/0/Hate-Crime-booklet.pdf>
- Hate crimes in the OSCE region. Incidents and responses. Annual Report for 2010. ODHIR. OSCE. Varsovia; 2011.
- Making hate crime visible in the European Union: acknowledging victims' rights'. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. Viena; 2012.
- Informe RAXEN Especial 2008. Movimiento contra la intolerancia. Madrid; 2008. Disponible en: <http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/raxen/raxen.asp>
- Crímenes de odio. Memoria de 25 años de olvido. Grupo de Investigación sobre Crímenes de Odio. Disponible en: <http://crimenesdeodio.info/>
- Gil-Borrelli CC, Martín Ríos MD, Rodríguez Arenas MA. en representación del Grupo de Investigación SIVIVO. Propuesta de actuación para la detección y la atención a víctimas de violencia de odio para profesionales de la salud. *Med Clin (Barc).* 2018;150:155-9.