



CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE OUDIO

CÓDIGO DE ENCUESTADOR: _____ Nº DE CUESTIONARIO _____ FECHA ENTREVISTA / ____ / ____ / ____

1 Nos gustaría que colaborara en un estudio que estamos realizando para valorar la frecuencia con la que ocurre la violencia de odio, es decir, aquella que sucede cuando una persona agrede a otra por razones como la raza, orientación sexual, religión, estilo de vida, nacionalidad u otras. Para ello le pedimos que responda a este cuestionario. La participación es voluntaria y su decisión de contestar o no, no va a tener ninguna consecuencia sobre su tratamiento en este servicio.

5 La información que se recoja pasará a una base de datos **COMPLETAMENTE ANÓNIMA**, en la que será imposible identificar sus respuestas, para mantener la CONFIDENCIALIDAD de las mismas. Si hay alguna pregunta que le moleste, no tiene que responderla, sin tener que dar ningún tipo de explicaciones.

8 Agradecemos de antemano su colaboración.

11 Centro: _____ Servicio: _____ Número de Historia: / _____ /

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

P1. Fecha de nacimiento: / ____ / ____ / ____ /

P2. Sexo:

Hombre..... . Mujer.....

Otro, especifique _____

P3. Si no puede realizar la entrevista señale el motivo:

Abuso sustancias..... . Agresividad.....

Idioma..... . Bajo nivel de consciencia.....

Violencia de pareja..... . Ataque de pánico.....

Otro _____

P4. Actualmente se identifica como:

Hombre..... . Mujer.....

Hombre trans..... . Mujer trans.....

Otra, especifique _____

P5. Lugar de origen: _____

P6. Nacionalidad: _____

P7. En caso de origen extranjero, ¿En qué año llegó a España? / ____ /

P8. Nivel de estudios:

No sabe leer ni escribir.....

Estudios primarios (completos o no) o sin estudios.....

Bachiller/graduado escolar/ESO/FP grado medio.....

FP grado superior/estudios superiores (universitarios o no).....

No sabe leer/sabe/no contesta.....

Otros que no se encuadren en los anteriores,

Especifique _____

P9. ¿Desea usted participar en este estudio?:

Sí.....

No..... **FINAL DE ENTREVISTA**

2. PROCESO ASISTENCIAL

P10. Etapa del proceso asistencial:

Ingreso primario..... . Derivado de AP.....

Reingreso.....

P11. Paciente acude:

Propios medios..... . Policía.....

Ambulancia/UVI móvil..... . Otros _____

P12. Paciente acude:

Solo.....

Acompañado por _____

P13. Paciente con discapacidad física:

No..... . No sabe.....

Sí..... especificar _____

P14. Paciente con discapacidad psíquica/mental:

. No..... . No sabe.....

. Sí..... especificar _____

P15. Paciente con consumo de alcohol:

. Sí, + por paciente..... . No.....

. Sí, hay sospecha..... . Desconocido.....

P16. Paciente con consumo de otras sustancias:

. Sí, + por paciente o analítica... No.....

. Sí, hay sospecha..... Desconocido.....

P17. Lesión por:

. Pelea..... . Abuso sexual/violación.....

. Ahogamiento..... . Sustancia corrosiva/cáustica...

. Envenenamiento... . Ahorcamiento/estrangulación...

. Arma de fuego... . Objeto cortante/punzante.....

. Otro, especifique _____

P18. Diagnóstico:

. Fractura/luxación.....

. Esguince/torcedura.....

. Lesión intracraneal.....

. Lesión interna (tórax, abdomen y/o pelvis).....

. Herida abierta.....

. Lesión de vasos sanguíneos.....

. Lesión superficial.....

. Contusión.....

. Aplastamiento.....

. Cuerpo extraño en orificio natural.....

. Quemaduras.....

. Lesión nerviosa o de médula espinal.....

. Envenenamiento (drogas/fármacos/sust. biológicas)...

. Intoxicación (no medicamentosa).....

. Otro, especifique _____

P19. Localización de la lesión:

. Cabeza y cuello..... . Tórax.....

. Abdomen..... . Miembro superior...

. Genitales..... . Miembro inferior...

P20. Pronóstico:

. Leve..... . Moderado.....

. Grave..... . Reservado.....

P21. Resolución del caso:

. Alta..... . Alta voluntaria.....

. Observación..... . Ingreso.....

. Traslado..... . Éxito.....

P22. Paciente se deriva a:

. Centro de salud..... . Consultas externas...

. Servicios sociales.... . Otros _____

3. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

P23. Fecha y hora del incidente:

/ / / : _____

P24. Lugar del incidente (puede marcar varias):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hogar..... | <input type="checkbox"/> Trabajo o in itinere..... |
| <input type="checkbox"/> Bar/restaurante..... | <input type="checkbox"/> Discoteca/Pub..... |
| <input type="checkbox"/> Recinto deportivo..... | <input type="checkbox"/> Centro educativo..... |
| <input type="checkbox"/> Calle..... | <input type="checkbox"/> Transporte..... |
| <input type="checkbox"/> En mi barrio..... | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

P24b. Indique la calle o vía donde sucedió:

P25. Breve descripción del incidente:

P26. Número de personas agresoras: / _____ /

No sabe.....

P27. Sexo de la/s persona/s agresora/s:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer/es..... | <input type="checkbox"/> Hombre/s..... |
| <input type="checkbox"/> Grupo mixto..... | <input type="checkbox"/> No sabe..... |

P28. ¿Conoce a la persona que le agredió?:

- No.....
- Sí, especifique su relación _____

P29. ¿Podría decir la edad aproximada de la persona agresora?:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18..... | <input type="checkbox"/> 18-35..... | <input type="checkbox"/> 36-50..... | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 51-65..... | <input type="checkbox"/> >65..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P30. Cuando le agredieron, estaba usted:

- Solo/a.....
- Acompañado/a... ¿por quién? _____

P31. ¿Cuál cree usted que ha sido el motivo, total o parcial, de la agresión? (sea el motivo real o no):

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Su sexo (<i>mujer u hombre</i>) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Su origen étnico o racial | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Su nacionalidad | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Su orientación sexual (<i>lesbiana, gay, etc</i>) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Su edad (actual) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sus creencias religiosas (o no creencias) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Su identidad de género (<i>trans, masculina, femenina</i>) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Su aspecto físico (IMPORTANTE ESPECIFICAR) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Por estar en situación de pobreza | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Tener una discapacidad física o psíquica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Tener una enf. crónica o infecciosa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sus ideas políticas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otro motivo (<i>prostitución, filiación deportiva, cultura, idioma, origen territorial</i>) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> NS |
| Especificar: _____ | | | |

P32. ¿Utilizó el/la agresor/a un lenguaje abusivo, insultos o comentarios negativos o despectivos, de carácter intolerante o de rechazo?:

- No.....
- Sí..... Ejemplos: _____

P33. ¿Había algún símbolo que pudiera indicar una razón particular para la agresión? (tatuajes, esvásticas, cabeza rapada, ropa militar, uniforme):

- Sí.....
- No sabe.....
- No.....

P34. ¿Ha sufrido agresiones por este motivo anteriormente?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca..... | <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces..... |
| <input type="checkbox"/> Una vez..... | <input type="checkbox"/> Más de 10 veces.... |
| <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces..... | <input type="checkbox"/> Desconocido..... |

P35. ¿Ha denunciado el incidente a la policía o al juzgado o tiene intención de hacerlo?:

- No sabe.....
- Ha denunciado.....
- No ha denunciado, pero sí lo hará.....
- No ha denunciado y no lo hará..... En este caso, ¿Por qué? _____

4. IMPRESIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

P36. ¿Cree usted que el/la paciente ha sido víctima de violencia de odio?

- Sí.....
- No.....

P37. ¿Qué característica, real o percibida, cree usted que motivó la agresión?

Observaciones que desee hacer:

AUTORIZACIÓN ESTUDIO CUALITATIVO

Se va a proceder a realizar entrevistas en profundidad (entre media y una hora) a algunas de las personas participantes en este estudio, para completarlo:

- ¿Querría usted participar en esa nueva fase del estudio?
- NO
- SÍ En este caso, y para poder establecer contacto con usted y establecer una cita, podría facilitarnos:

Nombre de pila (puede ser ficticio) _____

Teléfono _____

Día y hora de preferencia _____

Por favor, firma este consentimiento:

POR FAVOR, NO OLVIDE AGRADECER AL/A LA PACIENTE SU COLABORACIÓN EN EL ESTUDIO.