

Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género

Heinrich Geldschläger* y Oriol Ginés Canales

Asociación Conexus. Atención, formación e investigación psicosociales. Programa de Atención Integral contra la Violencia de Género. Barcelona. España.

*Correo electrónico: heinrich@conexus.cat

Puntos clave

- La violencia de género es un grave problema social y de consecuencias enormes en la salud, y por tanto debe ser atendido desde el sistema sanitario.
- La prevalencia de casos de violencia de género en las consultas de atención primaria se estima entre un 25 y un 50% de las mujeres atendidas, y entre un 10 y un 40% de los hombres.
- Detectar y derivar a los hombres que ejercen violencia es una acción imprescindible para reducirla o eliminarla, y así mejorar el bienestar y la seguridad de las víctimas.
- No existe un perfil homogéneo de agresor, pero algunas características e indicadores son de ayuda para su detección en la consulta médica o de enfermería.
- Algunos obstáculos como la escasa formación, la pobreza de recursos y de protocolos, los miedos o prejuicios, así como el desgaste profesional dificultan la intervención con los hombres.
- La detección universal o sistemática con hombres en los centros de salud sería la mejor opción para identificar los problemas de violencia en los pacientes, pero todavía no se dan las condiciones para su implementación.
- La detección por sospecha o por indicadores permite al personal sanitario un mayor reconocimiento por parte del agresor y más posibilidades de derivarlo con éxito.
- Una valoración del riesgo de ejercer violencia en el futuro y las correspondientes medidas de seguridad son imprescindibles en los casos en los que se ha detectado violencia de género.
- Un buen vínculo con el paciente y entrevistas de motivación para el cambio son fundamentales para derivar al agresor a un programa especializado.
- Todavía existen pocos programas para hombres agresores que acudan voluntariamente, y en estos se producen cambios que reducen el uso de la violencia.

Palabras clave: Violencia de género • Violencia de pareja • Maltratador • Hombres • Detección • Derivación.

Introducción

La violencia de género ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud¹ no solo como una violación de los derechos fundamentales de las mujeres afectadas y de sus hijas e hijos, sino también como un problema grave de salud pública tanto por su alta prevalencia como por su morbilidad y mortalidad.

La resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993 definió la violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las ame-

nazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Con base en esta definición, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género define la violencia de género como aquella que se ejerce en el ámbito de la pareja por parte de un hombre hacia una mujer, excluyendo los casos en los que la violencia se ejerce por parte de una mujer hacia su pareja o expareja hombre y los de violencia en parejas homosexuales², que sí estarían incluidos en términos como “violencia contra la pareja” (*intimate partner violence*), que es el más utilizado en la literatura científica internacional.

En el ambito internacional, se estiman prevalencias de la violencia de genero de entre el 10 y el 69% de las mujeres adultas^{3,4}. En Espana, diferentes macroencuestas representativas⁵ han estimado una prevalencia anual de alrededor del 10% de mujeres mayores de edad en la poblacin general, lo que equivaldra aproximadamente a unos dos millones de mujeres. En la ultima macroencuesta⁶ realizada en 2011 se concluye, ademas, que unos 840.000 menores estan expuestos a situaciones de violencia de genero en Espana y unos 517.000 reciben agresiones directas.

La prevalencia de haber sufrido violencia de genero entre mujeres que acuden a centros de atencin primaria en Espana se ha estimado entre el 20 y casi el 50%⁷⁻¹⁰. En una encuesta con una muestra representativa de 11.475 mujeres que acudieron a 547 centros espanolos de atencin, el 15,1% de mujeres refirio mediante cuestionario haber sufrido violencia por un companero ntimo en el ultimo ano, y el 24,8%, alguna vez en su vida¹¹.

Tanto en el ambito cientfico como en la prctica clnica, el abordaje de la violencia de genero en los servicios de la salud se ha centrado casi exclusivamente en las mujeres que la han sufrido o la sufren y, en menor medida, en sus hijas e hijos. Existen diferentes protocolos¹², guas y recomendaciones¹³ para el abordaje de mujeres que han sufrido violencia de genero, as como instrumentos validados para su deteccin^{14,15}.

En cambio, el abordaje del hombre agresor se ha limitado casi exclusivamente al mbito judicial, mientras que en el mbito de la salud es un tema relativamente reciente y las correspondientes investigaciones cientficas y recomendaciones, guas o protocolos para la prctica son todava escasos¹⁶, mas aun en lengua espanola.

La necesidad de investigar la deteccin y la intervencin en atencin primaria con hombres que ejercen violencia contra la pareja ha sido reconocida recientemente^{17,18}, y este artculo resume la informacin disponible hasta ahora. Se describen las razones para un abordaje de la violencia de genero con hombres agresores en servicios de atencin primaria de salud, sus principales caractersticas y perfiles, sus posibles demandas de ayuda y maneras de presentarse y recomendaciones para su abordaje: la deteccin, la valoracin del riesgo y la motivacin y derivacin para una intervencin especializada.

Prevalencia de hombres que ejercen violencia de genero

En un resumen de 18 estudios anglosajones sobre hombres que ejercen violencia de genero y que asistieron a diferentes servicios sanitarios (principalmente, de atencin primaria y urgencias) se refieren prevalencias de entre el 7 y el 41%¹⁹. Prcticamente, no hay datos correspondientes para

Espana. Una de las pocas excepciones es un estudio con hombres que acudan a servicios de atencin a las drogodependencias en Cataluna²⁰ que encontro que 1 de cada 3 ejerca violencia fsica o sexual, y 2 de cada 3, violencia psicolgica.

Ademas de los datos de prevalencia, varios estudios²¹⁻²⁴ demuestran que entre el 40 y el 90% de hombres que maltratan han acudido a servicios de salud (de urgencias, de atencin primaria o de salud mental) en los meses anteriores a su entrada en un programa para agresores, y que casi una tercera parte relacionaba sus problemas de salud directamente con la violencia que ejercan. En uno de los estudios²⁵, gran parte del personal de salud entrevistado no saba cmo abordar a los agresores ni a dnde derivarlos, y muchos hombres presentaron problemas como depresin, celos, alcohol y drogas, con una postura de “pobre de m” y posicionndose como vctimas que necesitan ayuda antes que reconocer la violencia que ejercan²⁶.

En una investigacin sobre las demandas de ayuda de hombres que participaban en un programa para agresores²⁷ casi 2 de cada 3 haban pedido ayuda antes de entrar en el programa, pero solo la mitad de ellos la haba recibido, y de los que haban recibido ayuda, solo 1 de cada 4 la considero til. Por otra parte, mdicos y terapeutas estaban entre las personas mas mencionadas (antes que amigos o familiares) para pedir ayuda sobre el tema. Los autores concluyen que es fundamental desarrollar campaas educativas e iniciativas de intervencin para proporcionar al personal sanitario las herramientas para abordar e implicar a los hombres agresores de manera efectiva.

Caractersticas, perfiles y tipologas de hombres agresores

Existe una gran cantidad de estudios sobre caractersticas, perfiles y tipologas de hombres que ejercen violencia de genero. Antes de resumir los principales resultados relevantes para el abordaje en servicios sanitarios, hay que advertir que la mayora de estas investigaciones se han realizado y publicado en el mundo anglosajn (principalmente, en EE. UU. y Canad) y con hombres condenados a la participacin en programas de intervencin. Esto implica que los resultados no pueden generalizarse a la poblacin espanola de hombres que maltratan²⁸. Por otra parte, la mayora de estudios son correlativos y no longitudinales, por lo que las relaciones encontradas entre diferentes variables y el ejercicio de la violencia no se pueden interpretar como causales. Dicho esto, la principal conclusin que se puede sacar de estas investigaciones es que los hombres agresores no son un grupo homogneo: no existe un perfil claro a travs del cual se los pueda detectar.

Perfil sociodemográfico

Desde una perspectiva sociodemográfica, hay consenso en que la violencia contra la pareja existe en todas las edades y en todos los niveles educativos y socioeconómicos. Aun as, un metanlisis sobre factores de riesgo para el ejercicio de la violencia contra la pareja²⁹ ha encontrado correlaciones pequeas pero estadsticamente significativas con niveles educativos más bajos, edades más jóvenes, desempleo y menores ingresos.

Psicopatologa

Con respecto a la psicopatologa, hay que destacar que los hombres que ejercen violencia de gnero no son enfermos mentales en su mayora³⁰, aunque el nivel de psicopatologa vara segn los estudios^{29,31,32}. La psicopatologa asociada al maltrato es importante para el abordaje del hombre agresor en servicios sanitarios, ya que frecuentemente pide ayuda por ella, al obviar, de entrada, el tema de la violencia contra la pareja. El abuso de drogas ilcitas y de alcohol es el problema asociado al maltrato de la pareja con más asiduidad. Diferentes investigaciones en el ámbito internacional refieren tasas de violencia contra la pareja de entre el 40 y el 80% en hombres atendidos en servicios de atencin a las drogodependencias³³, y tasas de consumo problemático de alcohol u otras drogas de entre el 30 y el 70% en hombres atendidos en programas para agresores³⁴. Estas correlaciones con la violencia contra la pareja se han corroborado en amplios metanlisis para el consumo problemático de alcohol³⁵ y de otras drogas³⁶, pero no se pueden interpretar como causalidad lineal, sino que la relacin entre ambos problemas es bidireccional, multidimensional y compleja, al tener, además, muchos factores de riesgo en comn³⁷. Otros tipos de patologas relacionadas con el ejercicio de la violencia son la depresin^{29,38}, incluyendo la ideacin y los intentos de suicidio, y los trastornos de personalidad, especialmente los de tipo antisocial, lmite, paranoide y narcisista^{32,39}.

Caractersticas psicológicas

Entre otras caractersticas psicológicas relevantes de los hombres agresores^{29,31,40} destacan la tolerancia ante la violencia y actitudes que la justifican, as como su negacin o minimizacin y la falta de responsabilidad por ella, al depositarla en otros y al culpar, muchas veces, a la vctima^{41,42}, que son aspectos fundamentales que se deben abordar en la entrevista clnica. Los roles de gnero tradicionales y estereotipados^{43,44}, concretamente la internalizacin de un modelo de masculinidad hegemnico⁴⁵, estn muy extendidos y tambin dificultan que los hombres pidan ayuda por este problema. Otros contratiempos que pueden ser motivo de consulta o tema de conversacin en la visita y que estn relacionados con el ejercicio de la violencia de gnero son: la insatisfaccin y los conflictos en la relacin de pareja,

la hostilidad y la ira⁴⁶, los celos exagerados⁴⁷ y el estrs vital y laboral, como, por ejemplo, estar en el paro⁴⁸. Tambn hay que tener en cuenta los antecedentes de haber ejercido violencia contra otras parejas anteriores, haber presenciado violencia contra la pareja en la familia de origen o haber sufrido abuso sexual o maltrato infantil que suelen relacionarse con el posterior maltrato a la pareja, aunque no de manera directa. Para otras variables, como los estilos de apego inseguro, la falta de empata y la baja autoestima, los datos empricos son contradictorios y todava no concluyentes⁴⁹.

Tipologas

Desde que resulto evidente que los hombres agresores no constituyen un grupo homogneo que se pueda describir en un perfil determinado, se han iniciado intentos de establecer tipologas para clasificar a los agresores segn diferentes criterios que incluyen la gravedad y la extensin de la violencia ejercida, el nivel de psicopatologa, las reacciones psicofisiológicas ante el conflicto, las caractersticas psicológicas y de personalidad, y su resistencia o motivacin al cambio^{50,51}. La tipologa más conocida es la del equipo de investigacin de Holtzworth-Munroe^{52,53} que establecio 3 categoras de hombres agresores: 1) los limitados al ámbito familiar (*family only*) con violencia menos grave y limitada al ámbito familiar y poca o ninguna psicopatologa asociada; 2) los lmite o disfóricos, con violencia de moderada a alta ejercida mayoritariamente, pero no en exclusiva, en el ámbito familiar y con niveles de psicopatologa altos, sobre todo tendencias a la depresin, la dependencia y a una personalidad lmite con alta labilidad emocional e impulsividad, y 3) los antisociales o violentos en general, que ejercen altos niveles de violencia en diferentes ámbitos de su vida de manera instrumental y tienen tendencia al trastorno antisocial y a la psicopata, muchas veces con historial delictivo. En un estudio emprico posterior⁵⁴, anadieron una cuarta categora, la de los antisociales de bajo nivel, con niveles bajos o medios de violencia limitada al ámbito familiar y caractersticas antisociales moderadas. La estabilidad temporal y la utilidad clnica de las diferentes categoras quedan por demostrar⁵⁰. Aun as, parecen tiles para discriminar el riesgo de ejercer violencia en el futuro⁵⁰, lo que tambin se ha podido replicar en algunas muestras espaolas^{55,56}.

Razones para el abordaje de hombres que ejercen violencia de gnero

La principal razn y el objetivo fundamental del abordaje de hombres que maltratan es el de aumentar la seguridad y el bienestar de las personas vctimas, mujeres e hijas e hijos, y cada paso y accin tienen que regirse por este objetivo.

El abordaje de hombres que ejercen violencia de genero puede llevar a una reduccion de esta si se realiza de manera adecuada, ya sea a traves de la misma intervencion con el hombre en el servicio sanitario o a partir de la derivacion a un servicio especializado. La deteccion de la violencia a traves del hombre tambien posibilita abordar el tema con la mujer victima y/o sus hijas e hijos, para ofrecerles apoyo y asistencia especializada y para promover medidas de seguridad que puedan mejorar su situacion aun en el caso de que con el hombre no se consiga ningun cambio. El hecho de preguntar por la violencia ejercida envia un mensaje de que se trata de un tema importante de salud, abre la puerta a futuras conversaciones y revelaciones y supone una oportunidad para informar al hombre sobre el tema, incluyendo la posible distribucion de materiales al respecto⁵⁷, aunque el hombre no ejerza violencia o no la reconozca. Por otra parte, la deteccion de la violencia de genero ejercida por el hombre tambien puede facilitar o mejorar el tratamiento de los problemas de salud por los que consulta, ya que la violencia puede influir directamente en estos²¹ o dificultar la adhesion al tratamiento o su eficacia.

Obstaculos para el abordaje de hombres agresores

Los principales obstaculos para la deteccion del ejercicio de violencia de genero en hombres que acuden a atencion primaria son parecidos o complementarios a los referidos para la deteccion en mujeres victimas en diferentes investigaciones⁵⁷⁻⁵⁹. No considerar la violencia de genero como un problema de salud importante⁶⁰, en general o para el propio lugar de trabajo, asi como, diversos mitos y creencias sobre la violencia y los hombres que la ejercen⁶¹ son el primer obstaculo para el abordaje por parte del personal sanitario⁵⁸. La falta de guias o protocolos especificos (el Protocolo comun para la actuacion sanitaria ante la violencia de genero¹² limita la informacion referente a la actuacion con el maltratador a 3 parrafos generales), y la falta de formacion especifica⁶² genera, ademas, un deficit de conocimientos y habilidades para el abordaje de agresores²⁵. El miedo a ofender a los pacientes al preguntar sobre la violencia es habitual en el personal sanitario, pero la evidencia demuestra que la mayoria de pacientes esta a favor de recibir las preguntas y a responder con sinceridad^{7,57,59}, incluidos hombres que reconocen ejercer maltrato⁶³. Otro miedo relacionado es el de abrir la caja de Pandora al abordar el tema⁶⁴ y desencadenar un proceso complejo e imprevisible, dificil de predecir y de controlar y que puede incluir fuertes emociones por parte de la persona atendida, tener que responder a momentos de crisis, involucracion en litigios, etc. Uno de los miedos especificos en la atencion a agresores es el de sufrir violencia por parte del hombre en la consulta. Tambien existe la preocupacion por la falta de recursos espe-

cificos a los que derivar a los agresores identificados. Finalmente, la incomodidad y los sentimientos que produce en el personal sanitario el abordaje de un agresor⁶⁵ pueden estar relacionados con el discurso de este (rechazo o rabia por sus actos o con actitudes), la empata con las victimas o con experiencias propias con la violencia⁶⁶ (ya sea en la familia de origen o en una relacion de pareja), y pueden dificultar una adecuada actuacion.

Deteccion y derivacion de hombres agresores: que ocurre en la practica?

Para el proceso de deteccion, es importante conocer cuales son las circunstancias y motivos por los que los hombres acuden a algun servicio sanitario antes que ir a un programa para agresores cuando hay situaciones de violencia²⁶. Segun el grado de menor a mayor reconocimiento explicito de la violencia, estos casos se podrian clasificar de la siguiente manera:

- Hombres que acuden con problemas de salud, posiblemente relacionados con el ejercicio de la violencia, sin explicitarla (desde lesiones y hematomas hasta dolores de cabeza, insomnio, ansiedad, depresion o consumo de sustancias).
- Hombres que acuden a un servicio por encontrarse en una situacion de riesgo o de malestar debido a una situacion personal concreta (paro, separacion, problemas economicos y/o familiares, etc.).
- Hombres que acuden a un servicio de salud para ayudar a su pareja en algun problema para el que ella ha pedido atencion (por depresion, ansiedad, consumo de sustancias, etc.).
- Hombres que acuden a un servicio sanitario porque relatan que su pareja se lo ha pedido, sin explicitar la violencia (aducen estar alterados, nerviosos, cansados, etc.).
- Hombres que estan molestos o preocupados porque su pareja esta cambiada o distanciada o existen conflictos desde que acude al servicio de salud para ser atendida.
- Hombres que se reconocen como parte de las causas del problema que relata su pareja, sin explicitar la violencia (mala relacion, discusiones, dependencia emocional, celos, etc.) o se presentan como victimas de maltrato por parte de ellas.
- Hombres que demandan hacer terapia de pareja porque reconocen un problema con su pareja (explicitada o no la violencia).
- Hombres que reconocen de algun modo su violencia debido a que ha habido una consecuencia grave (su pareja ha sido atendida de urgencias, denuncias, detencion, etc.).
- Hombres que admiten (aunque minimicen) su problema de violencia, sea esta psicologica, fisica o sexual, o algun hecho violento puntual.

Aunque estas formas de presentarse en la consulta ya nos pueden hacer sospechar e iniciar un proceso de detección de la violencia, hay otros indicadores habituales en la conducta y el discurso del hombre que nos pueden ayudar:

- Siempre acompaña a la pareja, incluso en las visitas rutinarias, y ella se muestra contrariada o con prisa por acabar.
- Tiene una conducta de control de la pareja, e insiste siempre en entrar a la consulta cuando ella es atendida. A veces, puede pedir hablar con quien la trata.
- El hombre, sea acompañante o paciente, desacredita y desvaloriza a su pareja delante del personal sanitario, no la deja hablar, la interrumpe y corrige o pretende tomar decisiones médicas por ella.
- Justifica o minimiza lesiones o estados psicológicos de la pareja, que pueden ser debidos a situaciones de violencia, como “normales”, la trata como “torpe, enferma mental o desequilibrada” o la culpa de “sus problemas”.

En ciertas situaciones en que la violencia se hace explícita y pública a través de la atención sanitaria a la víctima y/o al agresor, o por denuncias y detenciones, es imprescindible aprovechar la oportunidad para iniciar y apoyar un proceso de cambio a través de la exploración de la problemática con el hombre⁶⁷. Otras veces, podemos tener conocimiento de la violencia ejercida por el hombre por terceras personas, ya sea la víctima o familiares o bien profesionales de la salud o de otros ámbitos, tanto directamente como a través de informes o documentos.

Además, hay que tener en cuenta que si se atiende también a la pareja en el mismo centro, será necesario tomar algunas medidas de precaución para, como mínimo, no empeorar la situación al preguntar sobre la violencia^{68,69}.

A pesar de la ya indicada escasez de guías o protocolos para el abordaje de agresores en servicios sanitarios, diferentes experiencias en otros países han llevado, en los últimos años, a la publicación de un protocolo piloto por parte del Family Violence Prevention Fund en EE. UU.¹⁶ y de varios artículos con recomendaciones^{19,67,70-72}. En España, y en el marco del Programa para el abordaje de la violencia de género en la red de atención a las drogodependencias de la Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, se ha creado una guía para el abordaje de la violencia contra la pareja⁶⁹ que ofrece recomendaciones específicas y extensas para el abordaje de hombres agresores consumidores y otra para la intervención grupal⁷³. La tabla 1 resume las principales recomendaciones de estos protocolos, guías y artículos para la detección y exploración de la violencia de género con hombres agresores.

Tipos de detección

Según algunos estudios, sobre todo de EE. UU., las diferentes formas de detección que se aplican pueden dar re-

sultados variables según los métodos e instrumentos que se utilicen^{74,75}. Para escoger una determinada forma de detección, deberían validarse algunos cuestionarios en muestras de los diferentes servicios de salud y aplicando distintos métodos de entrevista o administración. Dado que este tipo de estudios no se ha hecho aún en nuestro país con hombres, en la siguiente clasificación recogeremos las metodologías e instrumentos más usados en otros países.

En primera instancia, existe una separación entre lo que llamaríamos detección universal o sistemática y la detección por casos⁶⁷. La primera se basa en la administración de cuestionarios o entrevistas semiestructuradas a todos los pacientes del centro, de manera que se pueda determinar si existe un problema de violencia o no en cada caso.

La detección por casos o indicadores es un método menos ambicioso y requiere el conocimiento de ciertos factores de riesgo, características, discursos y situaciones que se dan alrededor de la violencia de género para poder profundizar, intervenir y derivar en los casos en que dichas circunstancias se den en la entrevista clínica habitual.

Aunque no se han encontrado problemas de riesgo o contraproducentes al hacer una detección universal, sí es cierto que, como se ha apuntado anteriormente, sería necesaria una buena formación en la temática para el personal sanitario, así como protocolos generales, ya que se han mostrado diferencias en función de quién entrevista o de si los datos se recogen a través de formularios autoadministrados^{38,74}. La tabla 2 muestra 2 instrumentos de detección desarrollados en EE. UU. para el cribado de la violencia contra la pareja en hombres que acuden a urgencias^{38,76} y algunas preguntas adicionales para la detección de otras guías^{16,74}.

Aunque la aplicación de un cribado universal sería el método más efectivo para detectar situaciones de violencia, aun cuando no aparecen síntomas o factores asociados⁵⁷, creemos que el manejo de la entrevista es lo más recomendable para cualquier profesional, ya que si no se dan las circunstancias antes descritas (protocolos consensuados de actuación, entrenamiento en entrevistas de detección, instrumentos validados y de aplicación para todos los pacientes del centro, etc.) es muy difícil aplicarlo a todos los hombres que acuden a un servicio no específico sobre temas de violencia. Además, hasta que el cribado universal de victimización por violencia de género no sea una realidad en las pacientes mujeres, no tiene mucho sentido plantearlo para los hombres como posibles agresores.

En la detección por indicadores es habitual utilizar preguntas indirectas de menor a mayor concreción y profundidad sobre la problemática de violencia a partir de la recogida de indicadores durante las visitas. En la tabla 3 se pueden ver algunas preguntas habituales para este tipo de detección.

TABLA 1. Recomendaciones para la deteccin y exploracin

Generales	Seguridad de la vctima	Exploracin de la violencia
Organizar y apoyar desde la direccin del centro sanitario las medidas oportunas de prevencin, deteccin y respuesta ante la violencia de gnero, y concretamente ante los agresores	La seguridad de las vctimas es el objetivo prioritario de cualquier intervencin con el agresor. Siempre se debe tener presente cul es su situacin y riesgo	La deteccin y la exploracin de la posible violencia con los hombres deben indicarse a estos siempre como rutinaria. Pueden formar parte de la exploracin de la familia y las relaciones
Procurar informacin general y especficamente para hombres sobre recursos o centros especializados a travs de carteles, trpticos o dems que sean visibles en la consulta	Limitar si se puede la presencia del posible agresor como acompaante cuando existan sospechas de violencia. La exploracin de la violencia con la mujer debe hacerse individualmente	La deteccin y exploracin sobre la posible violencia debe hacerse con el hombre individualmente
El equipo debe recibir formacin y supervisin sobre aspectos personales que puedan obstaculizar el trabajo con violencia (miedos, prejuicios, experiencias personales, desgaste, etc.)	Si ambos, vctima y agresor, son atendidos en el mismo centro, es recomendable que lo hagan con profesionales y en horarios diferentes. Debe existir una coordinacin entre profesionales	La exploracin debe basarse en las conductas del agresor y sus consecuencias sobre su pareja, sus hijos/as o l mismo, evitando la culpabilizacin de las vctimas
Evitar, como equipo, posicionamientos y explicaciones de la violencia como "enfermedad" o "trastorno mental" que puedan desresponsabilizar al agresor de su conducta	No realizar ninguna exploracin sobre violencia con el hombre si as lo demanda la vctima, o cuando este se encuentre bajo la influencia de drogas o alcohol	Se debe recoger informacin sobre las intenciones y creencias del agresor sobre la violencia ejercida, evitando hacer juicios o describir sus actos como "maltrato" o "violencia", en un principio, aunque minimicen o justifiquen esta
Ofrecer espacios seguros y confidenciales tanto a vctimas como a agresores, siempre que no se den casos de emergencia en que su revelacin pueda prevenir episodios de violencia	No discutir o informar al agresor de aspectos tratados con la vctima. A no ser que la vctima lo demande y no exista riesgo de recibir violencia actualmente	No es aconsejable continuar la exploracin si el hombre mantiene una actitud defensiva, negadora o desafiante. Se puede emplazar al paciente a que hable de ello cuando est afectando a su salud o la de su familia o haya una crisis
Atender las posibles acciones del agresor para desprestigiar, boicotear o controlar la asistencia de la vctima al centro de salud. Muchos agresores, adems, se presentan como vctimas	Es importante que al realizar la exploracin del riesgo con el hombre no se ponga en duda la informacin aportada por la mujer. La vctima siempre es la persona ms fiable para evaluar el riesgo	Evitar juicios rpidos cuando el posible agresor no es usuario del centro o es acompaante, ya que puede aparecer como ms vlido, ms seguro y coherente, ante una vctima alterada, confusa o decada y con problemas de salud
El personal sanitario debe abstenerse de documentar informacin del agresor en el historial de la vctima, y viceversa. Debe existir una coordinacin entre profesionales	Se debera hacer siempre una valoracin del riesgo documentada en el historial segn los indicadores ms habituales (tabla 4)	Se debe documentar todas y cada una de las acciones, sntomas, actitudes y respuestas del posible agresor en su historial, y si puede ser, en un apartado especfico
El centro sanitario debe estar en contacto con los servicios y circuitos locales contra la violencia de gnero y obtener informacin de los programas para agresores de su zona, para posibles derivaciones o consultas	No recomendar la intervencin de pareja o familiar, aunque la vctima est de acuerdo, si an existe violencia o riesgo de que se produzca. Se recomienda un trabajo teraputico individual y un mnimo de 3 meses sin violencia previos	En las visitas se debe conseguir un vnculo teraputico importante, no solo para la exploracin, sino tambin para poder motivar un cambio e indicar una posible derivacin a servicios especializados en violencia

Valoracin del riesgo de ejercer violencia en el futuro

Si se ha detectado y explorado el ejercicio de violencia de gnero en un paciente, es imprescindible valorar el riesgo^{16,71}, tanto inminente como a medio plazo, de futura violencia contra la pareja, sobre todo en sus formas ms graves. La valoracin del riesgo se puede basar en el juicio clnico *ad hoc*, en protocolos actuariales con tems que se puntan y suman o en el juicio clnico estructurado despus de una recogida siste-

mtica de informacin⁷⁷. En cualquier caso, es importante tener en cuenta que el riesgo de violencia contra la pareja no es esttico, sino un proceso dinmico de varios factores interrelacionados que hay que seguir durante toda atencin⁷¹. La precisin de la valoracin del riesgo depende principalmente de la validez de la informacin en que se basa y esta est muy relacionada con la vinculacin teraputica⁶⁹. Cuantas ms fuentes independientes de informacin se utilizan, mejor. Existen varios instrumentos estandarizados para la valoracin del riesgo de la violencia contra la pareja⁷⁸, pero solo unos pocos estn en espaol y se han validado con muestras

TABLA 2. Instrumentos para la detección sistemática/el cribado universal*

Escala rápida para agresores (Perpetrator Rapid Scale- PERPS) de Ernst et al.⁷⁶

1. ¿Ha forzado a su pareja a tener sexo o le ha hecho daño mientras lo hacían?
2. ¿Ha empujado, agarrado o picado a su mujer violentamente?
3. ¿Ha pegado o golpeado a su pareja en los brazos, el cuerpo, la cabeza o la cara?

Cribado de 8 preguntas para el ejercicio de violencia contra la pareja de Rhodes et al.³⁸

1. ¿Siente que necesita tener siempre el control sobre su pareja?
2. Cuando se enfada, ¿su pareja le tiene miedo?
3. ¿Ha golpeado, empujado o tirado a su pareja durante el último año?
4. ¿Piensa que hay momentos en los que está bien hacerle daño físicamente a su pareja?
5. ¿Le ha hecho daño físicamente a su pareja en el último año?
6. ¿Está preocupado por si le podría hacer daño físicamente a su pareja?
7. ¿Piensa que su pareja debería tener sexo con usted aunque no lo quisiera?
8. ¿Ha hecho que su pareja tuviera sexo con usted aunque no quisiera?

Otras preguntas para la detección sistemática

- ¿Ha pegado, herido o amenazado a su pareja?
- ¿Han tenido usted y su pareja peleas físicas?
- ¿Ha tenido alguna vez una relación en donde hubo peleas físicas?
- ¿Ha amenazado o usado un arma contra su pareja?
- ¿Ha estrangulado a su pareja alguna vez?
- ¿Sigue y controla a su pareja constantemente y siente que necesita saber dónde está siempre?
- ¿Ha utilizado alguna vez la fuerza física contra su pareja?

*Traducción de los autores.

TABLA 3. Detección por indicadores o casos

La detección por indicadores o casos suele iniciarse a través de preguntas sobre la relación de pareja y los conflictos en ella o bien explorando las consecuencias del motivo de consulta sobre la relación de pareja. En los dos casos, se pasa de preguntas más generales y abiertas a preguntas más específicas y concretas sobre el uso de la violencia. Se sigue el discurso del paciente, intentando aclarar posibles contradicciones o llenar lagunas con preguntas no juzgantes que lleven la conversación hacia el tema de la posible violencia

Preguntas generales	Explorar las consecuencias del motivo de consulta (X)
¿Cómo definiría su relación de pareja?	Su problema de X (insomnio, estrés, alcoholismo, celos, etc.), ¿ha afectado a su relación de pareja? ¿Cómo?
¿Cómo trata usted a su pareja?	¿Qué piensa su pareja de su problema de X? ¿Cómo le afecta a ella?
Todo el mundo discute. ¿Cómo llevan usted y su pareja los desacuerdos o conflictos?	Cuando está X (celoso/bebido/nervioso/etc.), ¿cómo reacciona con su pareja?
¿Alguna vez las peleas han llegado a algo físico?	Cuando ha estado muy X, ¿alguna vez ha perdido la calma con su pareja? ¿Qué hizo exactamente?
¿Ha actuado alguna vez de manera que la avergonzara o asustara?	¿Qué es lo peor que ha pasado cuando ha estado X
¿Ha venido alguna vez la policía por una discusión o pelea?	Estando X, ¿alguna vez ha pensado en hacerse daño o matarse? ¿Y en hacer daño o matar a otra persona?
¿Cómo actúa normalmente cuando está enfadado? ¿Qué pasa cuando su enfado va a peor?	Cuando su problema de X estuvo peor, ¿alguna vez hizo algo de lo que luego se arrepintió?
¿Grita habitualmente a su pareja o cree que la trata a veces de forma autoritaria?	¿Por qué cree que su pareja le rechaza?
¿Siente celos cuando su pareja está con otras personas?	¿De qué tiene miedo su pareja?
¿Qué piensa de que su pareja estudie/trabaje fuera de casa? ¿Qué le diría si lo quisiera hacer?	¿Vivió situaciones de violencia en su familia?
¿Qué le parece que su pareja pase tiempo con su familia o amistades?	¿Ha sufrido abusos o violencia alguna vez?

españolas: SARA⁷⁹, EPV-R⁸⁰ y RVD-BCN⁸¹. Estos 3 instrumentos se basan en la valoración de entre 16 y 20 ítems que dan como resultado 3 categorías de riesgo: bajo, medio o alto. La mayoría de instrumentos coinciden en los principales factores de riesgo que hay que tener en cuenta para una valoración y que se resumen en la tabla 4.

En función del resultado de la valoración del riesgo, hay que tomar las correspondientes medidas de seguridad, ya sea con el hombre mismo (por ejemplo, negociar una separación temporal), ya sea con la pareja víctima y sus hijas e hijos. Si se valora un riesgo alto e inminente de ejercer violencia gra-

ve contra la pareja, hay que avisarle de este peligro y también a los cuerpos de seguridad.

Motivación para el cambio

Tal y como se advertía, la simple detección de hombres que puedan estar ejerciendo violencia en su familia no es suficiente para abordar esta problemática, y es necesario ayudar a estos hombres a responsabilizarse mínimamente para iniciar un proceso de cambio.

TABLA 4. Factores principales para una valoracion del riesgo de ejercer violencia de genero⁷⁹⁻⁸¹

Percepcion de la victima del riesgo de violencia grave hacia ella o sus hijas e hijos
Aumento de la frecuencia o gravedad de los episodios de violencia en los ultimos meses
Separacion actual o reciente, especialmente si hay disputas relacionadas
Quebrantamiento de rdenes de proteccion
Amenazas graves o de muerte, especialmente con armas u objetos peligrosos
Violencia fisica grave que haya causado (o podido causar) lesiones
Violencia sexual
Tenencia o facil acceso a armas
Violencia fisica durante el embarazo y/o en presencia de hijas/hijos o familiares
Obsesion con la pareja, celos exagerados, acoso, conductas de control intenso (sobre todo si estan separados)
Historial de violencia contra parejas anteriores, sobre todo con antecedentes policiales
Historial de violencia contra terceras personas y/u otras conductas delictivas
Consumo abusivo de alcohol y/o drogas
Diagnostico o historia de trastorno mental severo (sobre todo con abandono del tratamiento correspondiente)
Intentos o ideas de suicidio
Negacion o justificacion de la violencia, falta de arrepentimiento, desprecio hacia la victima
Vulnerabilidad especial de la victima (por falta de apoyo o recursos, enfermedad, disminucion, dependencia, etc.)

La recogida de la informacion que el propio hombre pueda haber reconocido en las visitas y la devolucion de esta en una entrevista de motivacion^{82,83} para iniciar el tratamiento en un programa especializado puede ser una buena forma de empezar. Es necesario que el paciente confie en quien le atiende, y haya un vinculo previo bien asentado. A veces esta relacion profesional-paciente, o la propia autoridad que dan muchos de estos hombres al personal sanitario es suficiente para que asistan a una primera visita en un programa para agresores⁷¹.

Es importante que se defina la problematica a raız de las motivaciones del propio paciente para utilizar la violencia y como este quiere cambiarla⁷¹: “Si te entiendo bien, lo que quieres es que te respeten pero no hacer dano a tu pareja”. “Entonces, siente que pierde los papeles y se pone agresivo en las discusiones y que esto esta afectando a su relacion de pareja?”. No sera aconsejable, por otro lado, desresponsabilizar al hombre de la violencia ejercida al ofrecerle un tratamiento orientado a su “enfermedad o trastorno”, sino que deben tener la voluntad de cambiar sus actitudes, formas de pensar y relacionarse⁸⁴. Asimismo, hay que apoyar a los hombres para que acudan a un centro especializado y ani-

marles a que pueden cambiar su problematica de violencia.

Por ultimo, el miedo a las consecuencias legales (denuncias, prision, etc.) o familiares (ruptura de la pareja, salida del hogar, rechazo de hijos e hijas, etc.) son elementos de gran motivacion para muchos hombres en esta situacion⁸⁵. Algunos no quieren volver a repetir situaciones de la infancia y convertirse en “lo que era mi padre”. Ademas, es preciso debatir algunas resistencias masculinas a la derivacion, ya que para muchos hombres es vergonzoso o esta mal visto acudir a tratamiento psicologico o incluso pedir ayuda mas alla de la simple medicacion.

Derivacion: programas de intervencion con hombres que ejercen violencia de genero

Para derivar a aquellos hombres que asuman un mınimo de responsabilidad por su violencia a un servicio especializado, es fundamental que el personal sanitario conozca los servicios y circuitos locales contra la violencia de genero y, concretamente, si existe un programa para agresores. Se recomienda contactar con el programa para conocer posibles protocolos de derivacion y, sobre todo, para acordar la imprescindible coordinacion y el seguimiento del caso.

Actualmente, en Espana, podemos distinguir 3 tipos de programas dirigidos a hombres que ejercen o han ejercido violencia de genero⁸⁶: los programas desarrollados en centros penitenciarios y aquellos realizados como medidas penales alternativas a la prision en el medio abierto, ambos dentro del sistema judicial y sin posibilidad de derivar a hombres desde el sistema de salud, y los programas de acceso voluntario y desarrollados en el contexto comunitario, a los que sı es posible derivar, aunque su numero y extension geografica son mucho menores. Hay diferentes enfoques teoricos y metodologicos de los programas⁸⁷, pero los mas extendidos combinan la terapia cognitivo-conductual con una perspectiva de genero o bien parten de un enfoque psicodinamico y los contenidos fundamentales incluyen la asuncion de responsabilidad por la violencia ejercida, el analisis de episodios violentos para comprender su significado e intencionalidad, el trabajo sobre la masculinidad y el aprendizaje del uso de la violencia, la creacion de maneras alternativas de relacionarse y el entrenamiento de las habilidades necesarias para ellas, ası como la prevencion de recaidas. En general, prevalece el trabajo grupal⁸⁴ con duraciones de entre 12 semanas y mas de un ano. Sobre su eficacia, algunos estudios bien disenados con muestras grandes y sobre programas establecidos encuentran efectos significativos en la reduccion de la violencia⁸⁸, mientras que 2 metanalisis^{89,90} sobre diferentes estudios llegan a la conclusion de que existe un efecto pequeno de los programas, y otro los pone en cuestion⁹¹. En Espana, las primeras evaluaciones de progra-

mas realizados en prisión^{92,93} y en el ámbito comunitario⁹⁴ indican resultados prometedores, teniendo en cuenta la necesidad de mejoras metodológicas y mayores muestras de hombres que acuden voluntariamente.

Conclusiones

La violencia de género es un problema importante en nuestro país, y la actuación desde la consulta de atención primaria es imprescindible, ya que genera unas consecuencias en la salud de víctimas y agresores de enorme magnitud. Si se atiende a las cifras de prevalencia de esta problemática a la vez que se analizan los protocolos y las intervenciones que se hacen desde los equipos de salud, se puede comprobar una carencia más o menos generalizada de estos servicios para implicarse en la detección y derivación de pacientes hacia programas especializados de atención a la violencia de género.

En el caso de los hombres que ejercen violencia hacia su pareja, hijas e hijos, las recomendaciones y protocolos de actuación son aún escasos en nuestro país, y es necesario recoger aquellas experiencias internacionales que podrían ser aplicables en nuestro entorno. Conocer los perfiles y características de los hombres que ejercen violencia, así como los indicadores más comunes para su detección puede ser de gran ayuda para intervenir con aquellos que generan graves daños en la salud de sus familias, y que el personal sanitario atiende a diario en sus consultas muchas veces a la par que a las víctimas. Asimismo, estar al corriente de los diversos tipos de detección de la violencia que se aplican y los diferentes programas especializados de intervención con agresores que existen ha de permitir a los centros de salud responder con agilidad y eficacia a todos los hombres implicados en casos de violencia de género.

Muchos son los obstáculos que aún persisten en los y las profesionales de la salud para iniciar una exploración de esta grave problemática, aunque la formación y la adopción de protocolos por parte de los equipos pueden hacer superar los mitos y las reticencias para abordar con los hombres su problema de violencia. Seguir unas recomendaciones generales en los centros de atención primaria, así como, salvaguardar la seguridad de las víctimas y hacer entrevistas eficaces para detectar y derivar a los hombres de forma habitual deben ser hoy en día un objetivo prioritario para el personal sanitario y los sistemas de salud de nuestro país.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Resolución WHA49.25 de la 49.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 1996.
2. Coll-Planas G, Garcia-Romaral G, Mañas C, Navarro-Varas L. Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género: las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. *Revista de Sociología*. 2008;87:18-204.
3. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence

against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260-9.

4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Madrid; 2006.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia de género 2011: principales resultados. Madrid; 2012.
7. García Torrecillas JM, Torío Durántez J, Lea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*. 2008;40:455-61.
8. González Lozoya I, Serrano Martínez A, García Sánchez N, et al. Experiencias en relación con la Violencia de Género de la población que consulta en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2010;3:104-9.
9. Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten Primaria*. 2006;37:241-2.
10. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20:202-8.
11. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*. 2010;24:128-35.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid; 2007.
13. García-Esteve L, Torres A, Imaz ML. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC*. 2010;17:449-59.
14. Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Medi Clín*. 2011;137:390-7.
15. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening Women for Intimate Partner Violence A Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*. 2012;156:1-W4.
16. Kimberg L. Addressing Intimate Partner Violence with Male Patients: A Review and Introduction of Pilot Guidelines. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23:2071-8.
17. Taket A. Responding to domestic violence in primary care. *BMJ*. 2012;344:e757.
18. Ernst AA. Intimate Partner Violence: Steps for Future Generations. *Annals of Emergency Medicine*. 2006;47:200-2.
19. Singh V. Academic men's health: Case studies in clinical practice: Intimate partner violence perpetration. *Journal of Men's Health*. 2009;6:383-92.
20. Gilchrist G, Blázquez A, Torrens M. Homes, relacions i salut. Subdirecció General de Drogodependències, coordinador. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; en preparació, 2012.
21. Gerlock AA. Health impact of domestic violence. *Issues Ment Health Nurs*. 1999;20:373-85.
22. Coben JH, Friedman DI. Health care use by perpetrators of domestic violence. *J Emerg Med*. 2002;22:313-7.
23. Hester M, Westmarland N, Gangoli G, et al. Domestic Violence Perpetrators: Identifying Needs to Inform Early Intervention. Bristol: University of Bristol in association with the Northern Rock Foundation and the Home Office; 2006.
24. Lipsky S, Caetano R. Intimate Partner Violence Perpetration Among Men and Emergency Department Use. *J Emerg Med*. 2011;40:696-703.
25. Westmarland N, Hester M, Reid P. Routine Enquiry about Domestic Violence in General Practices: a Pilot Project. Bristol: University of Bristol; 2004.
26. Hester M, Westmarland N. Service Provision for Perpetrators of Domestic Violence. Bristol: University of Bristol; 2006.
27. Campbell M, Neil J, Jaffe P, Kelly T. Engaging Abusive Men in Seeking Community Intervention: A Critical Research & Practice Priority. *Journal of Family Violence*. 2010;25:413-22.

28. Bonino L. Hombres y violencia de genero. Mas alla de los maltratadores y factores de riesgo. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2008.
29. Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2004;10:65-98.
30. Echeburua E, Corral P de. Violencia domestica: es el agresor un enfermo? *FMC*. 2004;11:297-303.
31. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*. 2012;3:231-80.
32. Ferrer V. Estudio Meta-Analitico de Caracteristicas Diferenciales Entre Maltratadores y no Maltratadores: El Caso de la Psicopatologia y el Consumo de Alcohol o Drogas. *Psykhe: Revista de la Escuela de Psicologia*. 2004;13:141-56.
33. Fals-Stewart W, Kennedy C. Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2005;29:5-17.
34. Moore TM, Stuart GL. Illicit Substance Use and Intimate Partner Violence Among Men in Batterers' Intervention. *Psychol Addict Behav*. 2004;18:385-9.
35. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1222-34.
36. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:247-74.
37. Leonard KE. Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction*. 2005;100:422-5.
38. Rhodes KV, Houry D, Cerulli C, Straus H, Kaslow NJ, McNutt LA. Intimate Partner Violence and Comorbid Mental Health Conditions Among Urban Male Patients. *Ann Fam Med*. 2009;7:47-55.
39. White RJ, Gondolf EW. Implications of Personality Profiles for Batterer Treatment. *J Interpers Violence*. 2000;15:467-88.
40. Echeburua E, Amor PJ. Perfil psicopatologico e intervencion terapeutica con los agresores contra la pareja. *Rev Esp Med Legal*. 2010;36:117-21.
41. Catlett BS, Toews ML, Walilko V. Men's gendered constructions of intimate partner violence as predictors of court-mandated batterer treatment drop out. *Am J Community Psychol*. 2010;45:107-23.
42. Scott KL, King CB. Resistance, Reluctance, and Readiness in Perpetrators of Abuse Against Women and Children. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8:401-17.
43. Derry PA, Harnadek MC, McLachlan RS, Sontrop J, Blume WT, Girvin JP. A longitudinal study of the effects of seizure symptoms on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) clinical interpretation. *J Clin Psychol*. 2002;58:817-26.
44. Santana MC, Raj A, Decker MR, La Marche A, Silverman JG. Masculine Gender Roles Associated with Increased Sexual Risk and Intimate Partner Violence Perpetration among Young Adult Men. *J Urban Health*. 2006;83:575-85.
45. Prospero M. Effects of Masculinity, Sex, and Control on Different Types of Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Family Violence*. 2008;23:639-45.
46. Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:119-52.
47. Holtzworth-Munroe A, Meehan JC. Husband violence: personality disorders among male batterers. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:13-7.
48. Stith SM. Vulnerabilities, stressors, and adaptations in situationally violent relationships. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*. 2011;60:73-89.
49. Loinaz I, Echeburua E, Ullate M. Estilo de Apego, Empatia y Autoestima en Agresores de Pareja. *Terapia Psicologica*. 2012;30:61-70.
50. Cavanaugh MM, Gelles RJ. The utility of male domestic violence offender typologies: new directions for research, policy, and practice. *J Interpers Violence*. 2005;20:155-66.
51. Amor PJ, Loinaz I, Echeburua E. Se puede establecer una clasificacion tipologica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2009;9:519-39.
52. Holtzworth-Munroe A. Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*. 1994;116:476-97.
53. Holtzworth-Munroe A. Typologies of men who are maritally violent: scientific and clinical implications. *J Interpers Violence*. 2004;19:1369.
54. Holtzworth-Munroe A, Meehan JC, Herron K, Rehman U, Stuart GL. Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:1000-19.
55. Fernandez-Montalvo, Echeburua E. Variables psicopatologicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un analisis descriptivo. *Analisis y Modificacion de Conducta*. 23:151-80.
56. Loinaz I. Tipologia de agresores contra la pareja en prision. *Psicothema*. 2010;22:106-11.
57. Todahl J, Walters E. Universal screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Marital Fam Ther*. 2011;37:355-69.
58. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *Am J Prev Med*. 2000;19:230-7.
59. Hamberger LK, Phelan MB. Domestic Violence Screening in Medical and Mental Health Care Settings. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2006;13:61-99.
60. Coll-Vinent B, Echeverria T, Farras , et al. El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22:7-10.
61. Bonino L. Obstaculos a la compresion y a las intervenciones sobre violencia (masculina) contra las mujeres en la pareja [Internet]. Madrid; 2004. Disponible en: <http://www.luisbonino.com/pdf/Obstaculos%20a%20la%20compresion.pdf>
62. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72:855-66.
63. Burge SK, Schneider FD, Ivy L, Catala S. Patients' advice to physicians about intervening in family conflict. *Ann Fam Med*. 2005;3:248-54.
64. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence Opening Pandora's Box. *JAMA*. 1992;267:3157-60.
65. Gines O, Carvalho E. Cuidados con el equipo cuidador. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2010;12:297-313.
66. Rodriguez-Borrego MA, Vaquero Abellan M, Bertagnolli L, Munoz-Gomariz E, Redondo-Pedraza R, Munoz-Alonso A. Violencia del compaerero ntimo: estudio con profesionales de enfermeria. *Aten Primaria*. 2011;43:417-25.
67. Gerlock AA, Grimesey JL, Pisciotta AK, Harel O. Ask a Few More Questions. *AJN The American Journal of Nursing*. 2011;111:35-9.
68. Ferris LE, Norton PG, Dunn EV, Gort EH, Degani N. Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. The Delphi Panel and the Consulting Group. *JAMA*. 1997;278:851-7.
69. Valls E, Geldschlager H, LaFarga S. Violencia contra la parella i consum de substancies: Guia per a professionals de la XAD. Barcelona: Subdireccio General de Drogodependencies. Agencia de Salut Publica de Catalunya; 2012. En preparacion
70. Adams D. Guidelines for doctors on identifying and helping their patients who batter. *J Am Med Womens Assoc*. 1996;51:123-6.
71. Ganley AL. Health care responses to perpetrators of domestic violence. En: Ganley AL, Warshaw C, eds. *Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund; 1996. p. 89-109.
72. Cronholm PF. Intimate Partner Violence and Men's Health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2006;33:199-209.
73. Valls E, LaFarga S, Gines O, Ponce , Geldschlager H. Violencia contra la parella i consum de substancies: Guia per al treball grupal. Barcelona: Subdireccio General de Drogodependencies. Agencia de Salut Publica de Catalunya; 2012. En preparacion
74. Jaeger JR, Spielman D, Cronholm PF, Applebaum S, Holmes WC. Screening Male Primary Care Patients for Intimate Partner Violence Perpetration. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1152-6.
75. Kapur NA, Windish DM. Optimal methods to screen men and women for intimate partner violence: results from an internal medicine residency continuity clinic. *J Interpers Violence*. 2011;26:2335-52.
76. Ernst AA, Weiss SJ, Morgan-Edwards S, Rihani T, Coffman B, Clark R, et al. Derivation and validation of a short emergency department screening tool for perpetrators of intimate partner violence: the Perpetrator RaPid Scale (PERPS). *J Emerg Med*. 2012;42:206-17.

77. Andres-Pueyo A. Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*. 2010;22:403-9.
78. WAVE – Women Against Violence Europe. PROTECT - Visión general de la identificación y protección de las víctimas de alto riesgo de la violencia de género. Viena; 2011.
79. Randall-Kropp P, Andrés-Pueyo SL. S.A.R.A.: Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona; 2005.
80. Echeburúa E. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja-Revisada-(EPV-R). *Psicothema*. 2010;22:1054-60.
81. Circuit Barcelona contra la violencia vers les dones. RVD-BCN: Protocol de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella. Barcelona; 2011.
82. Muldoon JP, Gary JM. Enhancing Treatment Compliance Among Male Batterers: Motivators to Get Them in the Door and Keep Them in the Room. *J Ment Health Counseling*. 2011;33:144-60.
83. Murphy CM, Maiuro RD, eds. *Motivational Interviewing and Stages of Change in Intimate Partner Violence*. Nueva York: Springer; 2009.
84. Geldschläger H, Ginés O, Ponce Á. Grupo psicoterapéutico con hombres que ejercen violencia de género en el ámbito de la pareja. En: Roca N, Masip J, eds. *Intervención grupal y violencia sexista. Prevención atención y evaluación*. Barcelona: Herder; 2011. p. 344-68.
85. Geldschläger H, Ginés O, Ponce Á. Jóvenes en la intervención para hombres que ejercen violencia de género: dificultades y propuestas. *Revista de Estudios de Juventud*. 2009;86:197-215.
86. Geldschläger H. Programas Europeos de Intervención para Hombres que Ejercen Violencia de Género: Panorámica y Criterios de Calidad. *Intervención Psicosocial*. 2010;19:181-90.
87. Aldarondo E, Mederos F. *Programs for Men Who Batter-Intervention and Prevention Strategies in a Diverse Society*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2002.
88. Gondolf EW. *Batterer intervention systems: Issues, outcomes, and recommendations*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002.
89. Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev*. 2004;23:1023-53.
90. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro AK, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD006048.
91. Feder L, Wilson DB. A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*. 2005;1:239-62.
92. Echeburúa E. Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2009;9:5-20.
93. Echeburúa E Fernández-Montalvo J, Amor PJ. Psychological Treatment of Men Convicted of Gender Violence. A Pilot Study in Spanish Prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2006;50:57-70.
94. Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I, Corral P de. Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2009;9:109-217.