

Condiciones de vida de mujeres malnutridas víctimas de violencia doméstica

María Fernanda Dos Santos Cerda ¹, Aldo Vicente Cravino Urbáez ¹, Miguel Ángel Reveco Moreno ¹, Marcos Gabriel Quintero Godoy ¹, Mary Luz López Ahumada ¹.

¹ *Instituto Nacional de Nutrición. Gerencia de Estudios Nutricionales. Quinta Crespo. Caracas Distrito Capital.*

Resumen

Fundamentos: La malnutrición es una patología multifactorial, a la que distintos autores han asociado con la violencia. Ambas están presentes de manera habitual en nuestros entornos, sin embargo, no existen estudios suficientes que investiguen la relación entre ellas. Este trabajo describe las condiciones de vida de mujeres venezolanas malnutridas víctimas de violencia.

Métodos: Se entrevistaron 9 mujeres entre 20 y 60 años de edad con malnutrición y víctimas de violencia intrafamiliar, en varios estados de Venezuela. Se realizaron entrevistas y se realizó una evaluación alimentaria y nutricional.

Resultados: Dietas monótonas, un número reducido de comidas al día y la ingesta de agua para calmar el hambre, fueron aspectos comunes en los hábitos alimentarios de las participantes. La violencia física y psicológica estuvo presente en la mayoría de las mujeres, y la mitad sufrió violencia sexual.

Conclusiones: Una relación entre la malnutrición y la violencia experimentada por las participantes, es difícil de establecer, por el carácter multifactorial de la malnutrición. La presente investigación sirve como una referencia para futuras investigaciones.

Palabras clave: malnutrición; violencia doméstica; mujeres.

Living conditions of malnourished women victims of domestic violence

Summary

Background: Malnutrition is a multifactorial pathology, to which different authors have associated with violence. Both are present routinely in our settings, however, there are not enough studies to investigate the relationship between them. This paper describes the living conditions of Venezuelan malnourished women victims of violence.

Methods: Nine women between 20 and 60 years of age with malnutrition and victims of intrafamily violence were interviewed in several states of Venezuela. Food and nutritional interviews and evaluation were carried out.

Results: Monotonous diets, a reduced number of meals a day, and the intake of water to quench hunger were common aspects in the eating habits of the participants. Physical and psychological violence was present in most women, and half suffered sexual violence.

Conclusions: A relationship between malnutrition and violence experienced by participants is difficult to establish because of the multifactorial nature of malnutrition. This research serves as a reference for future research.

Key words: malnutrition; domestic violence; women.

Correspondencia: María Fernanda Dos Santos Cerda

E-mail: maferdsc@gmail.com

Introducción

A nivel mundial tanto la malnutrición por exceso como por déficit, son considerados un problema de salud pública. Para el año 2014, se estimó que en el mundo el 39% de las personas mayores de 18 años tenían sobrepeso y 13% obesidad¹. Paralelamente, la malnutrición por déficit afecta a 842 millones de personas². Venezuela no se escapa de este fenómeno, el Estudio Nacional de Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad realizado en el año 2010, en el cual participaron 10.800 adultos, arrojó que el 10% de las mujeres participantes tenían sobrepeso, el 30% obesidad y el 4% delgadez³.

Si bien es cierto, la malnutrición por exceso o déficit es considerada una patología multifactorial, siendo uno de los elementos que se ha visto asociado con ésta la violencia interpersonal. Siendo definida como *“Cualquier comportamiento que cause daño físico, psicológico o sexual, aquellos que hacen parte de una relación íntima e incluyen actos de agresión física, abuso psicológico, coerción sexual y comportamientos controladores”*⁴.

La violencia intrafamiliar provoca un fuerte impacto en la vida de la víctima, ocasionando alteraciones físicas y psicológicas. Diversas investigaciones señalan que las personas agredidas, son más propensas a tener una deficiente calidad de vida y una pobre sensación de bienestar, pudiendo presentarse una alteración de su estado nutricional⁵.

Vale destacar que la violencia contra la mujer es frecuente en Latinoamérica y el resto del mundo, presentando una prevalencia entre el 20 y 60% en algunos países⁵. El estudio multicéntrico realizado por la OMS en diferentes países, mostró que entre el 13 y

61% de las mujeres sufren o han sufrido algún episodio de violencia, siendo Perú y Etiopía las naciones que presentaron mayor número de intimidaciones físicas, sexuales o ambas⁶.

En Venezuela “La Defensoría del Pueblo” recibió, durante el año 2015, 814 casos de violencia contra la mujer, que incluían: violencia física, acoso, hostigamiento, violencia psicológica y amenaza⁷. Sin embargo, se desconocen las cifras actuales en esta materia. Es notorio que en Venezuela no existan investigaciones que analicen el fenómeno de la malnutrición y la violencia en paralelo. En tal sentido, se realizó la presente investigación para describir las condiciones de vida de mujeres venezolanas malnutridas víctimas de violencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo, empleando entrevistas semiestructuradas que permitieron indagar en la historia de vida de las participantes, mediante el abordaje de aspectos significativos de su vida (infancia, adolescencia y adultez) relacionados con episodios de violencia, y de aspectos importantes de su alimentación en cada una de estas etapas.

La población de estudio estuvo constituida por mujeres venezolanas con antecedentes de malnutrición y violencia. La muestra fue seleccionada empleando el criterio de muestras homogéneas⁸, quedando conformada por 9 mujeres de la zona urbana de los estados Mérida, Lara, Zulia, Barinas, Monagas, Bolívar, Delta Amacuro, Sucre y Nueva Esparta. El periodo de recolección de los datos fue entre junio y noviembre de 2015.

Las participantes fueron seleccionadas considerando un intervalo de edad entre 20 y

60 años; además de tener malnutrición por déficit o exceso; ser madres; y padecer o haber padecido episodios de violencia intrafamiliar. Fueron excluidas mujeres embarazadas, en periodo de lactancia y aquellas con algún tipo de adicción a drogas, ya que su peso pudiera verse afectado por su condición.

Se realizaron entrevistas, las cuales fueron grabadas para su análisis posterior. Seguidamente, se efectuó una valoración nutricional, que incluyó la evaluación antropométrica de las participantes. Estas variables fueron recolectadas empleando las técnicas recomendadas por el Programa Biológico Internacional⁹. El peso se obtuvo usando una balanza digital marca Tanita; la talla, fue medida empleando el método de la plomada, es decir, colocando en una pared lisa, una cinta métrica y utilizando una escuadra móvil que se desplazaba en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la pared. El índice de masa corporal (IMC) se caracterizó con valores de referencia establecidos por la OMS¹.

La ingesta de alimentos fue evaluada, empleando la combinación de un registro de frecuencia de consumo semi-cuantitativo y una encuesta recordatorio de 24 horas. La primera se recopiló en un cuestionario utilizado con anterioridad en estudios poblacionales³, resultando en un total de 61 alimentos divididos en 10 grupos. Se consideraron opciones cerradas de frecuencia, contemplando la ingesta de 1 a 6 días a la semana y el consumo diario de 1 a más de 5 veces al día. De igual forma, se consultó el tamaño habitual de la ración consumida, empleando utensilios de cocina para tener una mejor precisión. La encuesta recordatorio de alimentos se utilizó para conocer la ingesta de alimentos actual, para ello se les preguntó a las participantes los

alimentos y bebidas ingeridos el día previo a la evaluación (día de semana).

Para determinar el nivel de seguridad alimentaria y hambre, se empleó un cuestionario adaptado a comunidades venezolanas de bajos recursos¹⁰. Éste contiene 12 preguntas acerca de las alternativas de consumo de alimentos cuando existen restricciones y experiencias de hambre en el hogar. La escala incluyó las siguientes categorías de respuesta: nunca (0 puntos), casi nunca (1 punto), casi siempre (2 puntos) o siempre (3 puntos). Para su categorización se empleó la siguiente escala: 0 puntos (hogares seguros), ≤ 12 puntos (inseguridad leve), entre 13 y 24 puntos (inseguridad moderada) y ≥ 25 puntos (inseguridad severa).

La entrevista y la evaluación nutricional fueron realizadas con la participación voluntaria y confidencial de las participantes, lo cual quedó registrado por escrito en un consentimiento que incluyó los principios fundamentales de la bioética como lo son la responsabilidad, no maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía y precaución, describiendo los derechos y los deberes de los participantes y los investigadores en el estudio, estando avalado por la Subdirección Técnica del INN.

Análisis de los datos

El audio correspondiente a las entrevistas fue transcrito de manera textual en OpenOffice. Seguidamente se procedió a su clasificación, obteniendo categorías que facilitarían el análisis de los datos. Estas categorías fueron agrupadas en macro-categorías considerando aquellas que resultaron similares. Por su parte, el cálculo de la energía y los macronutrientes ingeridos se realizó manualmente empleando la Tabla de Composición de Alimentos de Venezuela¹¹.

Resultados

La edad de las participantes estuvo comprendida entre los 23 y 60 años de edad, la mayoría con estudios de bachiller; gran parte de ellas, se dedican a la economía informal y unas pocas a dar clases particulares o a los oficios del hogar. El número medio de hijos fue de 4.

La evaluación antropométrica realizada a las participantes, indicó que la mayoría posee obesidad u obesidad mórbida, presentando un IMC promedio de $38,89 \pm 6,11 \text{ kg/m}^2$. Sólo una de ellas se encontró en delgadez intensa ($\text{IMC} = 15,55 \text{ kg/m}^2$). La ingesta de alimentos denotó que el consumo calórico promedio es de 1.529 calorías, estando por debajo de la recomendación establecida para Venezuela (2.300 calorías diarias). El consumo de grasas y proteínas resultó cercano a lo recomendado (55 g y 70 g respectivamente). En contraposición, la ingesta de carbohidratos superó enormemente la recomendación (370 g aproximadamente), ubicándose en 1.828 g de media.

De lo antes expuesto se desprende que el consumo de alimentos de las participantes se basa en la ingesta de fuentes principales de carbohidratos, entre las que se encuentran arroz, galletas, pasta, plátano y arepa. La ingesta de proteínas de la mitad de ellas se caracteriza por lácteos (yogurt y leche), mientras que el consumo de otras fuentes resulta esporádico. De igual modo se vio que muy pocas mujeres incorporan hortalizas y frutas en su dieta.

Las participantes vivían en condiciones de inseguridad alimentaria y hambre. Entre las causas que intervienen en ésta se encontró, el poco acceso a los alimentos, relacionado con el periodo de escasez de productos por el que transita el país, aunado a la falta de tiempo para realizar largas filas en los expendios de alimentos, siendo la

justificación de esto, el que si no trabajan, no perciben dinero y por ende no pueden adquirir los mismos.

“Pues si no consigo la leche que está muy escasa, para los niños más que todo, en estos días me cale (hice) una cola de 9 horas y vendieron un kilo de leche y tuve que hacerlo porque por lo menos (nombra al hijo menor) le doy crema de arroz” (Mérida, 39 años).

Asimismo, la falta de dinero ocasionado por empleos inestables basados en la economía informal o trabajos de media jornada en los cuales se perciben salarios bajos, ejercen una influencia negativa en la compra de alimentos, llevando a las entrevistadas a la disminución en la cantidad y calidad de los productos que adquieren. Aunado a esto, las participantes saltan tiempos de comida. Por otra parte, algunas no disponen de los medios para preparar o conservar alimentos, agravando los niveles de inseguridad alimentaria en sus hogares.

“Cuando yo estoy aquí en el puesto (trabajo) en la mañana, normalmente yo no desayuno, el almuerzo, si hay para almorzar y en la tarde, si cuando llego a mi casa... este... si hay un pan o una arepa” (Monagas, 32 años).

Por consiguiente, como medidas para lidiar con la inseguridad alimentaria, realizaban ciertas prácticas con el fin de conseguir algunos alimentos que permitían satisfacer sus necesidades y las de sus hijos. Tal es el caso, de las donaciones o intercambios de productos que estas recibían de familiares cercanos o vecinos.

“A mí me gusta el pan, ahorita estaba diciendo que (nombra a la nuera), tiene una harina y la vamos a buscar” (Nueva Esparta, 60 años).

Otra de las medidas, era ofrecerles su porción de comida a sus hijos, reduciendo, además, su número de comidas al día, llegando a

consumir un único tiempo de comida, que solía ser el almuerzo.

“Bueno a veces me acuesto sin comer, a veces como por decirte que si de repente hay unos plátanos o queso como... yo a veces no desayuno... yo anoche no comí” (Lara, 41 años).

De igual forma, las participantes ocasionalmente, recurrían al consumo de alimentos con alto contenido de azúcares simples, grasas y sodio, por considerarlos alimentos económicos y que causaban sensación de saciedad, pero agravando su estado nutricional, tal es el caso, de las bebidas gaseosas, hamburguesas, helados y snacks.

Es importante mencionar que un par de entrevistadas señalaron que una de las medidas que empleaban para olvidar la sensación de hambre, correspondía a la ingesta de agua o de ésta con azúcar.

“Yo creo que como yo tomo agua...eso como que llena mucho a uno, por lo menos esta mañana que tome, que yo no tengo hambre para almorzar ahorita...” (Mérida, 39 años).

En relación a la violencia, se pudo observar que todas las participantes habían padecido agresiones psicológicas, la mayoría habían sido agredidas físicamente y casi la mitad fueron víctimas de violencia de tipo sexual. Vale la pena destacar que para la mitad de ellas los episodios de violencia se iniciaron durante la infancia o adolescencia, siendo los agresores, personas que formaban parte de su red inmediata: padres, madres, tías, padrastros, madrastras y suegras.

“Cuando era adolescente que estudiaba para aquél lado por cierto tenía un padrastro que no me dejaba salir del cuarto, todo era como si estuviera presa...yo fui violada por mi padrastro cuando tuve 10 años” (Delta Amacuro, 23 años).

Para algunas, iniciar la vida en pareja resultó ser una vía de escape de situaciones desagradables, pero paradójicamente, se evidencia que dejar su núcleo familiar, las condujo a experimentar dinámicas similares o más violentas a las que vivieron antes. El comienzo de las relaciones de varias de estas mujeres, fueron embarazos inesperados. Casi todas ellas tenían hijos de distintos padres, además, algunas de sus parejas actuales rechazaban a los niños de las uniones anteriores.

Se pudo observar, que los hijos varones eran una fuente de apoyo para las participantes. Estos hacían de cuidadores de sus hermanos y casi todas las participantes tenían fuertes vínculos con sus hijos, ya que habían soportado situaciones difíciles por ellos y en algún momento se habían sentido amenazadas con perderlos, siendo el agresor la pareja o la familia de éste.

“Fue mi hijo que me ayudó y a mí me duele que haya dejado de estudiar para ayudarme a mí, por eso ella dice que tiene tres papas, sus hermanos” (Nueva Esparta, 60 años).

Desde el punto de vista emocional, las participantes manifestaron sentirse angustiadas por el hambre que pasaban ellas y sus hijos. Este sentimiento además, se acompaña por estrés y conformismo por la situación que vivían diariamente.

“Nosotros nos hemos adaptado como a ese conformismo, de que si hay esto comemos eso, que si hay esto comemos eso, que si no hay pasta, bueno se come arroz, se come arepa, se come pan” (Mérida, 39 años).

Discusión

En la última década, diversas investigaciones han tratado de relacionar la violencia con el estado nutricional de las víctimas de agresiones¹². En los resultados de la presente investigación se observó la prevalencia de

malnutrición por exceso en la mayoría de las participantes. Sin embargo, para muchos autores resulta conflictivo asociar los episodios de violencia con la presencia de malnutrición.

Por ejemplo, el estudio realizado por Yount, demostró que la obesidad se asocia a la violencia únicamente cuando se presentan de manera simultánea, violencia física, psicológica y sexual¹³. Los resultados obtenidos concuerdan con estos hallazgos sólo en 3 de las participantes.

En contraposición, Ackerson estudió a 69.072 mujeres indias, encontrando una asociación positiva entre violencia y desnutrición¹⁴, tal como se observó con una de las participantes de nuestro estudio. En tal sentido, Ruiz menciona que la violencia contra la mujer es una variable a considerar en la problematización de la desnutrición crónica, sin embargo, no se puede establecer una relación causal entre ambas⁵.

Existen varias teorías que pudieran explicar una relación entre el estado nutricional y la violencia. Una de ellas señala que los agresores tienen el control de las actividades del hogar, incluyendo la relacionada a los alimentos. También se menciona que las víctimas, pierden la capacidad de tomar decisiones, entre las que se encuentran la compra y preparación adecuada de alimentos¹⁴. De manera similar, algunos señalan que las mujeres agredidas sufrirían de un desequilibrio emocional y mental, que las conduciría a la ingesta excesiva de alimentos de alta densidad energética, como medida para lidiar con el estrés^{15,16}. De este modo, los estudios realizados hasta el momento, no demuestran resultados homogéneos y comparables, llegando a la conclusión que la alteración en el estado nutricional depende del género de la víctima, tipo de abuso, edad en la cual se presenta el trauma y su severidad^{15,17}.

La falta de acceso a los alimentos, condiciona que las participantes se alimenten de manera inadecuada tanto en cantidad como en calidad. Este aspecto coincide con lo referido en la literatura, las familias que cursan con inseguridad alimentaria consumen una dieta limitada en función con los recursos con los que cuentan¹⁸, lo cual es reforzado por empleos inestables y/o por salarios bajos¹⁹.

Como medida para solventar la inseguridad alimentaria y el hambre, la ingesta de las participantes de este estudio se caracterizó por ser elevada en alimentos con alta densidad energética, motivado a su bajo costo y a la sensación de saciedad que provocan al consumirlos. Este es un patrón recurrente que se ha observado en diferentes investigaciones a nivel mundial, es habitual que en estas condiciones, las personas opten por la compra de alimentos más calóricos, ricos en azúcar y grasas, con el objetivo de sentir saciedad²⁰. Sin embargo, debe señalarse que este tipo de patrón de alimentación, excluye de la ingesta a las hortalizas, frutas y alimentos de origen animal, descuidando el aporte de vitaminas, minerales y proteínas de alto valor biológico^{18,21}.

La donación de alimentos o la omisión de comidas a lo largo del día, coincide con lo planteado en otras investigaciones. Las personas que se encuentran en inseguridad alimentaria, disminuyen la cantidad de alimentos que consumen o la sustituyen por la ingesta recurrente de agua o agua con azúcar, a pesar de conocer las implicaciones que esto puede traer a su bienestar, prefieren cuidar la salud de sus hijos^{18,20}.

La situación de inseguridad alimentaria y hambre en la cual se encuentran las participantes, junto a no poder satisfacer las demandas de sus hijos, las conduce a sentir estrés y angustia. Para algunos autores se espera que socialmente, las madres

satisfagan las necesidades de sus descendientes, al no poder cumplir con dicha tarea, sienten estrés y preocupación¹⁸. Esta situación repercute en la salud de los individuos, convirtiéndose en un ciclo en el que las personas mal alimentadas, tienen un rendimiento físico y mental más bajo, lo que perjudica a su desarrollo laboral y afecta a la toma de decisiones que pudieran paliar los episodios de hambre o la búsqueda de soluciones para solventar esta situación de manera satisfactoria.

Dentro de este orden de ideas, la violencia experimentada por las participantes, se presentó a edades tempranas, coincidiendo con lo reflejado en la literatura. En particular la violencia en la adolescencia, provoca consecuencias que se manifiestan tanto a corto como a largo plazo, afectando a la víctima a nivel físico y emocional²²; manifestándose en incapacidad de aprendizaje, dificultad para construir y mantener relaciones interpersonales, depresión y embarazos durante la adolescencia^{23,24}. Estas alteraciones se pueden relacionar con las uniones conyugales a temprana edad, los embarazos no planificados y los problemas económicos de todas ellas. Las uniones conyugales tempranas son un factor que propicia los episodios de violencia intrafamiliar, debido a que estos se asocian a embarazos tempranos, inestabilidad laboral y dificultades económicas; que a su vez causan estrés en las relaciones e incentivan aún más la violencia²⁵.

En Venezuela no se han realizado estudios con respecto al estado nutricional de las mujeres que han sufrido maltrato, lo que resulta una limitación para la realización de comparaciones o para tener antecedentes al respecto. Por ser la malnutrición una patología de carácter multifactorial, resulta difícil establecer una relación significativa entre ésta y los episodios de violencia. Sin

embargo, los datos exhibidos en la presente investigación resultan útiles para generar hipótesis que sirvan como base para nuevas investigaciones en el área, además de ser una guía para generar medidas oportunas al momento de apoyar a las víctimas de agresiones, en lo psicológico y nutricional.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. 2016. Obesidad y sobrepeso. Revisado el 10 de enero de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
2. FAO. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2013. Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio. FAO, 2014.
3. Instituto Nacional de Nutrición. Sobrepeso y obesidad en Venezuela (prevalencia y factores condicionantes). Caracas, Fondo Editorial Gente de Maíz; 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. World report on violence and health. OMS, Geneva, 2002.
5. Ruiz P, Loret C, Miranda J. Asociación entre violencia contra la mujer ejercida por la pareja y desnutrición crónica en sus hijos menores de cinco años en Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2014; 31 (1): 16-23.
6. Organización Mundial de la Salud. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. OMS, Geneva; 2005.
7. Defensoría del Pueblo. Informe Anual 2015. Promoviendo, defendiendo y vigilando los derechos humanos de la población venezolana. Revisado el 18 de enero de 2017. Disponible en: http://www.defensoria.gob.ve/images/informes_anuales/INFORME_ANUAL_2015.pdf.
8. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. OPS. Publicación tec. 614, Washington (US); 2006.

9. Weiner J, Lourie J. Practical human biology. Academia Press Inc. London; 1981.
10. Lorenzana P, Sanjur D. La adaptación y validación de una escala de seguridad alimentaria en una comunidad de Caracas, Venezuela. ALAN. 2000; 50(4): 1-12.
11. Instituto Nacional de Nutrición. Tabla de composición de los alimentos. Revisión 2012. Caracas, Fondo Editorial Gente de Maíz; 2013.
12. Freitas M, Leite C, Reichenheim M, Verly E, Souza E, Salles R. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. Cad Saúde Pública. 2015; 31 (1):1-13.
13. Yount K, Li L. Domestic violence and obesity in Egyptian women. J Biosoc Sci. 2011; 43:85-99.
14. Ackerson L, Subramanian S. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. Am J Epidemiol. 2008; 167:1188-1196.
15. Vieira A, Taquette S, Hasselmann M. Family violence and body mass index among adolescents enrolled in the Bolsa Família Program and treated at a primary care clinic. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (3): 645-655.
16. Weigel M, Amijos R, Racines, M, Cevallos W. Food insecurity is associated with undernutrition but not overnutrition in Ecuadorian women from low-income urban neighborhoods. J Environ Public Health. 2016; 2016: 1-15.
17. Richardson A, Dietz W, Gordon P. The association between childhood sexual and physical abuse with incident adult severe obesity across 13 years of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Pediatr Obes. 2014; 9(5): 351-361.
18. Hernández E, Pérez D, Ortiz L. Consecuencias alimentarias y nutricionales de la inseguridad alimentaria: la perspectiva de madres solteras. Rev Chil Nutr. 2013; 40 (4): 351-355.
19. Sharkey J, Johnson C, Dean W. Relationship of household food insecurity to health-related quality (HRQOL) in a large sample of rural and urban women. Women Health. 2011; 51(5): 442-460.
20. Poblacion A, Marín L, Segall A, Silveira J, Carrazedo J. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. Cad Saúde pública, Rio de Janeiro, 2014; 30(5):1067-1078.
21. Montilva M, Berné Y, Papale J, García-Casal M, Ontiveros Y, Durán L. Perfil de alimentación y nutrición de mujeres en edad fértil de un Municipio del Centrocidente de Venezuela. An Venez Nutr. 2010; 23(2): 67-74.
22. Allroggen M, Rassenhofer M, Witt A, Plener P, Brähler, Fegert J. The prevalence of sexual violence. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113: 107-13.
23. Mombelli M, Costa J, Marcon S, Moura C. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. Estud psicol. 2011; 28(3):327-35.
24. Abranches C, Assis S. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. Cad Saúde Publica. 2011;27(5):843-54.
25. DeMaris A, Benson M, Fox G, Hill T, Van Wyk J. Distal and proximal factors in domestic violence: A test of an integrated model. J Marriage Fam. 2003; 65(3):652-667.