



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y
SOCIALES
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

Fecha de Presentacion: 20-05-2024

**LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS Y NIÑAS ANGOLEÑOS DE
05 A 10 AÑOS. ESTUDIO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE
PROTECCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE EN
LUANDA DURANTE LOS AÑOS 2016 AL 2018**

Tesista: Nazaré Dos Santos Baptista

Directora: Prof. Dra. Silvia Vouillat

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
PÚBLICA CON MENCIÓN AL SISTEMA Y SERVICIOS DE SALUD**

Año, 2023

Buenos Aires, Argentina

LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS Y NIÑAS ANGOLEÑOS DE 05 A 10 AÑOS. ESTUDIO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN A NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE EN LUANDA DURANTE LOS AÑOS 2016 AL 2018

Autora: Nazaré Dos Santos Baptista

Directora: Prof. Dra. Silvia Vouillat

Directora académica y coordinadora de la carrera de doctorado en salud pública,

Coordinadora de la maestría en Administración y servicios de salud de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mi familia, (a mis padres, hijos, hermanos y sobrinos);

A mis amigos que siempre confiaron en mí y en mis capacidades para la conclusión de este trabajo;

A todas las familias, niños, y niñas de Luanda, que infelizmente por mala jugada del destino sufrieron maltratos físicos y violencia sexual en alguna etapa de su vida, y que hoy están de pie y pudieron continuar con sus vidas, sin miedo al pasado; a todos, ellos les dedico este trabajo de investigación;

A mis compañeros de clase, del curso de Doctorado de Salud Pública da UCES;

A mis compañeros de trabajo por la ayuda ofrecida para la conclusión de esta investigación siempre que la necesite;

A todos, que de una forma u otra contribuyeron para que llegase a concluir esta importante etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración del presente trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de diferentes personas, que de una forma u otra dieran su preciado apoyo para su realización. Así que deseo expresar mi más sincero agradecimiento y reconocimiento.

A Dios por el Don de la vida, la sabiduría, su misericordia, gracia, fuerza y coraje.

A mi padre de corazón y su familia Dr. Sobinho Zola Messo por el apoyo moral, disponibilidad y apoyo financiero en todas las etapas de este trabajo.

Al Dr. Vita Vemba por la motivación para la realización y concretización de este trabajo.

A la Dra. Isilda Maria Simões Neves por inspirarme y motivarme a seguir la formación en el área de Salud Pública y por ser una enciclopedia viva del Sistema de Salud Pública de Angola.

Al Comité de Ética del Ministerio de Salud de Angola por la aprobación de este proyecto.

A la Dirección General de la Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales de Buenos Aires, Argentina por la oportunidad dada de realizar y concluir este trabajo.

A todos los profesores, compañeros y personal administrativo de la Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales de Buenos Aires, Argentina.

A mis compañeros de clase por la ayuda y por compartir durante nuestro proceso de formación.

A mis colegas de la sección de Salud Pública del Gabinete Provincial de Salud de Luanda por la ayuda prestada todas las veces que lo necesité.

A los colegas profesionales de los hospitales generales y los hospitales maternos donde fueron realizadas la recogida de la información y de datos para la realización de esta investigación (Hospital Especializado Augusto Ngangula; Hospital Materno Lucrecia Paim; Hospital Municipal de Cacuaco; Hospital Especializado dos Cajueiros; Hospital Municipal de Viana).

Al Comando Provincial de la Policía de Luanda y al Comando Municipal de la Policía de Cacuaco.

A la dirección del Departamento de Violencia Doméstica de los Servicios de Investigación Criminal de Luanda. (SIC).

Al Instituto Nacional de la Infancia de Angola por su colaboración para esta investigación.

Al Departamento de Asistencia Social del Hospital Pediátrico de Luanda David Bernardino, por su ayuda para la elaboración de este trabajo.

A la profesora Dra. Silvia Vouillat, en calidad de directora de este trabajo y coordinadora de la carrera de doctorado en salud pública por su orientación, disponibilidad en todas las etapas de este proceso, comprensión a los contratiempos que enfrente durante el desarrollo de esta investigación, a su apoyo e incondicionalidad.

A mi amiga Dra. Fransisca Limonta, por la ayuda y dedicación que siempre me ofreció durante todo el proceso de este trabajo.

Al Dr. Antonio Calivuca, por su ayuda y dedicación para la realización y conclusión de esta investigación.

Al Dr. Makenda Zola Mbenga, por su ayuda y dedicación para la realización y conclusión de esta investigación.

A la Dra Imilla Torres, por su ayuda, disponibilidad y dedicación para la conclusión de este trabajo.

Al Ingeniero Germany Alarcon Da Costa Melanchton, por su ayuda y dedicación en la realización de esta investigación.

Al Dr Alain Basail, por su ayuda y dedicación en la realización de esta investigación.

A mi familia que sirvió y sirve de puerto seguro (mi fuerza motriz) es de realzar el papel incansable de mis hijos, a mis hermanos, en especial, a mi hermana Gisela Mariete Dos Santos Baptista, por la disponibilidad de siempre cuidar a mis hijos cuando estuve ausente del país para frecuentar las clases en Argentina, por los consejos de apoyo emocional y de no desistencia, en fin, que hubiese sido de mí y de esta investigación sin su apoyo, su comprensión y auxilio.

Tengo un enorme agradecimiento para con todos y cada uno de uds. y agradezco desde ya por confiar en mí y en este trabajo.

¡Muchísimas gracias! Que Dios los bendiga hoy y siempre grandemente

Gracias.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Ministerio de Salud de Angola.

Todos los resultados, tablas, gráficas y estadísticas se encuentran protegidos bajo la ley de derecho de autor.

Cualquier reproducción de los resultados obtenidos de las encuestas sin consentimiento del autor, podrá ser enjuiciado civil y penalmente.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Índice General.....	8
Índice de Figuras.....	11
Índice de Tablas.....	12
Índice de Gráficos.....	14
Abreviaturas.....	16
Resumen.....	17
Abstract.....	18
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	19
Introducción.....	20
Sobre la elección del tema.....	22
Problema de investigación científica.....	23
Dimensión geográfica y territorial de Angola.....	27
Objetivos.....	22
Objetivo General.....	32
Objetivo Específico.....	32
Hipótesis.....	32

Justificación.....	32
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	36
2.1. Estudio teórico-metodológico de la violencia sexual a menores.....	37
2.1.1. Definición de violencia. Tipos de violencia más frecuentes.....	37
2.1.2. Violencia sexual como problema de salud pública. Consideraciones.....	42
2.2. Antecedentes del abuso sexual infantil y violencia sexual.....	45
2.2.1. El abuso sexual infantil.....	45
2.2.2. Tipos de abuso sexual.....	50
2.2.3. Factores de riesgo asociados al maltrato infantil.....	51
2.2.4. Características y comportamiento de la violencia sexual contra los niños..	56
2.2.5. Características y comportamiento de la violencia sexual contra las niñas...	57
2.2.6. Consecuencias de la violencia sexual infantil.....	58
2.3. Determinaciones sociales de la violencia sexual infantil.....	63
2.4. Incidencia de la violencia sexual en la infancia en el mundo.....	68
2.5. Prácticas culturales vinculadas a la violencia sexual infantil en Africa.....	70
2.5.1. Situación de violencia y abuso sexual en Angola.....	72
2.6. Marco normativo, protocolos, leyes y convenciones de la protección de la infancia a nivel internacional.....	73
2.6.1. Estándares internacionales para la prevención y protección sobre la violencia sexual en la infancia.....	75
2.6.2. Marco normativo, protocolos, leyes y convenciones de la protección de la infancia en Angola.....	79
2.7. Parámetros para la atención y protección de niños y niñas abusadas	82

sexualmente en Angola.....	
2.7.1. Sistema de protección Amigo del niño/niña.....	83
2.7.2. Procedimientos de atención de los servicios policiales a los niños y niñas abusadas sexualmente.....	84
2.7.3. Atención de niños/niñas víctimas de abuso sexual, físico, psicológico o negligencia en el INAC.....	85
2.7.4. Atención de niños/niñas víctimas de abuso sexual en los servicios de salud y servicios de pericia médica.....	87
2.7.5. Atención y protección a los niños y niñas víctimas de violencia en el ámbito judicial y legal.....	90
2.7.6. Atención y protección a víctimas de violencia sexual por la comisión tutelar de menores.....	92
2.7.7. Atención y protección a víctimas de violencia sexual por la Dirección Municipal de Acción Social.....	93
2.7.8. Atención y protección a víctimas de violencia sexual en las escuelas.....	95
2.7.9. Flujo de atención a los niños, niñas víctimas de violencia sexual.....	96
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	99
Diseño del estudio.....	100
Unidad de análisis.....	101
Población del estudio.....	101
Muestra del estudio.....	101
Criterios de inclusión.....	102
Criterios de exclusión	102
Variables.....	102

Variables	102
Dependientes.....	
Técnicas e instrumentos de recogida de información y análisis de datos.....	104
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	107
CAPÍTULO V CONCLUSIONES.....	180
RECOMENDACIONES.....	183
Referencias Bibliográficas.....	184
Apéndices	
Anexos	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1	Mapa de Angola.....	de 28
Figura N° 2	Mapa de Luanda.....	29
Figura N° 3	Características sociodemográficas de Luanda.....	30
Figura N° 4	Pirámide poblacional de Angola 2016.....	32
Figura N° 5	Clasificación de la violencia según su naturaleza.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Género de los niños y niñas abusados sexualmente.....	109
Tabla N° 2	Nivel de escolaridad de los niños y niñas abusados.....	110
Tabla N° 3	Descripción de la muestra de estudio según la raza	111
Tabla N° 4	Relación de edades de los niños y niñas abusados.....	112
Tabla N° 5	Distribución de casos según el municipio de residencia de los niños y niñas abusados.....	114
Tabla N° 6	Distribución de la muestra según el local donde ocurrió el hecho de violencia sexual.....	115
Tabla N° 7	Afectación del estado mental de los niños y niñas abusados.	117
Tabla N° 8	Local que fueron direccionados los niños y niñas víctimas de abuso.....	119
Tabla N° 9	Mes en el que ocurrió el acto de violencia que a los niños y niñas.....	121
Tabla N° 10	Año en el que ocurrió el acto de violencia a los niños y niñas	122
Tabla N° 11	Formas de intimidación utilizadas durante el acto de violencia a los niños y niñas víctimas de	124

	abuso.....	
Tabla N° 12	Distribución de la muestra según la información sobre la identidad del agresor.....	126
Tabla N° 13	Distribución de la muestra según el tipo de relación con el agresor identificado de los niños y niñas víctimas de abuso.....	128
Tabla N° 14	Distribución de la muestra según el tipo de exposición referida u ocurrida en los niños y niñas víctimas de abuso.....	131
Tabla N° 15	Tiempo transcurrido desde la violación hasta su reporte.....	132
Tabla N° 16	Profilaxis y examen de anti HIV realizada en los niños y niñas víctimas de abuso.....	134
Tabla N° 17	Profilaxis realizada para evitar el embarazo no deseado en las niñas víctimas de abuso sexual.....	136
Tabla N° 18	Profilaxis para ETS en los niños y niñas víctimas de abuso...	138
Tabla N° 19	Tiempo de uso de la profilaxis ARV en los niños y niñas víctimas de abuso.....	140
Tabla N° 20	Acompañamiento psicológico a los niños y niñas víctimas de abuso.....	141
Tabla N° 21	Acompañamiento de un especialista en infectología a los niños y niñas víctimas de abuso.....	143
Tabla N° 22	Acompañamiento por especialista en ginecología a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.....	145
Tabla N° 23	Seguimiento ambulatorio a los niños y niñas víctimas de abuso.....	147
Tabla N° 24	Consecuencias físicas a la salud en los niños y las niñas víctimas de abuso.....	149
Tabla N° 25	Distribución de los niños y niñas víctimas de abuso que presentaron trastornos psicológicos.....	151
Tabla N° 26	Distribución de la muestra según el lugar de proveniencia de la información recibida.....	153
Tabla N° 27	Distribución de la muestra por el género y edad.....	155
Tabla N° 28	Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental.....	156
Tabla N° 29	Distribución de la muestra género de la víctima y el tipo de intimidación por el abusador a sus víctimas.....	158
Tabla N° 30	Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental.....	160
Tabla N° 31	Relación entre agresores y víctimas según	162

	género.....	
Tabla N° 32	Distribución de la muestra por el sexo y tipo de exposición referida u ocurrida.....	164
Tabla N° 33	Relación de la muestra por el sexo y presencia de consecuencias físicas para la salud.....	166
Tabla N° 34	Relación de la muestra según el género y la presencia de secuelas psicológicas.....	168
Tabla N° 35	Descripción del grupo de especialistas entrevistados.....	170

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Género de los niños y niñas víctimas de violencia.....	10
		9
Gráfico N° 2	Nivel de escolaridad de las víctimas.....	11
Gráfico N° 3	Descripción de la muestra de estudio según la raza de las víctimas.....	11
		2
Gráfico N° 4	Relación de edades de los niños y niñas abusados.....	11
		3
Gráfico N° 5	Distribución de casos según el municipio de residencia de los niños y niñas abusados.....	11
		5
Gráfico N° 6	Local donde ocurrió el hecho de violencia sexual.....	11

		6
Gráfico N° 7	Distribución de la muestra según grado de afectación del estado mental de los niños y niñas abusados.....	11 8
Gráfico N° 8	Distribución de la muestra según el local que fueron direccionados los niños y niñas víctimas de abuso.....	12 0
Gráfico N° 9	Mes en el que ocurrió el acto de violencia sexual.....	12 2
Gráfico N° 10	Año en el que ocurrió el acto de violencia a las víctimas....	12 3
Gráfico N° 11	Formas de intimidación utilizadas durante el acto de violencia a los niños y niñas víctimas.....	12 5
Gráfico N° 12	Información sobre la identidad del agresor.....	12 7
Gráfico N° 13	Tipo de relación con el agresor identificado de los niños y niñas víctimas de abuso.....	12 9
Gráfico N° 14	Distribución de la muestra según el tipo de exposición referida u ocurrida en los niños y niñas víctimas de abuso.....	13 1
Gráfico N° 15	Tiempo transcurrido desde la violación hasta su reporte.....	13 3
Gráfico N° 16	Profilaxis y examen de anti HIV realizada en los niños y niñas víctimas de abuso.....	13 5
Gráfico N° 17	Profilaxis realizada para evitar el embarazo no deseado en las niñas víctimas de abuso sexual.....	13 6
Gráfico N° 18	Profilaxis para ETS en los niños y niñas víctimas de abuso.....	13 9
Gráfico N° 19	Tiempo de uso de la profilaxis ARV en los niños y niñas víctimas de abuso sexual.....	14 0
Gráfico N° 20	Acompañamiento psicológico a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.....	14 2
Gráfico N° 21	Acompañamiento por un especialista en infectología a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.....	14 4
Gráfico N° 22	Acompañamiento con especialista en ginecología a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.....	14

		6
Gráfico N° 23	Seguimiento ambulatorio a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.....	14 8
Gráfico N° 24	Consecuencias físicas a la salud en los niños y las niñas víctimas de abuso sexual.....	14 9
Gráfico N° 25	Distribución de los niños y niñas víctimas de abuso que presentaron trastornos psicológicos.....	15 2
Gráfico N° 26	Lugar de proveniencia de la información recibida.....	15 4
Gráfico N° 27	Distribución de la muestra por el género y edad.....	15 5
Gráfico N° 28	Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental.....	15 7
Gráfico N° 29	Relación entre el género de la víctima y el tipo de intimidación por el abusador a sus víctimas.....	15 9
Gráfico N° 30	Relación de la muestra por el género y la afectación del estado mental.....	16 1
Gráfico N° 31	Relación entre agresores y víctimas según género.....	16 3
Gráfico N° 32	Relación entre género de las víctimas y tipo de exposición referida u ocurrida.....	16 5
Gráfico N° 33	Relación entre género y presencia de consecuencias físicas para la salud.....	16 7
Gráfico N° 34	Relación según el género y - secuelas psicológicas.....	16 8
Gráfico N° 35	Relación entre género y profesión de los especialistas.....	17 1
Gráfico N° 36	Relación entre género e institución hospitalaria.....	17

ABREVIATURAS

BICE	Burò Internacional Catòlico de la Infancia
CDN	Convención Sobre los Derechos del niño
CASI	Centro de Atención Social Integrado
GASFIG	Gabinete Provincial de Acción Social y Familia
INAC	Instituto Nacional del Niño de Angola
INE	Instituto Nacional de Estadística
IIMS	Indicadores Múltiples de Salud
ITS	Infección Transmisión Sexual
MASFAMU	Ministerio de Acción Social, Familia y Promoción de la Mujer
MAS	Municipalización de la Acción Social
OMS	Organización Mundial De la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND	Programa Nacional de Desarrollo

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAN	Sistema de Información de agravios y notificación
SIC	Servicios de Investigación Criminal
WHO	World Health Organization
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

Introducción: En Angola el número de casos de abuso sexual en la infancia han tomado proporciones preocupantes en las últimas décadas. Las consecuencias de abuso sexual son múltiples y devastadoras afectando el bienestar físico, mental y social de las víctimas. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo de analizar los procedimientos de protección a los niños y niñas víctimas de la violencia sexual en la edad de 5 a 10 años en Luanda durante el periodo de 2016 a 2018. **Metodología:** fue realizado un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo utilizando técnicas de análisis documental y datos estadísticos aplicados a los procesos hospitalarios y procesos policiales de niños y niñas víctimas de violencia sexual. **Resultados:** Los resultados demostraron que existe una mayor prevalencia en las víctimas del sexo femenino y el rango de edad de 10 años; así mismo se pudo constatar, que el abuso sexual provoca consecuencias físicas y psicológicas, sexuales y emocionales de forma permanente o definitivas y las mismas pueden variar en función del tipo de agresión. **Conclusiones:** Con el estudio se concluye que los procedimientos ejecutados por las autoridades policiales, judiciales y las instituciones médicas y sociales, juegan un papel fundamental en la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y protección a los niños y niñas víctimas de abuso sexual garantizando el apoyo médico, psicológico y jurídico que las víctimas necesitan.

Palabras Clave: Violencia sexual, infancia, protección, procedimientos, Luanda.

ABSTRACT

Introduction: In Angola the number of cases of sexual abuse in childhood have taken on worrying proportions in recent decades. The consequences of sexual abuse are multiple and devastating, affecting the physical, mental and social well-being of the victims. **Objective:** The objective of this study was to analyze the protection procedures for boys and girls victims of sexual violence between the ages of 5 and 10 in Luanda during the period from 2016 to 2018. **Methodology:** an observational study was carried out, retrospective, descriptive, transversal with a qualitative and quantitative approach using documentary analysis techniques and statistical data applied to hospital processes and police processes of boys and girls victims of sexual violence. **Results:** The results showed that there is a higher prevalence in female victims and the age range of 10 years; Likewise, it could be confirmed that sexual abuse causes permanent or definitive physical and psychological, sexual and emotional consequences and these can vary depending on the type of aggression. **Conclusions:** The study concludes that the procedures carried out by police and judicial authorities and medical and social institutions play a fundamental role in the prevention, diagnosis, treatment, monitoring and protection of boys and girls victims of sexual abuse, guaranteeing the medical, psychological and legal support that victims need.

Keywords: Sexual violence, childhood, protection, procedures, Luanda.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Toda manifestación de violencia contra niños y adolescentes ejecutada por adultos, configura un problema de salud pública que merece gran atención, debido a las consecuencias a corto y largo plazo, en la vida de quienes la padecen. El abuso sexual infantil es una de las formas de maltrato más encubierta y prevalente que existe, tratándose de un problema complejo, universal y multifactorial; pues se encuentra asociado a factores sociales, familiares, culturales e individuales. (Losada, 2012)

Según el criterio de Manuel (2020), el abuso sexual en la infancia es de naturaleza social, teniendo en cuenta que es influenciado por la cultura, y por el tiempo histórico en que ocurre, lo que dificulta establecer una definición que sea aceptada de forma universal.

La violencia deriva en consecuencias nefastas y destructivas a nivel físico y psicológico, las cuales son de mayor magnitud cuando afectan a niños, niñas y adolescentes, ya que, además de sufrir la consecuencia dolorosa inmediata, interioriza una experiencia negativa mediante la cual aprende el mecanismo de la conducta violenta. (Kenny, 2001)

El maltrato hacia los niños, niñas y adolescentes se define como una acción u omisión por parte de los padres, madres o personas cuidadoras cuya intención es causarles daño psíquico y psicológico. Existen diversas formas de maltrato contra la niñez y adolescencia, incluyendo abuso físico, sexual, psicológico, negligencia, entre otras formas. Todos tienen implicaciones para la vida futura de estos niños y adolescentes, aunque se desconoce cuál es el más dañino. Es necesario comprender las repercusiones de las situaciones de maltrato, en cuanto al rendimiento escolar, la adaptación social, los cambios en la salud física y mental y la posibilidad de desarrollar trastornos del comportamiento (Manuel, 2020; Fontarigo, 2018)

El abuso sexual en la infancia con frecuencia conlleva a consecuencias psicológicas de diversas formas. Varios trastornos mentales se han relacionado con hechos traumáticos ocurridos en la infancia, con niveles de gravedad que varían con el tipo de abuso, su duración y el grado de relación entre la víctima y el agresor. Este compromiso con la salud mental y la futura adaptación social de las víctimas varía de un individuo a otro, teniendo en cuenta la violencia sufrida y la capacidad de reacción ante situaciones estresantes (Kanter, 2020).

Los efectos adversos del abuso sexual no se limitan a los resultados psiquiátricos, sino que también incluyen una disminución del bienestar psicológico, sexual, físico y socioeconómico (Manuel 2020).

En los últimos diez años es notable el incremento de niños y niñas niños que en edades tempranas son violentados sexualmente, siendo este un flagelo social que afecta el desarrollo de la población infantil de Angola, lo cual

manifiesta un deterioro de los valores cívicos que deben ser practicados en la sociedad.

Los aportes en el orden teórico, práctico y metodológico son de gran significación ya que en su abordaje teórico se amplía el conocimiento de los conceptos asociados al abuso sexual en menores de edad, tema pertinente y de interés para los profesionales involucrados en la atención de los niños/as, a su vez contribuye a una mayor preparación, seguridad y sensibilidad de los docentes en las aulas desde las perspectivas pedagógicas sobre todo en los estudiantes de enseñanza primaria y secundaria sirviendo de base metodológica para las transformaciones de la enseñanza, en el sistema de educación en Angola, lo que constituye un aspecto novedoso, al ser el primer acercamiento al tema de estudio y en especial en Luanda.

Esta investigación fue realizada para dar respuesta al crecimiento de los casos de violencia sexual en menores en Luanda y estudiar los procedimientos que son desarrollados por los especialistas de las diferentes áreas, para la protección, atendimiento y seguimiento a las víctimas menores de edad en la capital del país, teniendo en cuenta que el abuso sexual es considerado un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud.

Durante el año 2016, surgió la idea de estudiar este problema, por incentiva de los relatos por medio de la radio y la televisión, de varios casos de violencia sexual a niños y niñas que estaban a ocurrir en el país, con realce en la provincia de Luanda.

Según los datos del Instituto Nacional del Niño en Angola (INAC) sigla en portugués, los casos de violencia sexual han estado a aumentar en la sociedad angoleña.

Con esta investigación se pretende contribuir al sistema para prevenir y proteger a los niños y niñas víctimas de violencia sexual que viven en Luanda. Además, se espera explicar los mecanismos de prevención y protección de los niños víctimas de violencia sexual ocurridas en el país, desde los diferentes

enfoques; enfoque judicial e social; teniendo en cuenta el contexto actual de las políticas públicas de la protección a los niños.

Sobre la selección del tema

La vulnerabilidad, las consecuencias físicas y psicológicas de las personas que vivieron (niños y adolescentes) la violencia sexual nos motivó a enfrentar el desafío de abordar este tema que ha hecho mucho daño a varias familias de la sociedad angoleña particularmente en Luanda.

Esta propuesta de investigación se basó en los reportes de los casos de niños que sufrieran violencia sexual que ocurrieran en los años 2016 a 2018 en Luanda.

La investigación servirá de sustento a las instituciones responsabilizadas con la prevención de menores que podrán utilizar los resultados como una herramienta de trabajo encaminada a integrar acciones que mejoren el tratamiento actual de niños/as contemplados en edades tempranas por las características de la población infantil vulnerable a los abusos sexuales.

Además, posibilitará la creación de estrategias que contribuyan a promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, en el mundo laboral y en la sociedad en general.

Problema de investigación científica. Desarrollo contextual del problema de investigación. Dimensión geográfica y territorial

La violencia sexual infantil es un tema preocupante en el contexto internacional y nacional; ya que está identificada como una de las formas de violencia infantil que más prevalece, tratándose de un problema complejo, universal y multifactorial, asociado a factores individuales, familiares, sociales y culturales.

El abuso infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. A pesar de las encuestas nacionales recientes en

varios países de ingresos bajos y medianos, faltan todavía datos acerca de la situación actual en muchos países. (Manuel 2020)

Las consecuencias de la violencia infantil son múltiples y pueden ser devastadoras; resultan en problemas de salud física, psicológicos, emocionales, comportamientos, entre otros. Igualmente, se han identificado factores de vulnerabilidad en la niñez, infancia o en la adultez, que contribuyen a su propio maltrato, tales como desventajas físicas o psíquicas, hiperactividad, separación de la madre y nacimiento prematuro (González, 2010).

Según el criterio de algunos autores, el abuso infantil es complejo y su estudio resulta difícil. Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. Dichas estimaciones dependen de: (Fontarigo, 2018; Manuel, 2020; Kanter, 2020).

- Las definiciones de maltrato infantil utilizadas.
- Tipo de maltrato infantil estudiado.
- Cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales.
- Cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.

Este tipo de abuso infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: (Arboleda, 2011)

- Actos de violencia (como víctimas o perpetradores).
- Depresión.
- Consumo de tabaco.
- Obesidad.
- Comportamientos sexuales de alto riesgo.

- Embarazos no deseados.
- Consumo indebido de alcohol y drogas.

El abuso en la infancia, explicado desde el modelo cognitivo-conductual, surge por la interacción de factores personales, cognitivos y ambientales, donde los esquemas de información que poseen los padres influyen en la percepción de las conductas de los propios hijos, de manera que las atribuciones que los padres realizan sobre los comportamientos de sus hijos, determinan la aparición del maltrato (Picornell, 2006).

A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el abuso puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual, (VIH/SIDA). (Colectivo de autores, 2016)

Los elementos abordados muestran diversas problemáticas en el tratamiento a los infantes que requieren ser atendidos por parte de las autoridades para mejorar la situación actual de los niños/as menores de edad víctimas de abuso sexual en Angola, razón por la cual fue realizada la presente investigación.

Durante el primer semestre de este año, el Instituto Nacional de la infancia (INAC) siglas en portugués, registró cerca de 500 casos de abusos sexuales a menores, un número que corresponde al 50% del número verificado en el mismo período del año 2016, en que fueron reportados cerca de mil casos.

Sin embargo, entre enero y junio del año 2018, los datos del INAC, registraron 53 casos de violaciones sexuales con niños.

Estudios realizados en la provincia de Luanda tuvieron una muestra general de la situación nacional e indicaron un total de 134 casos (46,37%) que ocurrieron en los hogares de las víctimas, de los cuales el 80% fueron violaciones y el 2,75% de manipulación general. (Alves, 2015).

Los datos que se refieren a dos meses de estudios apuntan a 289 casos de violencia sexual, el 98.96% de los cuales fueron víctimas menores de 15 años. Según el experto, el 43,60% de las víctimas fueron adolescentes de entre 10 y 14 años y el 1,04% de las víctimas tenían menos de un año. (Alves, 2015; Manuel, 2020).

De enero a agosto de 2019, el INAC registró 4,444 (datos reportados por el director general del Instituto (Dr. Paulo Calessi) casos de abuso sexual contra niños y niñas entendemos que estos números han aumentado cada vez más de ahí nuestra preocupación e interés en llevar a cabo esta investigación sobre abuso sexual de menores en Luanda. (Fuente de información Radio Luanda en junio de 2019).

En la capital del país, la ciudad de Luanda, es la provincia que actualmente en el país presenta el mayor número de casos de violencia sexual contra menores de edad, con un total de 178 casos (26,3%) de un total de 678 casos que fueron registrados en el país del mes de febrero del 2018 al mes de febrero de 2019; después de Luanda, en segundo lugar, se encontraba la provincia de Bengo, con un total de 15 casos (21,4%), Benguela es la provincia más frecuente después de Bengo con un total de 97 casos (14,3%); los datos fueron reportados por la Ministra de Acción Social Familia y Promoción de la Mujer en Luanda. (Jornal de Angola 01/03/2019 citado en Manuel, 2020)

Especialistas de la dirección del hospital Materno Lucrecia Paim, confirman que mensualmente son agredidas sexualmente entre 60 a 90 menores por familiares cercanos y vecinos. Infelizmente, estas cifras tuvieron tendencia a aumentar, de forma incontrolada, especialmente, en el año 2019 debido a la presencia del confinamiento y la estancia permanente de todos los integrantes de la familia en casa, como consecuencia de la epidemia Covid-19. (Jornal de Angola 12/09/2020)

Según datos reportados por el Hospital Materno Lucrecia Paim, las formas de perpetración más comunes fueron introducción en la vagina de

objetos cortantes causando destrucción total de los órganos genitales, en edades muy tempranas, de seis meses a un año; lo que demuestra claramente que la mayor parte de los agresores, presenta inestabilidad emocional, distúrbios comportamentales relacionados a actividades de sadismo sexual, pedofilia y/o perversión. (Manuel, 2020).

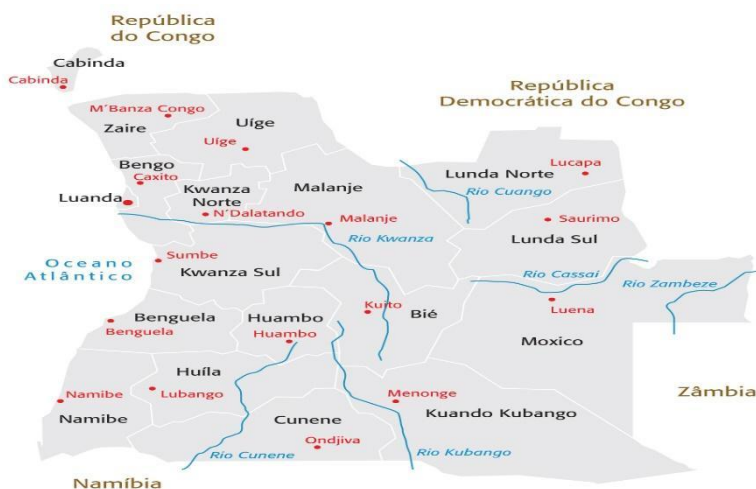
En Angola el número de casos de abusos sexuales y violación de menores han estado en aumento en proporciones preocupantes. Las autoridades policiales, judiciales y las fuerzas de orden pública se esfuerzan para tratar de controlar la situación con acciones que puedan desestimular los crímenes de este tipo. (RSJCA, 2016)

En Angola desde el año 2015 hasta la segunda mitad del año 2018, se registraron un total de 1085 casos de violación sexual con niños menores de 12 años de acuerdo con el Servicio de Investigación Criminal (Sr. Agostinho Director de la Oficina de Comunicación y Prensa Institucional de SIC). En Angola, según un estudio presentado en el año 2019 por el forense y jefe del Departamento Jurídico Nacional del Servicio de Investigación Criminal Sr. Adão Sebastião, expresa que el número promedio de casos de violación infantil por día fue de 5 niños. (Manuel, 2020)

Dimensión geográfica y territorial. Características Geográficas de Angola.

Figura. 1

Mapa de Angola



Nota: La figura representa el mapa de Angola y sus provincias. Tomado de la página web www.governo.gov.ao/angola/mapa

Angola, es un país que se encuentra en el continente africano localizado en la costa sur-oeste con una superficie de 12.467000km, con una costa marítima de 1650 km², su frontera terrestre ocupa un área de 4837 km² de longitud.

También hace frontera al norte con la República Democrática del Congo, al este con la República de Zambia, al sur con la República de Namibia, y al oeste está bañada por el Océano Atlántico, su división político-administrativa se compone de 18 provincias y 164 municipios, su población está estimada en 32 millones de habitantes y cerca de 95% de los angoleños son africanos Bantu pertenecientes a una diversidad de etnias.

Entre estas la más importante es la de los Ovimbundu que representan más de un tercio de la población, seguido de los Ambundu con cerca de un cuarto y los Bakongo con más de 10%, seguidos por los de LundaCòkwe, Ovambo, Nyaneka- Nkhumbi, Ganguela y los Xindonga que tienen el menor peso demográfico. (INE, 2019: 31)

Figura. 2

Mapa de Luanda



Localización de Luanda en Angola

Datos generales

Fundada en	c.1605 (415 años)
Gentílico	Luandino
Provincia	Luanda
Município(s)	Cacuaco, Belas, Cazenga, Ícolo Bengo, Luanda, Quissama, Kilamba Quiaxi, Talatona e Viana.

Nota: La figura representa el mapa de Luanda y su localización geográfica en Angola. Tomado de la página web: <https://pt.wikipedia.org/wiki/ficheiro>

Figura. 3

Características sócio demográficas de Luanda

Características socio demográficas

Área	18 826
-------------	---------------

Población	7 976 907 hab. (2018)
Densidad	377 hab./km²

Nota: Relatório anual de INE (Instituto Nacional de Estadística) 2019

La provincia de Luanda es la capital de Angola, localizada en la costa del océano Atlántico, es también el principal puerto y centro económico del país, esta subdividida en 9 municipios; Belas, Cacuaco, Cazenga, Ícolo Bengo, Luanda, Kilamba Kiaxi, Talatona, Quissama y Viana de los cuales el municipio de Luanda está subdividido en 6 distritos urbanos.

Luanda tiene un excelente puerto natural, siendo los principales renglones exportables del café, el algodón, el azúcar, el diamante y el hierro, entre otros. Posee una población de 7. 976 907 de habitantes, según datos divulgados por el Instituto Nacional de Estadística 2019.

Características socio-culturales de la población angolana

Un estudio poblacional identificado como Estudio de Indicadores Múltiples y de Salud (IIMS 2015-2016) realizado durante el periodo de octubre 2015 a marzo 2016 fue caracterizada la población identificando los índices de educación, salud y características sociodemográficas y socioeconómicas de la población. (PND, 2018).

La población estimada hasta el año 2022 es de 35 y medio millones de habitantes. La distribución de la población angolana por sexo y edad está caracterizada por ser una población extremadamente joven, típica de países subdesarrollados con una elevada natalidad y una baja esperanza de vida. Más de la mitad (51%) de la población tiene menos de 15 años y apenas el 0.5% presenta 65 años o más. (Figura 6) (PND, 2018).

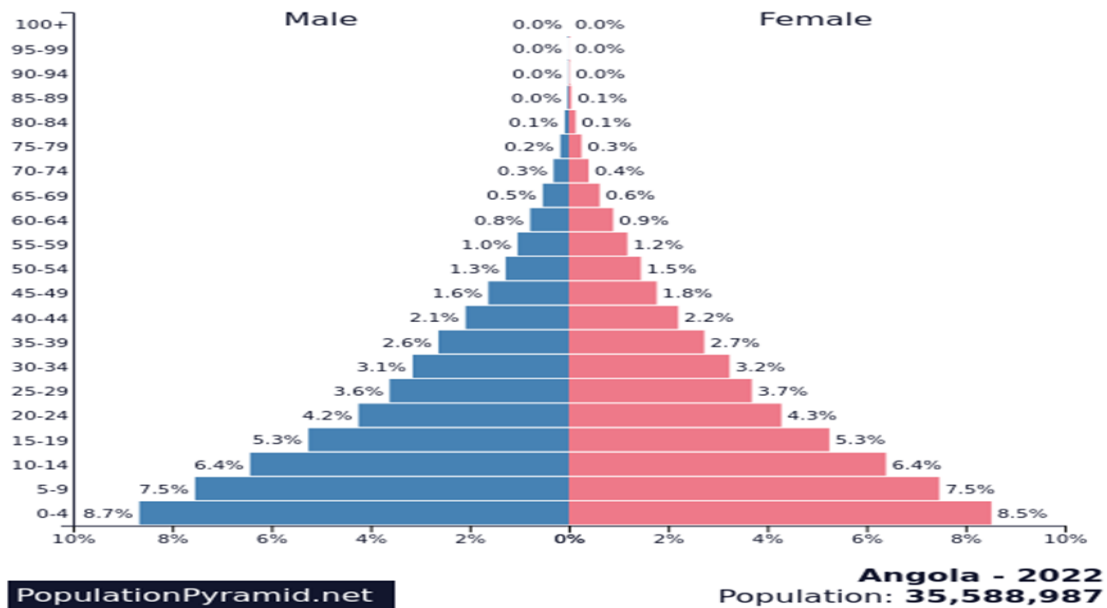
Las familias están constituidas por un agregado familiar medio de 4.8 personas, siendo mayor en las zonas rurales, alrededor de un tercio del agregado familiar está dirigido por mujeres. Entre las familias estudiadas 27% tiene dentro de sus miembros un niño/niña huérfana o adoptada, presentando este hecho más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas. (PND, 2018).

Angola como la gran mayoría de los países independientes africanos, es un estado multi y transcultural, lo que significa que en su territorio abriga diferentes culturas, con lenguas, costumbres y orígenes diferentes que muchas veces extrapolan las fronteras políticas establecidas por los europeos en el siglo XIX. (Alves, 2015).

Cerca del 95% de los angolanos son africanos Bantu pertenecientes a una gran diversidad de etnias. Entre estas la más importante es la de los Ovimbundu que representan más de un tercio de la población seguido de los Ambundu con cerca de un cuarto y los Bakongos con más de 10%. Menor peso demográfico tiene los Lunda-Cökwe, los Ovambo, los Ganguela y los Xindonga.

Figura. 4

Pirámide poblacional Angola 2022



Nota: Pirámide poblacional de Angola. Tomado de la página web <https://www.populationpyramid.net/angola/2022/>

La cultura de Angola se encuentra influenciada por todas aquellas etnias que se encuentran en el país. A pesar de la ocupación portuguesa desde el siglo XVI. La cultura angoleña es principalmente nativa, propia del pueblo Bantú, mezclada habitualmente con la cultura portuguesa. Sin embargo, las diversas comunidades étnicas, han conseguido mantener sus propias tradiciones y dialectos como el Ovimbundu, Mbundu, Bakongo o el Chokwe. (Quimbanda, 2006).

Pregunta de Investigación científica:

¿Cómo fueron realizados los procedimientos de protección a los niños y niñas víctimas de violencia sexual según consta en los registros obtenidos en las historias clínicas de los Hospitales Augusto Ngangula, Hospital do Capalanga, Hospital Municipal de Cacuaco, Maternidade Lucrecia Paim y los procesos policiales archivados en el Servicio de Investigación Criminal en Luanda en el periodo 2016-2018?

Objetivos

Objetivo General de Investigación:

Describir y analizar los procedimientos de protección a los niños y niñas víctimas de la violencia sexual de 5 a 10 años según consta en los registros obtenidos en las historias clínicas de los Hospitales Augusto Ngangula, Hospital do Capalanga, Hospital Municipal de Cacuaco, Maternidade Lucrecia Paim y los procesos policiales archivados en el Servicio de Investigación Criminal en Luanda en el periodo 2016-2018.

Objetivos específicos

1. Determinar el tipo de exposición ocurrida en los niños y niñas víctimas de violencia sexual.
2. Establecer los procedimientos de protección social en los niños y niñas víctimas de violencia sexual infantil en Luanda.
3. Estimar las víctimas que sufrieron afectación psicológica y física.
4. Explicar la estrategia de intervención en el sector público relacionado con las políticas públicas sobre la protección a niños y niñas víctimas de violencia sexual con énfasis en Luanda, Angola.

Hipótesis

H1: Los menores de edad atacados sexualmente en Luanda presentan una relación de parentesco con su agresor sexual.

H2: El trabajo y los procedimientos de protección a los niños y niñas víctimas de abuso sexual se realizan de forma integrada y multisectorial integrando desde el inicio los servicios de salud, policía, juzgado de menores, gabinete de asistente social y escuelas.

H3: Los factores culturales y sociales influyen en el aumento de casos de violencia sexual contra niños y niñas en Luanda.

Justificación

La investigación servirá de sustento a las instituciones responsabilizadas con la prevención de menores que podrán utilizar los resultados como una herramienta de trabajo, encaminada a integral acciones que mejoren el tratamiento actual de niños/as contemplados en edades tempranas por las características de la población infantil vulnerable a los abusos sexuales.

Los aportes en el orden teórico, práctico y metodológico son de gran significación ya que en su abordaje teórico se amplía el conocimiento de los conceptos asociados al abuso sexual en menores de edad, tema pertinente y de interés para los profesionales involucrados en la atención de los niños/as, a su vez contribuye a una mayor preparación, seguridad y sensibilidad de los docentes en las aulas desde las perspectivas pedagógicas sobre todo en los estudiantes de enseñanza primaria y secundaria sirviendo de base metodológica para las transformaciones de la enseñanza, en el sistema de educación en Angola, lo que constituye un aspecto novedoso, al ser el primer acercamiento al tema de estudio y en especial en Luanda.

La Ley de Jugado de Menores es la ley que en Angola trata de las medidas de protección de los menores. Es un instrumento de carácter jurídico que especifica todas las medidas de protección social y judicial relacionadas con los menores. Con este estudio pretendemos conocer en la práctica, si estas medidas fueran aplicadas a los menores abusados sexualmente.

La vulnerabilidad, las consecuencias físicas y psicológicas de las personas que sufren violencia sexual (niños y adolescentes) fue motivación para enfrentar el desafío de este tema, que ha causado grandes prejuicios a varias familias en la sociedad angoleña, específicamente en la capital, Luanda.

El desconocimiento sobre las prácticas de seguimiento y tratamiento a los niños víctimas de abuso sexual, nos motivó a buscar información en la literatura internacional y nacional, encontrando en esta última pocas referencias de estudio sobre la realidad angoleña respectiva a este tema.

La escasez de estudios sobre esta problemática en el país despertó el interés por investigar el tema, siendo una preocupación para los órganos de Salud Pública, trabajadores sociales, órganos policiales y la comunidad en general.

La propuesta de investigación tiene por base los datos obtenidos de los registros de los procedimientos implementados por los profesionales para cumplimiento de normas legales y regulaciones en las historias clínicas de los niños y niñas víctimas de violencia sexual ocurridos en el período de 2016 a 2018 en Luanda.

La investigación apoyará las instituciones responsables por la prevención de menores que podrán utilizar los resultados como herramienta de trabajo enfocadas en acciones integrales que mejoren el tratamiento actual a los niños en edad precoz debido a las características de la población infantil vulnerable al abuso sexual infantil.

En la práctica se podrán revisar los procedimientos implementados, el cumplimiento de las normas legales, regulaciones y otros aspectos de interés en las instituciones encargadas de la protección de los menores que refuercen las acciones preventivas y que de forma integradas propicie una mejor comprensión del problema a través de indicadores que de forma continua ayuden a la concreción de las políticas públicas en la disminución del abuso sexual en niños/a en Angola.

El presente documento consta de cinco capítulos;

Capítulo I Introducción,

Capítulo II Marco Teórico,

Capítulo III Metodología,

Capítulo IV Discusión y Resultados

Capítulo V Conclusiones.

En el capítulo de la Introducción se presenta el contexto general de la investigación, así como el problema de investigación científica en su desarrollo contextual y su dimensión geográfica y territorial; se presentan los objetivos y la relevancia del estudio. Así mismo, se detalla la pregunta de investigación y las hipótesis que guían el estudio.

El segundo capítulo describe el Marco Teórico, en el cual se incluye la revisión de la literatura que sirve como base teórica para la investigación, en el mismo se citan autores nacionales e internacionales que exponen las diferentes teorías sobre la problemática de la violencia sexual en la infancia.

El tercer capítulo presenta y analiza los resultados obtenidos a partir de la recolección y análisis de los datos. Se utilizan tablas y gráficos para presentar los datos de forma clara y concisa. Además, se discuten los resultados con hallazgos de otras investigaciones publicadas a nivel nacional e internacional; se interpretan y se contextualizan los resultados en relación con la literatura revisada en el marco teórico.

El último capítulo está relacionado con las conclusiones del estudio, en el mismo se resumen las principales conclusiones de la investigación y se destacan sus contribuciones al campo del estudio. Igualmente, se sugieren recomendaciones para futuras investigaciones y para la práctica profesional basada en los resultados obtenidos en el estudio sobre la violencia sexual en la infancia en Angola.

CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO

2.1. ESTUDIO TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL A MENORES

2.1.1. Definición de Violencia. Tipos de Violencias más frecuentes

La violencia de forma general es identificada como todo tipo de comportamientos y situaciones que amenazan la integridad física, psicológica y moral de las personas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones. (OMS, 2002).

Existen diferentes aspectos para clasificar la violencia, según la OMS la violencia puede ser dividida en tres categorías generales, dependiendo de las características de los agresores que cometen los actos de violencia, así se identifican como: (OMS,2009; Muñoz, 2016).

☐ La **violencia autoinfligida** es aquella en que el perpetrador y la víctima son una misma persona. Puede clasificarse en: autocastigo y suicidio hace referencia al comportamiento suicida y autolesiones.

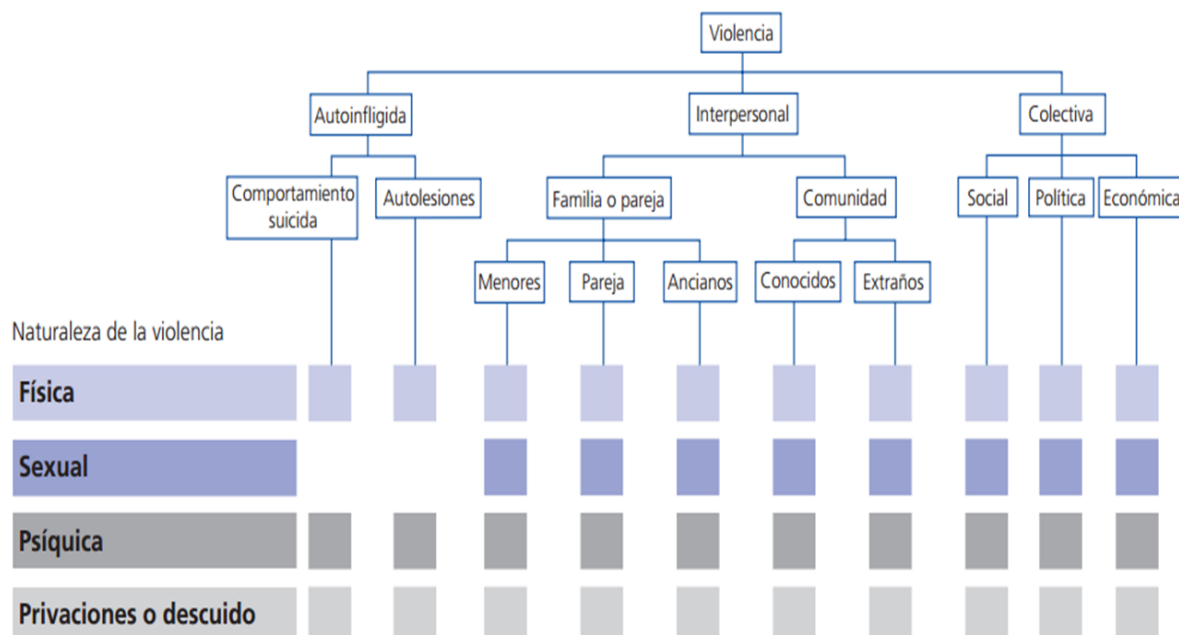
☐ La **violencia interpersonal** incluye la violencia familiar (menores, pareja, ancianos, así como la violencia entre personas, sin parentesco) es aquella que se ejerce entre distintas personas. Puede clasificarse en: violencia familiar de pareja y violencia de grupo. La primera abarca el maltrato infantil, la violencia de pareja y el abuso de ancianos. La violencia de grupo puede, a su vez, estar causada por conocidos o por desconocidos. Abarca la violencia juvenil, los asaltos, la violencia asociada a los delitos contra la propiedad y la violencia en los lugares de trabajo y otras instituciones.

☐ La **violencia colectiva** es la ejercida por grupos de personas más numerosos, y puede clasificarse en tres grupos: social, política y económica.

La naturaleza de los actos violentos es independiente de esta clasificación. La naturaleza de los actos de violencia puede ser clasificada como violencia física, sexual, psíquica y de privaciones o descuido. (Figura 5).

Figura 5:

Clasificación de la violencia según su naturaleza



Nota: Gráfico que representa la clasificación de la violencia según su naturaleza física, sexual, psíquica y privaciones o descuidos. Tomado del artículo Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Sociedad internacional para la prevención del maltrato y el abandono de los niños, escrito por la OMS, 2009.

La violencia contra las niñas y los niños incluye la violencia física, sexual y emocional, así como el abandono y la explotación de menores de 18 años. La violencia contra las niñas y los niños puede ocurrir en el hogar y en la comunidad. Puede ser perpetrada por cuidadores, compañeros o extraños. (OPS, 2020).

Los tipos de violencia incluyen el maltrato infantil por parte de adultos en un puesto de responsabilidad, el acoso y las peleas físicas entre pares, la violencia sexual y la violencia en el noviazgo, así como el asalto asociado con la violencia entre pares y pandillas. La violencia contra los niños se solapa con la violencia juvenil. Puede comenzar entre los grupos de edad más jóvenes, luego escalar y continuar hasta la edad adulta. (OMS, 2002).

La definición de violencia contra los niños del Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), establece: “toda forma de

perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”. (Muñoz, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia contra los niños como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad”. (Colectivo de Autores, 2016).

La violencia tiene graves consecuencias para la salud y el bienestar de las niñas y los niños y sus comunidades. Puede resultar en la muerte, incluidos los homicidios de niños y jóvenes. La violencia también se ha relacionado con una serie de problemas de salud física, sexual, reproductiva y mental, incluido el deterioro del desarrollo social, emocional y cognitivo, lesiones y problemas de salud a lo largo de sus vidas, así como la adopción de conductas de alto riesgo como fumar, abuso de alcohol, drogas y sexo sin protección. (Colectivo de Autores, 2016; OMS, 2009).

Los actos violentos pueden ser físicos, sexuales, emocionales o psicológicos, o ejercerse por desatención: (OMS, 2009).

La Violencia física. Incluye todos los castigos corporales y todas otras formas de tortura, trato o castigo cruel, inhumano o degradante, así como el maltrato entre pares o acoso escolar (bullying) y las “novatadas” cometidas por adultos u otros niños.

El castigo corporal (o físico) es definido como cualquier acción en la que se utiliza la fuerza física y cuyo propósito es ocasionar dolor o incomodidad de grado variable: golpear (palizas), pegar con la palma de la mano o un objeto plano y azotes con un objeto -palo, látigo, cinturón, zapato, cuchara de madera, patear, sacudir o lanzar al niño, rasguñar, pellizcar, morder, jalar el pelo o las orejas, quemarlo, escaldarlo o forzarlo a estar en posición incómoda.

La Violencia emocional. Se describe como maltrato psicológico, abuso mental, abuso verbal, emocional; (Colectivo de autores, 2016), puede incluir:

- a) Todas las formas de relación emocional perjudicial sostenida contra un niño.
- b) Amedrentar, aterrorizar y amenazar, explotar y corromper, despreciar y rechazar, aislar o ignorar a un menor.
- c) Negar la capacidad de respuesta física y emocional
- d) Insultar, poner apodos, someter a humillaciones, menosprecios, ridiculizaciones y herir los sentimientos de un niño.
- e) Exponerlo a violencia doméstica.
- f) Colocarlo en confinamiento solitario, detención en aislamiento, humillación, o en condiciones degradantes.
- g) Agredir mediante la información y comunicación (TIC's), mediante teléfonos móviles e Internet (cyber bullying).

Negligencia o trato negligente. Cualquier falla para cumplir con las necesidades físicas y psicológicas de un niño; no protegerlo de daños físicos o emocionales y no brindarle servicios médicos, así como su registro de nacimiento u otros servicios cuando los responsables de su cuidado tienen los medios, el conocimiento y el acceso a los servicios para hacerlo. (Colectivo de autores, 2016).

La negligencia puede ser:

- a) Negligencia física: Falla para proteger al niño del daño físico. Ello incluye falta de supervisión y de no proveer para cubrir sus necesidades básicas (alimento, abrigo, vestido).
- b) No proporcionarle cuidado médico básico.
- c) No proporcionarle educación escolar básica.
- d) Negligencia emocional o psicológica: Es la falta de cualquier soporte emocional y amor; desatención crónica.
- e) La exposición a la violencia de pareja o familiar, así como al abuso de drogas o alcohol. La violencia se manifiesta en diversas formas a lo largo de la vida.

Para los bebés y niños pequeños, la violencia toma la forma de Maltrato Infantil (MI) por parte de sus padres, cuidadores y otras figuras de autoridad. A medida que los niños crecen, se vuelve más común la violencia de los compañeros y la pareja.

La Violencia sexual: Se refiere a cualquier actividad sexual impuesta por un adulto a un niño o niña. OMS (2002), define la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

La violencia sexual incluye también la violación, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes del cuerpo o un objeto.

El intento de realizar algunas de las acciones mencionadas se conoce como intento de violación. La violación de una persona llevada a cabo por dos o más agresores se denomina intento de violación. La violencia sexual puede incluir otras formas de agresión que afecten a un órgano sexual, con inclusión del contacto forzado entre la boca y el pene, la vulva o el ano. Otras formas de violencia (OMS, 2009), también incluyen:

- a) La inducción o coacción de un niño a participar en cualquier actividad sexual ilegal o psicológicamente dañina.
- b) El empleo de niños en la explotación sexual comercial.
- c) El uso de niños en audios o imágenes de abusos sexuales infantiles.
- d) Prostitución infantil, esclavitud sexual, explotación sexual en viajes o turística; tráfico con propósitos de explotación sexual (dentro o entre países), venta de niños con propósitos sexuales.
- e) Matrimonio forzado de niñas.

Las actividades sexuales también se consideran como abuso cuando son cometidas contra niños por otro niño si el ofensor es significativamente mayor que la víctima (más de 5 años de edad) o emplea su poder, amenazas u otros medios de presión para realizarlas. La actividad sexual consensuada entre niños no se considera como abuso sexual si los participantes son mayores que la edad límite, definida por el Estado. (Pinheiro, 2006).

2.1.2. Violencia sexual como problema de Salud pública. Consideraciones teóricas

Para Ferreira (2000) la violencia es un problema mundial, social e histórico, que se ha incrementado a un ritmo alarmante y como una enfermedad contagiosa, ha adquirido proporciones de verdadera epidemia, convirtiéndose en motivo de preocupación y estudio por parte de las autoridades sanitarias y legales.

Integrada en este concepto, la violencia sexual forma parte del universo de la Salud Pública por razones bien definidas, ya que trae consigo el significado de lesión y amenaza a la vida, condiciones laborales, relaciones interpersonales, calidad de existencia y también en un sentido más restringido, afecta la salud (Borges, 2008).

Para Quintero (2014), mientras que, en el ámbito de la policía y la justicia, el impacto está en la víctima y el agresor, con un enfoque en el castigo de este último, las acciones de salud buscan el bienestar, en la perspectiva proposicional que los caracteriza.

Esta inclusión en un área que atiende bajo la “racionalidad biomédica de la intervención”, con profesionales que actúan imponiendo alternativas terapéuticas, es decir, mirando la “enfermedad como una alteración anatómo-patológica”, es decir, necesita entonces, que los profesionales estén sensibilizados. Para esta nueva interpretación, con la toma de decisiones compartida al servicio de personas que deberían ser consideradas sujetos plenos (Schraiber et al., 2003).

Debido al elevado número de víctimas que provoca y por la magnitud de las secuelas orgánicas y emocionales que produce, la violencia se ha convertido en el inicio del siglo XXI como un grave problema de salud pública en diversos países. (Rosa, 2010, p 82).

A partir de la década del 90, la violencia sexual pasó a ser considerada el foco de atención en el ámbito de la salud pública, y desde entonces se ha comenzado a implementar políticas públicas dirigidas a la persona que ha vivido esta situación, no solo de atención asistencial y servicios puntuales ofrecidos en emergencias hospitalarias, pero también como objeto de prevención y promoción de la salud (Lowenkron, 2013; Assis, 2004).

La violencia se configura como un fenómeno sociocultural que puede generar problemas sociales, físicos, emocionales, psicológicos y cognitivos, y así afectar la salud colectiva e individual a lo largo de la vida. Para Ferreira (2000), la violencia debe ser considerada no solo en la moralidad del ato en sí, sino en el contexto sociocultural en el que ocurre.

Coincidiendo con Shraiber, (2003), como fenómeno social, la violencia se configura desde la perspectiva de los determinantes sociales, lo que conduce a dilemas éticos, que se refieren a las desigualdades sociales. El contexto social y económico de la salud y sus implicaciones éticas se encuentran en el análisis de la relación entre bioética y salud pública.

En este sentido, la coyuntura de la violencia y las formas de afrontarla se piensa a la luz de la bioética, donde “Los principios éticos en salud pública son los mismos que los de la bioética en general, y como tales se han plasmado en la Declaración Bioética y derechos humanos de la UNESCO” (Penchaszadeh, 2018, p. 7).

Conceptualmente, la violencia no puede entenderse solo como violación o transgresión de normas, reglas o leyes, sino como una asimetría de una relación jerárquica de desigualdad, con el objetivo de dominación, explotación y

opresión, con impacto en el silencio y pasividad de los agredidos (Rosa, 2010, p 82).

Además, este fenómeno puede entenderse como violencia de género, teniendo una mayor prevalencia en niñas y mujeres, reflejando la organización social de los roles de género, basada en la jerarquía patriarcal y la desigualdad histórica de los lugares sexuales (García, 2014, p 153).

Hay diversos criterios para clasificar la violencia, es posible catalogarla atendiendo a la modalidad, activa o pasiva, en que se ejerce o atendiendo al tipo de daño causado o de víctima o de agresor (Sanmartín, 2007, p 10). En cuanto a la clasificación, la violencia puede presentarse de varias formas, a saber: física, psicológica, sexual, por negligencia y violencia fatal.). Hay casos en los que puede haber un solo tipo de violencia o la súper posición de dos o más formas.

En este sentido, cabe señalar que las clasificaciones son didácticas, ya que en la práctica difícilmente se produce una violencia sin acompañamiento de otra (OMS, 2009). En este sentido, se destacan los grupos más vulnerables a la violencia, en los que se encuentran los niños, por sus fragilidades y vulnerabilidades inherentes a su propia infancia, ya que dependen de los cuidados. (Sanmartín, 2007).

Así, ante las peculiaridades y complejidades que con lleva la violencia, esta ha sido reconocida como un problema social y de salud pública debido a la magnitud de la violación de los derechos humanos. Además de ser dependientes del cuidado, para Rosa (2010 p 85), los niños y adolescentes tienen una resistencia reducida a la violencia, violando así los principios de autonomía y benevolencia.

En esta perspectiva, según algunos autores, el problema de la violencia sexual contra los niños y niñas se queja de un entendimiento basado en principios y bases bioéticas que aporten enfoques nuevos, más amplios y eficaces para combatir a la violencia, considerando el cuidado y la protección,

la búsqueda de la integridad y la dignidad, el enfoque interdisciplinario, aspectos que forman parte del conjunto de características y principios fundamentales de la Bioética. (Schraiber, 2003; Sanmartín 2007; Penchaszadeh, 2018).

2.2. Antecedentes del abuso sexual infantil, violencia sexual.

2.2.1 El abuso sexual infantil

El abuso sexual es una actividad particularmente difícil de detectar, problemática de abordar y compleja de resolver. Parte de la dificultad radica en que, si bien se trata de hechos que han ocurrido con impresionante frecuencia en la crianza de niños, niñas y adolescentes a través de los siglos la tendencia histórica fue encubrir, negar, minimizar su frecuencia y sus efectos, silenciar. (Douglas, 2005).

El abuso sexual en niños, es una de las diferentes formas de abuso a las que han podido ser y fueron sometidos algunos de los seres humanos, de lo que se concibe, por ende, no es un hecho propio de la vivencia actual de la ciudadanía, sino más bien esta desde varias décadas atrás. (López, 2012).

Cabe destacar por ello que desde la década de los 70 esta toma una dimensión diferente, puesto que se han producido grandes cambios y avances en el reconocimiento social de esta problemática en la que se ven afectados los niños o adolescentes. Para el efecto se habían realizado estudios respecto a la problemática que representaba para la sociedad estos hechos, los resultados indicaron que:

Las repercusiones de la experiencia de abuso pueden llegar a ser severas y que no existe un patrón único de síntomas. (Código de la niñez y la Adolescencia, 2012).

Es decir, (Pinheiro, 2006) que los síntomas por medio de los cuales eran detectados los cambios en la víctima variaba conforme al daño que ocasiona tal experiencia, por lo que consecuentemente no era posible la realización de

un patrón único de síntomas que podrían ser percibidos ante este tipo de hecho.

Es menester mencionar a la vez, que:

El pionero de la investigación sobre el problema de abuso sexual fue David Philkerhom, posteriormente Vicent Fontana, autor del libro “En Defensa del niño Maltratado,” resume lo que es la transmisión intergeneracional de la violencia en la que estipula que los niños maltratados, si sobreviven serán los padres maltratadores del futuro y los miembros desadaptados de la sociedad. (López, 2012).

Según el mismo autor, de este modo surgen las investigaciones sobre el tema en gestión por medio de las iniciales investigaciones realizadas por David Philkerhom, seguida por Vicent Fontana. (López, 2012).

Seguidamente en el año 1978 Kempe y Kempe establecen que debe de ser comprendido por el abuso sexual como: La participación de niños(as) y adolescentes dependientes y evolutivamente inmaduros verdaderamente de los que son incapaces de dar un consentimiento informado o que violan los tabús sociales de los roles familiares. (Sedlak, 2010).

Se desglosa de la cita mencionada que el abuso sexual en niños, evidentemente se da con la participación de niños “dependientes” de su agresor, que puede ser concebida en el sentido de la posible proximidad con su agresor-victimario (padre biológico, adoptivo, tutor). (Sedlak, 2010).

Así mismo Romero (2019) hace referencia a la “evolución inmadura” que se refiere explícitamente a la etapa de vida del niño o adolescente que no se encuentra competente para la situación en el que es colocado, por lo que consecuentemente es incapaz de dar un consentimiento entendido sobre lo que acontecerá y el alcance del mismo, por desconocer la antijuridicidad del hecho y la no posibilidad de negarse al mismo.

Conviene a la vez mencionar que históricamente el abuso sexual en niños o “pederastia” (del griego παιδεραστία, paiderastía (siendo páis o paidós: ‘muchacho’ o ‘niño’; y erastês: ‘amante’), forma en la que era también denominada en la antigüedad, pero que no ha sido asociada necesariamente al abuso. (López, 2012).

Etimológicamente mencionando, tanto «pedofilia» (paidós: ‘niño’, filia: ‘amistad, amor’) como «pederastia» (paidós: ‘niño’, erastos, eros: ‘deseo sexual’) se basan en el término paidós: ‘niño’ Teniendo por base para la denominación del mismo al niño. (López, 2012).

Es importante recalcar que pedófilo no es un sinónimo estricto de abusador sexual de niños (Código de la niñez y la Adolescencia, 2012), puesto que:

La razón está, por un lado, en que algunos de los pedófilos no llegan nunca a abusar de niños, sino que se quedan en los límites de las fantasías sexuales; y, por otro, en que algunos abusadores de niños lo hacen como reacción a una frustración con el ámbito adulto que es sobre el que realmente tienen sus inclinaciones sexuales, de ahí que no sean, estrictamente, «pedófilos». (López, 2012). Es por ello quizás que no se utiliza frecuentemente la denominación de “pedófilo o pedofilia” ante estos hechos de abuso sexual en niños, pero ello a la vez no significa que la misma no sea utilizada puesto que, depende en gran parte del punto de vista del escritor.

Abuso o maltrato es la acción de un sujeto en condiciones superiores (edad, fuerza, posición social o económica, inteligencia, autoridad) que comete un daño físico, psicológico o sexual, en contra de la voluntad de la víctima o por consentimiento obtenido a partir de inducción o seducción engañosa. (López, 2012).

El Comité de Derechos del Niño en su Recomendación No 13 define el abuso y explotación sexual como toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal.

También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión. (López, 2012).

Le Bureau International Catholique de l'enfance (BICE 2002) nos brinda la definición de abuso sexual como: Situación de uso excesivo, de sobrepasar los límites, los derechos humanos, legales de poder, de roles, de reglas sociales y familiares. Ocurre en un contexto de dominación en el cual el violentado se encuentra subyugado al violentador, sin condiciones de oponerse. (Tice, 2016).

El abuso sexual contra niñas y niños es “toda actividad”, sexual que un adulto o adulta impone, ya sea con engaños, chantaje o fuerza a una persona que no tiene madurez mental o física para entender de lo que se trata. Se presenta en varias formas: desde las palabras insinuantes, caricias, besos, manipulación física y exhibición de los órganos sexuales, hasta la violación”. (Tice, 2016; Colombo, 2005).

França (2003) corrobora que el abuso sexual, constituye una experiencia traumática y es vivido por la víctima como un atentado contra su integridad física y psicológica, y no tanto contra su sexo, por lo que constituye una forma más de victimización en la infancia, con secuelas parcialmente similares a las generadas en casos de maltrato físico, abandono emocional, etc.

Si la víctima no recibe un tratamiento psicológico adecuado, el malestar puede continuar incluso en la edad adulta. La violencia sexual no solo es un hecho de violencia física si no violencia moral, de humillación, ataca la dignidad de la persona, es un crimen de poder y no de placer. (Medina, 2010).

Por lo que es recomendable que la víctima siga un tratamiento psicológico adecuado para sobrellevar la situación atravesada puesto que el disgusto puede continuar incluso al llegar en la edad adulta, lo que se torna indudable considerando que es una experiencia aterradora que no todos pueden tolerar y seguir con una vida normal. (Medina, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abuso sexual, es el involucramiento de niños y adolescentes, con desenvolvimiento inmaduro, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, incapaces de dar consentimiento en las actividades sexuales, que no comprenden totalmente y que violan las normas sociales, objetivando la gratitud de las demandas y deseos sexuales de la persona que comete el abuso. (Mebarak, 2010; OMS. 2009).

El abuso sexual, es considerado un fenómeno transversal a todas las clases sociales etnias, religiones y culturas, el estudio hecho de (Assis, 2004, p 46) en esta obra de un colectivo de autores se hace un acercamiento del tema del abuso sexual a menores en todas esferas de la sociedad.

Formas y contextos de la violencia sexual.

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy diferentes, (Pinheiro, 2006; Quezada, 2006), entre ellos se encuentran:

- La violación en el matrimonio o en las citas amorosas.
- La violación por parte de desconocidos.
- La violación sistemática durante los conflictos armados.
- Las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favore.
- El abuso sexual de personas físicas o mentalmente discapacitadas.
- El abuso sexual de menores.
- El matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores.
- La denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.
- El aborto forzado.

- Los actos de violencia que afectan a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad.
- La prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

2.2.2. Tipos de abuso sexual

El abuso sexual a menores es una grave forma de maltrato infantil que vulnera el derecho de niños, niñas, y adolescentes a su integridad física, moral y psicológica lo que impide su desarrollo pleno. (Fontarigo, 2018).

Esta faceta de la violencia se presenta de manera desigual y se establece mediante las relaciones de poder, mando y obediencia, especialmente cuando la víctima es un niño y / o un adolescente. (Alves, 2015). Debido a su complejidad, la violencia sexual se divide en: abuso sexual intrafamiliar y extra-familiar, explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes.

Para Loinaz (2019, p 272) se identifican dos tipos de abuso sexual en menores:

- Extra-familiar

Se da cuando el abusador es un desconocido del niño. El abusador se excita y goza sometiendo a su víctima por la fuerza, el dolor y el terror.

- Intrafamiliar

El abuso sexual intrafamiliar no es acto sino un proceso provocado por familiares cercanos al menor (padrinos, tíos, hermanos, padres, madres, etc.). Estos casos el abusador, generalmente ocurre en familias de escasos recursos económicos y con problemas de comunicación.

Para Douglas (2005), la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes se define por la explotación de la sexualidad de niños, niñas y

adolescentes y está vinculada al comercio con fines de lucro por parte de entrantes, agentes, clientes, que se insertan en un sistema de explotación.

La explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes se divide en cuatro contextos: (López, 2012)

Explotación sexual en el contexto de la prostitución: una acción en la que los pueden ser llevados a la prostitución por sus propios padres o convertirse en víctimas de la solicitud de otros adultos.

La explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, Explotación sexual en el contexto de la prostitución: una acción en la cual los niños / adolescentes pueden ser prostituidos por sus propios sacerdotes para convertirse en víctimas de la solicitud de otros adultos, presentándose en el mercado de la prostitución con La promesa de mejores condiciones para la vida.

Sin embargo, no es apropiado describir a los niños y adolescentes como "prostitutas", que se insertan en el contexto de la prostitución, siendo explotadas como un objeto sexual por personas que forman una red de reclutadores.

Hacemos mención a esto porque infelizmente en la sociedad Angoleña también tenemos esos tipos de violencia o abusos sexual contra niños y niñas reflejados en los datos del INAC esta presente estos tipos de violación a los niños y niñas. (Medina, 2010).

2.2.3. Factores de riesgo asociados al maltrato infantil

Diversas fuentes de literatura, han hecho referencia sobre los factores que incrementan la probabilidad de que la violencia ocurra, son identificados como factores de riesgos, estos factores pueden agravar la susceptibilidad al maltrato infantil. (OMS, 2009)

Existen de forma general bibliografías que refieren cuatro factores importantes que se manifiestan como factores de riesgo para la violencia sexual, (OMS, 2009) y ellos son:

- Factores individuales.
- Factores comunitarios.
- Factores sociales.
- Factores racionales.

Al igual que sucede con otras formas de violencia, para comprender el fenómeno del maltrato infantil hay que analizar la interacción compleja que existe entre los diversos factores. (Ferreira, 2011).

Para França (2003), los factores individuales están muy relacionados con variables biológicas, como la edad y el sexo, así como factores que incluye la vida personal, que pueden influir en la susceptibilidad de un individuo al maltrato infantil.

Estos factores de riesgos individuales están vinculados con el perfil de los padres y los niños, cuando ciertos factores están presentes en los cuidadores o progenitores el riesgo de maltrato realmente aumenta; algunos de estos riesgos son: (OMS, 2009).

- Antecedentes de maltrato en la infancia.
- Presenta dificultades para establecer vínculos con el recién nacido, como consecuencia de un embarazo difícil o un niño no deseado.
- Responde al mal comportamiento con castigo físico, o medidas inapropiadas o violento o excesivos.
- Aprueba y utiliza el castigo físico como medida para disciplinar a los niños o cree en su eficacia.
- Participa en actividades delictivas que afectan negativamente la relación entre progenitor e hijo.
- Progenitores con problemas de carácter, deprimido, con sentimientos de baja autoestima, o irritabilidad, con poco autocontrol o pérdida de este por lo que se puede enfadar fácilmente.

- Consumo inadecuado de sustancias como alcohol o drogas, lo que afecta su capacidad de atender el niño.
- Progenitores que presentan dificultades económicas.
- Vive aislado de la sociedad.

Con relación a los factores que pueden estar relacionados con los niños víctima de abusos, autores expresan que estos factores de riesgos no significan que el niño sea responsable o culpable del maltrato que ha sufrido, estos factores expresan que el niño que los presenta se encuentra más vulnerable al maltrato infantil (OMS, 2009; Echeverría, 2006), estos son:

- Hijo no deseado o no respondía a las expectativas y deseos de sus padres, debido al sexo, o a su aspecto, anomalía congénita.
- Requiere mucha atención en sus primeros años por que nació prematuro o llora constantemente o presenta una discapacidad mental o física o una enfermedad crónica.
- Evidencia de síntomas de desequilibrio mental, o presenta rasgos de personalidad o temperamento que son un problema para el progenitor controlarlo;
- Tiene hermanos o hermano que acaparan la atención de los padres, y el niño o niña tiene menos atención;
- Presenta rasgos físicos, por ejemplo, rasgos asociados a anomalías faciales (Síndrome de Down) que pueden ser repulsivos para los progenitores.

La condición de deficiencia mental, en cualquier edad, es presentada por Drezett (2000) como importante factor de vulnerabilidad, estando estimada por el autor, que la prevalencia de 50% de los deficientes mentales, hubiesen sido abusados sexualmente, al menos una vez en su vida.

Sobre los factores comunitarios, la literatura hace referencia que los factores comunitarios están relacionados con las circunstancias en que se desenvuelven las relaciones sociales, por ejemplo, el barrio, el lugar de trabajo, la escuela, y las peculiaridades específicas del entorno que contribuyen al maltrato infantil.

Entre los factores que constituyen riesgos para el maltrato infantil citados por (Lopez, 2012; Mebarak, 2010), se encuentran:

- Desigualdad de género.
- Altos niveles de desempleo.
- Tolerancia a la violencia.
- Pobreza.
- Fácil acceso a sustancias tóxicas como el alcohol y drogas ilícitas.
- Programas institucionales inadecuadas que fomentan el maltrato infantiles.

Diversos autores establecen una fuerte relación entre la pobreza y la violencia infantil. Sedlak et al, (2010), según datos de una encuesta realizada en los Estados Unidos, en el que se midió el nivel económico a partir del nivel de ingresos, se encontró que los niños que viven en hogares de menor nivel socioeconómico, presentan significativamente más probabilidades de sufrir diversos tipos de abusos infantil.

Para Muñoz (2016), los factores sociales, están vinculados a las características de la sociedad que influyen en el maltrato, por ejemplo, normas sociales, que fomentan el castigo físico severo del niño, desigualdades económicas, o inexistencia de redes de protección social, también las condiciones socioeconómicas pueden influir negativamente en el maltrato infantil.

Otros factores sociales que pueden contribuir a la incidencia del maltrato infantil según (OMS, 2009; Campos, 2006), son:

- Políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que conllevan un nivel de vida diferente, con desigualdades e inestabilidad económica.
- Normas sociales y culturales que rebajan la importancia del niño en las relaciones entre padres e hijos.
- Existencia de pornografía infantil, prostitución infantil o trabajo infantil.

- Normas sociales y culturales que promueven la violencia hacia los otros, en particular castigos físicos, como ocurre en los videojuegos o en la música popular.

Los factores relacionales están vinculados con las relaciones y composición de las familias. La misma puede variar en dependencia de las circunstancias específicas y las normas de la sociedad donde están incluidas. En muchas comunidades, la familia nuclear es tradicional, conformada en un padre y una madre con los hijos, pero, no siempre es la norma, también puede estar conformada por la cabeza de familia siendo la madre o padre soltero, abuelos o una pareja de un mismo género. (OMS, 2009)

Algunos factores de riesgo al maltrato infantil presentes en las relaciones con la familia, los amigos o la pareja, según (OMS, 2009; Colectivo de autores, 2019) son los siguientes:

- Ruptura familiar, por causa de problemas matrimoniales o de pareja que ocasionen la inestabilidad mental del hijo en la infancia.
- Violencia en la familia, entre los padres o entre padres e hijos.
- Discriminación contra la familia por causa de la nacionalidad, razas, religión; género, edad, orientación sexual, discapacidad, etc.
- Participación en actividades delictivas o violentas en el ámbito comunitario.
- Ausencia de ayuda o apoyo para la familia en situaciones difíciles o tensas de una relación.
- Inexistencia o fracaso de los vínculos entre el progenitor y el niño.
- Problemas de salud física, o de salud mental de un miembro de la familia.

Estudios sobre el tema indican que a mayor parte de esa violencia es practicada por parientes, personas próximas y conocidas, tornando el crimen más difícil de denunciar, siendo que menos de 10% de los casos llegan hasta la policía, lo que dificulta una real notificación de los casos y posible ausencia de casos globales. (Reis, 2001; Drezett, 2000).

Según Altunes (2011) los agresores sexuales pueden ser familiares, los padres, padrastros, hermanos, abuelos, tíos, primos, y las personas en el

círculo íntimo familiar, tales como amigos, vecinos, maestros y entrenadores. Debido al tabú que rodea el tema, muchos padres tienden a no informarse adecuadamente sobre el abuso sexual y cometen graves errores que pueden resultar en exponer a sus niños al mismo peligro que tratan de evitar.

Para Lippi (2002) algunas familias y sociedades todavía silencian la violencia sexual doméstica, un fenómeno que puede ocurrir en el 30% de las familias norteamericanas.

En cuanto la violencia urbana ocurre principalmente en la población masculina, con muertes por causas externas presentando mayor incidencia en la edad de 10 y 19 años. (Unbehaums et al., 2005), la mayoría de las violencias sexuales contra niños y adolescentes ocurre dentro de las propias familias.

Schraiber et al (2000) relatan que el abuso sexual infantil tiene mayor incidencia en niñas y puede ser definido como violencia doméstica una vez que en su mayoría, tiene como autor un pariente próximo a la niña.

Fontana (2001) refiere que la OMS y la OPS estiman que apenas 2 % de los casos de abusos sexual contra niños en que el autor es un pariente próximo, personas próximas, o conocidas tornado el crimen más difícil de ser denunciado son reportados a la policía, atribuyendo a esa condición de subnotificación la posible causa de ausencia de datos globales.

2.2.4. Características y comportamiento de la violencia sexual contra los niños

Los niños y niñas no tienen la misma probabilidad de ser víctimas de violencia, existe una población que tiene una mayor vulnerabilidad de ser víctima de este flagelo social. (Muñoz, 2016).

La violencia sexual contra hombres y los niños es un problema grave. La violación y otras formas de coacción sexual contra los hombres y los niños se producen en diversos ámbitos, entre ellos el hogar, lugar de trabajo, las escuelas, las calles, en las zonas de guerra, así como cárceles y en las comisarías. (OMS, 2002).

En muchos países los casos de violencia sexual contra el sexo masculino, se informa que son ocurridos por funcionarios de los servicios penitenciarios, policías y soldados. También el coito forzado puede darse entre presidiarios como forma de establecer la disciplina y la jerarquía. (OMS, 2009).

Al igual que en las víctimas del abuso sexual de sexo femenino, las investigaciones indican que es probable que las víctimas masculinas, de este tipo de agresiones tengan diversas consecuencias de orden psíquico, tanto inmediatamente después de la agresión como a más largo plazo. Estas pueden incluir ira, culpa, ansiedad, alejamiento de la pareja o de la familia e intento de suicidio.

Además de estas reacciones, en algunos estudios realizados con adolescentes varones también se determinó que existía una relación entre haber sido víctima de una violación y el abuso de sustancias, conductas violentas, el robo y el ausentismo escolar.

2.2.5. Características y comportamiento de la violencia sexual contra las niñas.

Para Pereda (2009), existen varios factores que condicionan la violencia sexual en víctimas del sexo femenino. Una de las formas más comunes, es aquella que es perpetrada por pareja, existen otras condiciones como la edad, sobre todos las niñas y adolescentes son más vulnerables. El consumo de alcohol o drogas, tener antecedentes de violación o abuso sexual. La promiscuidad, teniendo muchas parejas sexuales; ser trabajadora del sexo, también es un elemento que puede influir; la pobreza o pocos recursos económicos; el nivel de instrucción y la baja escolaridad.

Entre los factores que aumentan el riesgo de que un hombre cometa una violación, están aquellos que tiene una relación con las actitudes y creencias, así como las conductas originadas por determinadas situaciones y condiciones sociales que hacen viable la perpetración de actos de abuso sustentos. (OMS, 2002).

Indicadores de violencia, abuso o abandono, referidos por López (2012).

– *Signos físicos de violencia.*

– Aspectos relacionados con el comportamiento del niño o la niña:

- Abuso habitual de sustancias estupefacientes, particularmente cocaína o similares.
- Tendencia a interactuar con otros como si constantemente necesitara superarlos o demostrarles quién es el jefe.
- Cambios de comportamiento y actitud diferente con las distintas personas con que interactúa.
- Rotundo rechazo a dialogar (mutismo, mantener distancias).
- Comportamiento extremadamente hostil y desafiante, tanto en el lenguaje corporal, como hablado, parecido al que se encuentra en un ambiente adulto de delincuencia.

– *Indicadores de abuso sexual infantil:*

- Marcas en el cuerpo como cortes, heridas, hematomas o arañazos cerca de partes del cuerpo como boca, nalgas o pechos.
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Embarazos precoces.
 - Acciones que muestran un gran conocimiento sexual:
 - Dibujos explícitamente sexuales inadecuados para la edad del niño o la niña.
 - Actitud sexual (imitando el comportamiento adulto) ante otras personas, animales o juguetes.
 - Preocupaciones acerca de temas sexuales.
 - Alteraciones del sueño y autolesiones.
 - Expresión espontánea de historias de naturaleza sexual.
 - Negación rotunda a asistir a reconocimientos médicos o a desvestirse o también viceversa con una excesiva disposición a hacerlo.
- *Estado de negación y descuido del cuidado personal o las propias necesidades.*

2.2.6. Consecuencias de la violencia sexual infantil

Se sabe que la ocurrencia de violencia sexual durante el proceso formativo, cuando el cerebro se está desarrollando físicamente, puede dejar

marcas en su estructura y función, provocando efectos que alteren irreversiblemente el desarrollo neuronal, lo que lleva a graves consecuencias para el desarrollo del niño, incluidas las cognitivas, emocionales, conductual y social. La violencia sexual tiene graves consecuencias, tanto para las personas como para la sociedad. Puede afectar de manera adversa la salud física y mental de los sobrevivientes. (Jewkes et al, 2002).

Los estudios indican que la violencia sexual en la infancia activa los sistemas neuronales de respuesta al estrés, principalmente el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que con la exposición crónica más para el deterioro del desarrollo (Bevans, 2005).

En este contexto, la complejidad y los diversos factores involucrados hacen de la violencia sexual un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatologías (Saywitz, 2000).

Las víctimas pueden desarrollar depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación y disociativos, enuresis, encopresis, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD) (Ramos-Lira, 2001; Jewkes, 2002).

Los estudios indican que el 50% de la población general experimentará algún evento estresante significativo durante la vida, con sólo 5 a 8% desarrollar PTSD. Sin embargo, en los niños abusados sexualmente, la prevalencia puede variar entre el 20 y el 70% de casos (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

Además, pueden presentar cambios de comportamiento, como conducta hipersexualizada, abuso de sustancias, aislamiento social y conductas autodestructivas, cambios cognitivos, como baja concentración y sentimientos de culpa y cambios emocionales, relacionados con el miedo, vergüenza, tristeza, enfado e irritabilidad (Borges, 2008).

Un estudio de 9.508 personas evaluó la relación entre la exposición a la violencia en la niñez, también denominada eventos adversos en la niñez (EAI) y la morbilidad y mortalidad en la niñez, edad adulta. Se ha demostrado que la ocurrencia de episodios violentos en la infancia aumenta 12 veces el riesgo de alcoholismo, abuso de drogas, depresión e ideación, suicidio, de 2 a 4 veces mayor para el tabaquismo y las enfermedades de transmisión sexual y 1,4 a 1.6 más para inactividad y obesidad severa.

Finalmente, se demostró que existe una fuerte relación gradual entre el grado de exposición a la violencia y los múltiples riesgos para las principales causas de muerte en adultos, tales como: cardiopatía isquémica del corazón, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fracturas esqueléticas y enfermedad hepática. (Fontarigo, 2018).

Profesionales y gestores implicados en prevención y tratamiento de violencia contra la niñez, deben priorizar la atención integral, interprofesional y de calidad, involucrando toda la familia. (Loinaz, 2019).

Según Contreras (2010), las instituciones que brindan asistencia a víctimas de violencia sexual generan en ocasiones el llamado abuso institucional, que engloba situaciones de omisión o factores como: escasez de personal, sobrecarga de trabajo y falta de apoyo psicológico, que interfieren en un importante en el resultado del tratamiento.

Por ello, es necesario priorizar la prevención de la violencia, la promoción de valores no violentos, la sensibilización de la población, la provisión de servicios de rehabilitación y reinserción social (Pinheiro, 2006).

Comprender y evaluar el alcance de las consecuencias de la violencia sexual contra niños y adolescentes no es una tarea fácil, ya que existe una enorme falta de estudios longitudinales que propongan acompañar a las víctimas a largo plazo. Esto se debe a la ausencia de grupos de control apropiados.

Por lo tanto, el poco conocimiento (existente en la literatura) sobre las consecuencias de este tipo de violencia, se construyó a partir del informe de algunas personas aisladas que buscaron ayuda y de los profesionales y académicos que intervinieron con ellos. Sin embargo, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que la violencia sexual infantil es un facilitador para el surgimiento de psicopatologías severas, perjudicando la evolución psicológica, afectiva y social de la víctima. (Contreras, 2010; Jewkes, 2002).

Los efectos de la violencia infantil pueden manifestarse de muchas maneras, a cualquier edad. Cuando se discuten las consecuencias de la violencia sexual contra niños y adolescentes, es necesario considerar algunas particularidades que involucran la violencia practicada, tales como: Grado de penetración, Monitoreo de insultos o violencia psicológica, uso de la fuerza o violencia física, entre otras brutalidades que, obviamente, son variaciones que comprometen las conclusiones sobre las consecuencias de la violencia sexual. (Florentino, 2015).

La violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes es un fenómeno complejo y difícil de enfrentar, a pesar del hecho de que ha ganado cierta visibilidad en los últimos tiempos, su comprensión y confrontación aún necesitan ganar mucho espacio. La violencia cometida contra los niños y adolescentes en sus diversas formas es parte de un contexto histórico-social de violencia más amplio que está experimentando nuestra sociedad. (Quintero, 2014).

En resumen, las consecuencias de la violencia sexual infantil pueden tener varias manifestaciones siendo consecuencias físicas y/o psicológicas originadas del abuso sexual, sin embargo, es muy importante que los profesionales tengan elementos para su detección y para una intervención adecuada: (OMS, 2009; Muñoz, 2016).

Las manifestaciones que pueden presentar un niño o una niña víctima de abuso sexual infantil son diversas. Es importante señalar que la ausencia o

la presencia de algunas de estas manifestaciones o síntomas no comprueban por sí mismas la existencia o no de un abuso sexual hacia un niño o una niña.

Para López (2012) conocer las consecuencias y sintomatología originada por el abuso sexual infantil, es muy importante para que los profesionales tengan elementos para su detección y para una intervención adecuada.

Consecuencias físicas.

- Hematomas.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Desgarramientos o sangrados vaginales o anales.
- Enuresis, encopresis.
- Dificultad para sentarse o para caminar.
- Embarazo precoz.

Consecuencias psicológicas. Pereda (2009)

- Problemas emocionales.
- Miedo.
- Fobias.
- Síntomas depresivos.
- Ansiedad, baja autoestima.
- Sentimiento de culpa.
- Estigmatización.
- Trastornos por estrés postraumático.
- Ideación y conducta suicida.
- Autolesiones.
- Problemas cognitivos.
- Conductas hiperactivas.
- Problemas de atención y concentración.
- Bajo rendimiento académico.
- Peor funcionamiento cognitivo general.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Problemas de relación.

- Problemas de relación social.
- Menor cantidad de amigos.
- Menor tiempo de juego con iguales.
- Elevado aislamiento social.

Problemas funcionales.

- Problemas de sueño (pesadillas).
- Pérdida del control de esfínteres.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Quejas somáticas.

Problemas de conducta.

- Conducta sexualizada (masturbación compulsiva, imitación de actos sexuales, uso de vocabulario sexual inapropiado).
- Curiosidad sexual excesiva.
- Conductas exhibicionistas.

Conducta disruptiva y disocial.

- Hostilidad.
- Agresividad.
- Ira.
- Rabia.
- Trastorno oposicionista desafiante.

2.3. Determinaciones sociales de la violencia sexual infantil

Las determinaciones sociales plantean la discusión y problematización de los procesos salud-enfermedad de manera integral, considerando los aspectos de las ciencias sociales, con contenido crítico sobre los procesos de acumulación económica y exclusión social como ejes de reproducción ampliada de las desigualdades sociales en salud (Garbois, 2017).

Según Jewkes (2002), los factores de riesgo relacionados con la violencia contra la mujer, niños y adolescentes, se puede dividir en: individual, familiar, comunitario y social. Los individuos se refieren a madres muy jóvenes, desnutrición, embarazos no deseados y antecedentes de violencia por parte de la madre.

Los factores familiares están relacionados con violencia intrafamiliar, depresión, vulnerabilidad familiar, aislamiento social y estrés. Los trabajadores comunitarios están relacionados con la segregación residencial, de baja calidad, educación, acceso a drogas legales e ilegales y falta de servicios de atención especializada para niños.

Finalmente, los factores sociales se relacionan con el desempleo, la pobreza, las privaciones, las relaciones culturales y la ausencia o el fracaso de leyes protectoras. Los autores Bevans (2005) y Assis et al. (2004), aún agregan las relaciones étnico-raciales a los factores sociales. Para demostrar la importancia de la correlación entre las relaciones étnico-raciales, la violencia y el abuso sexual, un informe de la ONU encontró que las principales víctimas de violencia en las comunidades indígenas son mujeres y niñas.

Los datos muestran que 1 de cada 3 mujeres y niñas indígenas serán violadas durante toda su vida. Los pueblos indígenas sufren esterilización históricamente forzada y son violadas y asesinadas de forma rutinaria por pistoleros como una forma de intimidar a la gente para que abandone sus tierras (Cimi, 2008), los niños indígenas y negros tienen el doble de predisposición sufrir violencia sexual en comparación con los niños blancos y amarillos.

Además de las cuestiones étnico-raciales y de género, otro factor determinante de la violencia, la sexualidad infantil son cuestiones generacionales, a través de la construcción de una sociedad "Adulto céntrico", según la autora (Lowenkron, 2013).

Como resquicios de la comprensión de la violencia como forma educativa, es común que el padre vea la violencia sexual como vía educativa para las hijas, no viendo su comportamiento como incorrecto y utilizando la negación como principal mecanismo de defensa, incluso cuando la evidencia es evidente. Además, intenta convencer a los profesionales autoridades sanitarias y policiales que es un "buen" hombre, incapaz de cometer tales actos, a esto se suma el descrédito y el aislamiento de la víctima (Schmickler, 2006).

En este contexto, la madre también se niega a ver los signos, ya que esto puede representar un riesgo para la relación conyugal, la negación de la víctima por culpa y vergüenza y en un intento por preservar a la familia. Estos mecanismos colaboran con el mantenimiento de la violencia incestuosa. Además, el entorno privado favorece violencia, ya que aísla a la familia del dominio público, y cuando se alía con la inexistencia de testigos y complicidad de otros familiares mantiene aún más el ciclo de violencia. (Quintero, 2014; Garbois, 2017)

La autora Jane Felipe (2006) destaca la importancia de discutir la idea de una sexualidad incontrolable e insaciable en relación con los hombres, lo que hace que muchos agresores justifiquen que la motivación de la agresión fue la provocación por parte de la víctima, dependiendo de la forma en que se comportó o las ropas que llevaba.

Según Borges (2008), este argumento se utiliza habitualmente, incluso en los casos en que la víctima sólo tiene cinco años. Sin embargo, no hay nada que justifique ningún tipo de violencia, principalmente contra los niños. Heberle (2006), destacan que la violencia sexual es un acto de poder y no un acto sexual simplemente.

Aunque la violencia contra los niños se ha convertido en una práctica común, el reconocimiento de la vulnerabilidad relacionada tiene que ser evidenciada y no negada, no reprimida. El abuso sexual infantil y juvenil, como se señala en este estudio, tiene varias connotaciones, sin embargo, en la

mayoría de los casos el agresor es parte del contexto familiar, en lo que agrava aún más la violencia contra niños/niñas y adolescentes maltratados. Así, el abuso sexual infantil intrafamiliar desencadena el carácter indefenso del niño que necesita ser cuidado, lo que la hace aún más vulnerable, ya que es en casa donde el niño necesita sentirse seguro y amado. (Contreras, 2010).

Además, los estudios apuntan a un aumento significativo en la predisposición al alcoholismo, abuso de drogas, depresión e ideación suicida en la edad adulta, entre otros, reforzando el impacto negativo de la violencia infantil a lo largo de la vida. (Quintero, 2014).

De esta forma, enfoques para enfrentar la violencia sexual contra la niñez y los adolescentes pasan necesariamente por el amplio reconocimiento de la sociedad con respecto al problema, el avance de la legislación y la creación de estructuras de atención rápidas y efectivas, el reconocimiento de que la niñez y la adolescencia, como seres frágiles y vulnerables, necesitan mayor protección y cuidados, lo que afectará su crecimiento y desarrollo futuros. (Loinaz, 2019; Rosa, 2010).

La bioética representa una de las formas de proteger los derechos de los grupos más vulnerables. Al considerar principios como autonomía, integridad, derechos humanos, beneficencia y no maleficencia, la bioética reafirma la búsqueda de la dignidad como valor humano fundamental. (Penchaszadeh, 2018).

Los estudios realizados en Brasil, México, Salvador entre otros países indican que del 7 al 36% de las niñas y del 3 al 29% de los niños sufren violencia sexual. Se desconoce su prevalencia real, ya que muchos niños no revelan violencia, solo pueden hablar sobre ella en la edad adulta. Las estadísticas, por lo tanto, no son reales y de esta manera es un problema que afecta a ambos sexos que generalmente no sigue ninguna regla social, económica, religiosa o cultural. (Florentino, 2015).

En los últimos años, ha habido un aumento en los estudios y en la difusión de casos de violencia contra niños y adolescentes en un intento de desarrollar intervenciones preventivas y atención al problema. Si bien las situaciones de violencia se perciben en diferentes culturas y clases sociales, el maltrato que afecta a niños y adolescentes puede pasar desapercibido. (Garbois, 2017).

En los últimos diez años es notable el incremento de niños y niñas que en edades tempranas son violentados sexualmente, siendo este un flagelo social que afecta el desarrollo de la población infantil de Angola, lo cual manifiesta un deterioro de los valores cívicos que deben ser practicados en la sociedad.

Este comportamiento representa una problemática actual, e implica un incumplimiento de la implementación de las políticas públicas por parte de las organizaciones responsables que velan por la problemática del abuso sexual, si se tiene en cuenta que en este contexto Angola posee una tendencia creciente de los casos de abuso sexual de niños/as menores de 10 años de edad según los datos emitidos por el Instituto Nacional de los Niños (INAC); órgano del Estado encargado de la protección social de los niños de conjunto con otras instituciones como son los órganos judiciales, las autoridades policiales, colaboradores sociales, los gobiernos provinciales, las administraciones municipales, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales ONEG's, y otras autoridades sanitarias como hospitales, centros de salud y puestos comunitarios. (Medina, 2010).

Las informaciones estadísticas al cierre del año 2016 reportan que el mayor número de niños/as abusados sexualmente en Angola se encuentra en la provincia de Luanda, ya que de siete a diez niños/as diariamente son víctimas de violencia sexual, al cierre del año 2019 fueron reportados 4.444 casos. (Manuel, 2020).

A pesar de existir instituciones hospitalarias que asisten estos casos clínicamente no se procede a realizar una exploración de las causas y

condiciones que propician daños a los infantes, asimismo, los órganos policiales de seguridad y de protección no cuentan con el apoyo de la propia familia que en la mayoría de los casos se niegan a realizar las denuncias, debido a que los violadores en ocasiones poseen un vínculo familiar con la víctima, razón por lo cual, los colaboradores sociales desarrollan un trabajo limitado y las acciones dirigidas hacia la prevención resultan insuficientes, al no existir un acompañamiento de intervención ante la justicia, ya que por razones culturales y de convivencia gran parte de las familias asumen una postura protectora ante los hechos dejando impune a gran mayoría de violadores de niños/as continuando siendo esta una población muy vulnerable. (Alves, 2015).

Las condiciones de desigualdad social en la que se desenvuelven muchos niños/as en el país es una de las causas que condiciona el abuso sexual en edades muy tempranas que convierten a los niños/as en objeto de la violencia sexual, estos hechos demuestran notables insuficiencias en el tratamiento y los procedimientos utilizados por las autoridades responsabilizadas con la prevención de los infantes, en particular el INAC que entiende que muchas de las veces las autoridades no llegan a tiempo para aplicar la legislación establecida. (Quimbanda, 2006).

2.4. Incidencia de la violencia sexual contra la infancia en el mundo

La violencia sexual es considerada un problema de salud pública complejo, multifacético y endémico originado de las relaciones de desigualdad y poder dentro de un contexto social y cultural. Todas las clases sociales se ven afectadas, independientemente de su género, raza o etnia. (Brasil, 1990).

Este tipo de violencia se caracteriza por la estimulación sexual de niños, niñas o adolescentes por parte de un abusador de mayor edad o en un mayor nivel de desarrollo psicosexual que la víctima. Puede involucrar relaciones homosexuales o heterosexuales y situaciones como violación, incesto, acoso y explotación sexual, pornografía, pedofilia, manipulación de genitales, senos o

ano, encuentro sexual con penetración, intimidad forzada, exhibicionismo, juegos sexuales, no consentidos y actos eróticos impuestos. (WHO, 2002).

La mayoría de los estudios sobre el abuso sexual infantil coincide con víctimas que prevalecen como víctimas de la violencia sexual niñas.

El estudio de Naciones Unidas sobre violencia contra la infancia, de 2006, menciona que una revisión de encuestas epidemiológicas de 21 países, principalmente países de alto ingreso y medio, halló que por lo menos 7% de las mujeres (variando hasta el 36%) y el 3% de los hombres (variando hasta el 29%) afirmaron haber sido víctimas de violencia sexual durante su infancia. Según estos estudios, entre el 14% y el 56% del abuso sexual de niñas y hasta el 25% del abuso sexual de niños, fue perpetrado por parientes cercanos, padrastros o madrastras. (Alves, 2015).

En todo el mundo, una de cada cinco mujeres y uno de cada 10 hombres afirman haber sufrido abusos sexuales en su infancia, estos niños y niñas víctimas de abuso tienen mayor probabilidad de verse implicados en otras formas de abuso en su vida futura.

Para López (2012), en las últimas décadas el abuso a niños, niñas y adolescentes ha sido cada vez mayor a través del internet. Según la INTERPOL, tiene en su base de datos, más de 550,000 imágenes descargadas del internet de niños y niñas víctimas de abuso sexual a partir de la cuales se han identificado 1.453 víctimas. Algunas de las formas de abuso online son ciber acoso, imágenes de abuso sexual infantil, pornografía infantil, etc.

Según estudios de Alves (2015) en China, existen relatos de niñas esclavas sexuales y vendidas para el turismo sexual, niñas castradas, o con los pies moldeados a semejanza de los penes. En el Oriente Medio y en países como Egipto, Sudán, Eritreia, Etiopía, Somalia, Djibuti, Sierra Leona, Mali, Nigeria, Chade, Quenia y la India, es común la escisión genital femenina como ritual de iniciación sexual.

En Brasil durante el año 2017 la violencia sexual contra niños y adolescentes fue el cuarto tipo de violencia más frecuente en el país. Además, según los registros del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN, Sistema de Informação de Agravos e Notificação) en 2011, fueron atendidos 10.425 niños y adolescentes víctimas de violencia. (Waiselfisz, 2012).

Las Naciones Unidas calculan que aproximadamente el 80% de las víctimas de trata son mujeres y niñas. Según el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Un rostro Familiar: La violencia en la Vida de los Niños, Niñas y adolescentes, publicado en 2017, cada 7 minutos; en algún lugar del mundo, un niño, niña o adolescentes es víctima de un acto de violencia y alrededor de 15 millones de niñas adolescentes de 15 a 19 años han sufrido sexo forzado u otros tipos de abuso sexual. (UNICEF, 2017)

Con la ratificación de la Convención sobre los derechos del niño, los Estados tienen la responsabilidad de adoptar medidas apropiadas y eficaces, legislativas y políticas, para prohibir y erradicar la violencia contra la infancia, incluyendo el abuso y la explotación sexual infantil. (Miranda, 2020).

Las normas internacionales destinadas a la lucha por la erradicación del abuso y la explotación sexual infantil en sus diferentes manifestaciones prescriben una intervención de los poderes y administraciones públicas basada en la prevención, persecución de los delitos y protección de las víctimas. El primer paso fundamental para su efectividad es reconocer su existencia y romper el silencio en torno a él. (Muñoz, 2016).

2.5. Prácticas culturales vinculadas al contexto de la violencia sexual infantil en África.

Para la Organización Mundial de la Salud, el abuso sexual también es identificado en los casos que las niñas y niños son cómplices en situaciones de violencia sexual perpetrados contra ellas; cuando se practica violencia en las relaciones íntimas; el casamiento infantil y las prácticas culturales de tipo dañosas como la mutilación genital. (Magalhaes, 2010).

Según el criterio de Silva (2011), existen varias prácticas de naturaleza sexual en algunas comunidades, donde algunos rituales son frecuentes en ciertas tribus primitivas; en países como la India se utiliza la masturbación para adormecer los niños, los varones se masturban para que sean machos, el incesto e algunas regiones el matrimonio incestuoso es permitido, la venta de niñas como “novias” de señores más viejos y también para la exploración en la industria del turismo son prácticas recurrentes.

En Kenia entre los pueblos Kikuy la escisión es aplicada para todas las mujeres, caso contrario, ningún hombre formaliza el matrimonio con aquella mujer, que tiene la carga del sacrilegio religioso/místico. (Quimbanda, 2006).

En la comunidad rural entre los pueblos Bantú el matrimonio prematuro, es considerado como una “realización personal” para las niñas una vez que la dignidad de estas, está vinculada a la fertilidad y su misión de madre/doña de casa, estas características como la reproducción de este valor cultural a la sumisión a la figura masculina, la ausencia de la educación formal y la aceptación de la poligamia. (Silva 2011).

En la cultura tradicional Bantú, existe un ritual identificado como iniciación a la vida comunitaria, en algunos grupos, la iniciación femenina se realiza al final de la edad infantil. En Angola la práctica de la iniciación femenina está presente entre los pueblos Ganguela, Tshokwe, Nhaneca-Humbe, Ambó y kuanhama (Kimbanda, 2006 citado por Alves. 2015; Manuel, 2020). Las niñas deben ser iniciadas cuando aparece la primera menstruación, aunque algunos grupos pueden ser iniciadas antes, mientras otros grupos pueden iniciarse pasados dos años o más, o pueden asociarse, es un contrato matrimonial. (Altuna, 2014; p. 294).

En la provincia de Cabinda, de donde también es típico el pueblo Bantú, se practica o Tchikumbi como iniciación femenina de preparación moral, social, cultural y sexual, eso sucede en la primera menstruación, o sea ocurre de los

12 a los 15 años, esta práctica puede durar de una semana a 3 meses. (Buza, 2011).

Para (Manuel, 2020) en otros grupos Bantú la practica de ruptura del himen en las niñas puede realizarse de forma mecánica, en los que una mujer mayor de edad, con los dedos o utilizando un pequeño instrumento, realiza la técnica. En la costa Occidental de África, las jóvenes son defloradas con la aplicación de un bambú colgado en la vagina, por un periodo de tres meses.

La mutilación genital también es una realidad en algunas comunidades, la iniciación femenina Nandi, práctica el ritual de la madurez, cortando el órgano sexual, en este caso el clítoris porque piensan que representa el símbolo de la vida, si es cortado, es como abrir las compuertas de la vida, para que su caudal tenga un libre curso. (Alves, 2015; Altuna, 2014).

Otra práctica común, quizás no como un ritual tradicional, pero si en ocasiones una solución; es el matrimonio infantil. El mismo puede surgir en situaciones en que existió abuso sexual, en niñas que pertenecen a familias tradicionales, que no admiten que exista manchas en la honra de las hijas, y buscan el matrimonio como una solución ante el problema, para evitar el juzgamiento de la comunidad y la sociedad. En otras ocasiones, el matrimonio puede ser un arreglo económico entre familias, en las cuales una niña puede ser entregada a un hombre adulto mayor, a cambio de ganancias monetarias. (Manuel, 2020; Pimenta, 2016).

2.5.1. Situación de violencia y el abuso sexual en Angola

El número de casos de violencia sexual y violación de menores ha estado tomando proporciones preocupantes, un número significativo de niños que son tratados en el Hospital Esperanza, víctimas de violación han crecido diariamente, lo que nos motiva a llevar a cabo este estudio para contribuir al sistema de salud, y Judicial la toma de conductas para la promoción y prevención sobre el abuso sexual.

El abuso sexual en la infancia y la adolescencia es un problema mundialmente conocido. Algunos aspectos culturales pueden condicionar a la solución del problema y pueden hasta dificultar el normal desarrollo mental por el propio trauma.

2.6. Marco normativo, Protocolos, Leyes y Convenciones de la protección de los niños a nivel internacional

En el ámbito internacional se han desarrollado instrumentos que dentro de la protección general de la niñez hacen especial hincapié en el cuidado frente a los abusos sexuales, así, por ejemplo: (Romero, 2019).

- Convención Americana sobre Derechos Humanos

Artículo 19. Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del estado.

- Convención Iberoamericana de Derechos de la Juventud

Artículo 11. Derecho a la protección contra el abuso sexual. Los Estados partes adoptarán las medidas que sean necesarias para evitar que la explotación, el abuso o el turismo sexual o de cualquier otro tipo de violencia o malos tratos de los jóvenes y promoverá la recuperación física, psicológica y económica de las víctimas.

- Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas)

Artículo 19 1. Los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Artículo 34 Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales. Con este fin, los

Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

1. La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal.
2. La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales.
3. La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Artículo 36: Los Estados partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

- Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño:

En 1990, alrededor de 71 jefes de Estado y de Gobierno y 88 altos funcionarios, se reunieron en las Naciones Unidas para participar en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, aprobando esta declaración, en la cual se comprometen a dar prioridad a los derechos del niño, su supervivencia, protección y desarrollo. En esta misma línea evolutiva la Asamblea General de Naciones Unidas aprueba en el año 2000, dos protocolos facultativos con la finalidad de eliminar los abusos y la explotación de los niños y niñas, así como reforzar la protección de la infancia contra la participación de estos en conflictos armados y explotación sexual.

- Convención sobre los Derechos del Niño el 20 de noviembre de 1989:

Esta convención reconoce que los niños son sujetos plenos de derecho, siendo la primera ley internacional de carácter obligatorio para los Estados firmantes. En esta convención se establece la obligación de los países a informar los avances en el cumplimiento de lo expresado en esta normativa.

Es de suma importancia señalar que el artículo 34 establece el derecho del niño a ser protegido de la explotación y el abuso sexual, entre los que desataca la prostitución y su utilización en prácticas de carácter pornográfico. De acuerdo a lo expuesto, el artículo 35 señala la responsabilidad de los

Estados en tomar las medidas necesarias para prevenir la trata y tráfico de niños.

- El Protocolo Facultativo Sobre la venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía:

Este protocolo fija una serie de acciones que deben seguir los Estados para prevenir la explotación sexual de los niños, obligando a castigar a los responsables de estos hechos. Igualmente solicita a los Estados que presten todas las herramientas legales, psicológicas y morales para reinsertar a las víctimas en la sociedad, por último, destaca la importancia de la prevención e información para que estos hechos no se sigan materializando.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966:

En el artículo 10 de este pacto, específicamente en su ordinal tercero, se observa la disposición de adoptar medidas especiales de protección y asistencia a favor de todos los niños y adolescentes sin ningún tipo de discriminación, así como la protección ante cualquier forma de explotación.

2.6.1. Estándares internacionales para la prevención y protección sobre la violencia sexual en niños y niñas.

La Carta Africana sobre los derechos y bienestar de la infancia en su Artículo N° 16, realiza la protección contra los abusos y torturas de los niños y niñas. Los Estados Miembros (en el cual está incluido Angola) asumieron en el documento que se tomaran las medidas específicas, legislativas, administrativas, sociales y educacionales para proteger la infancia contra todas las formas de tortura, daños físicos y mentales, negligencias o malos tratos incluyendo el abuso sexual. (Manuel, 2020).

Con relación a las disposiciones legales sobre la protección contra prácticas sociales y culturales negativas (Artículo N° 21), quedó establecido que los Estados tomarán las medidas apropiadas para abolir las costumbres y las prácticas negativas, con especial atención para la salud, el casamiento de niñas y la promesa de casamientos de niñas y niños son prohibidas y las

medidas legales deben ser tomadas, se considera que la edad mínima para contraer matrimonio debe ser de 18 años. (RSICA, 2016; Manuel, 2020).

La prevención implica a la práctica totalidad de los ámbitos de intervención pública y alcanza a la sociedad en su conjunto. La sensibilización ante las múltiples formas de violencia sexual contra la infancia, la educación de los niños y las niñas para su autoprotección y la adecuada formación de los profesionales que trabajan desde distintos ámbitos con menores de 18 años para la detección temprana de estas situaciones, son los ejes vertebradores de las intervenciones en este sentido. (Colombo, 2005).

En la protección es prioritario luchar contra la gran incidencia y los efectos a largo plazo de todas las formas de violencia contra la infancia que tiene lugar en todo el mundo, en los diferentes ámbitos donde se mueven los niños y las niñas, el hogar y la familia, el ámbito educativo, los sistemas de protección, los lugares de trabajo.

Para Echeverría (2006), una de las circunstancias que inciden en la recuperación de los niños y las niñas víctimas de abuso sexual o de explotación es la respuesta -institucional o del medio social inmediato- que recibe ante la revelación, el descubrimiento o la denuncia de esta situación de violencia.

Por tanto, en este sentido, es importante promover: (Quezada, 2006)

- Un fácil acceso a la justicia, con actuaciones efectivas, rápidas y coordinadas.
- La atención de calidad en salud mental y física.
- Unos servicios sociales apropiados a las necesidades específicas de estos niños y niñas.
- La formación de profesionales capacitados para la evaluación psicológica y la intervención específica para víctimas de abuso sexual.

Es imprescindible el conocimiento de la realidad del abuso sexual y las dinámicas sociales, culturales y familiares que promueven su aparición (los factores de riesgo).

Igualmente, es necesario establecer medidas y acciones de prevención y atención en todos los ámbitos responsables de la protección de los niños y las niñas para promover una respuesta adecuada a sus necesidades como víctimas de estos delitos. Para ello es necesario generar mecanismos o sistemas estatales, regionales y locales de protección que estén coordinados y sean efectivos y eficientes.

Naciones Unidas establece que los Estados tienen que adoptar las medidas necesarias para eliminar, tipificar como delito y castigar de manera efectiva todas las formas de explotación y abuso sexual de niños -también en la familia o con fines comerciales-, la utilización de niños y niñas en la pornografía y en la prostitución infantil, la trata de niños y niñas, la explotación de niños y niñas en el turismo sexual, incluyendo los supuestos en que esos actos se lleven a cabo a través de Internet. (Colectivo de autores, 2016).

En caso de sospecha de maltrato infantil, es importante tener las siguientes actitudes: (Quezada, 2006)

- Garantizar un trato digno y respetuoso a la víctima y a su familia durante todo el proceso de atención con énfasis en la protección del niño. Ser accesible y receptivo, escuchar cuidadosamente y con seriedad la historia y registrar textualmente de manera cuidadosa todo lo que le confían.
- Es importante mantener la calma y garantizar ayuda en la medida de las posibilidades.
- El personal de salud no debe tratar de concluir rápidamente sobre los hechos, ni especular o acusar a cualquiera.
- Es un error intentar identificar o definir de manera rápida al responsable del maltrato o definir la intencionalidad de las acciones.
- En la conversación con el afectado o la familia se debe: o Evitar un estilo interrogativo o confrontativo.

- Evitar comentarios sobre lo que se dice y no inducir respuestas a las preguntas, o hablar mucho y no dejar hablar.
- Si se trata de un pre-pubertad, contar con la presencia de un adulto de confianza durante la consulta y conversación para evaluar la sospecha de maltrato.
- Si se trata de un adolescente, brindarle la posibilidad de elegir la presencia de un adulto de su confianza.
- Un equipo de trabajo multidisciplinario permite brindar apoyo a cada uno de sus integrantes. El equipo no debe necesariamente encontrar al culpable porque esa es tarea de la justicia.

Acciones para ayudar a los niños y niñas protegerse del abuso sexual.
Centers for Disease, Control and Prevention (2005).

- Enséñele al niño a nombrar las partes del cuerpo por su verdadero nombre.
- Evite enfocarse solamente en “el peligro con los desconocidos”. Recuerde que la mayoría de los niños son abusados por personas que ellos conocen y en quien ellos confían.
- Enséñele al niño a diferenciar entre “lo bueno” y “lo malo” del contacto físico con otras personas.
- Hágale saber al niño que tiene derecho a tomar decisiones respecto a su cuerpo.
- Aliente a su niño a sentirse seguro en decir que NO cuando no quiera que le toquen, aunque esto no sea de una manera sexual (ej. negarse amablemente a que le den abrazos) y a decir que NO cuando no quiera tocar a otra persona (ej. darle besos a visitas desconocidas).
- Asegúrese de que los niños sepan que los adultos y niños más grandes nunca necesitan ayuda con sus partes íntimas (ej. al bañarse al ir al baño).
- Enséñele al niño a asearse solo y no depender de alguien en el cuidado de sus partes íntimas (ej. al bañarse, limpiarse después de ir al baño) para que no tengan que depender de adultos o de otros niños mayores.
- Enséñele a su niño la diferencia entre los buenos secretos (como una fiesta sorpresa – lo cual está bien ya que el secreto no hay que

guardarlo por mucho tiempo) y los malos secretos (aquellos que los niños deben guardar para siempre, lo cual no es bueno).

2.6.2. Marco normativo, leyes y convenciones de la protección de los niños y niñas en Angola.

La protección, defensa y realización de los derechos del niño es un deber de todos, en particular de las familias, la sociedad y el Estado. En 2007, el Gobierno de Angola, las agencias de las Naciones Unidas y los interlocutores sociales asumieron los 11 compromisos con el niño de Angola, con el objetivo de salvaguardar los derechos del niño y garantizar su supervivencia, desarrollo, participación y protección. (MASFAMU-INAC, 2019).

En conformidad, el Estado aprobó la Ley 25/12, de 22 de agosto - sobre y el desarrollo integral de los niños/niñas y adolescentes, cuyo objetivo es reforzar y armonizar los instrumentos legales e institucionales diseñados para garantizar la implementación de los derechos inherentes a ellos. Es importante destacar que, a través de esta ley, se creó el Sistema de Protección Infantil y Desarrollo Integral, constituido por el conjunto de leyes, instituciones y servicios que deben funcionar de manera coordinada y articulada con el fin de proporcionar respuestas sociales integradas y sostenibles, sobre todo en temas Combatir la violencia, que afecta y compromete el presente y el futuro de miles de niños en todo el mundo, y requiere la acción articulada e integrada de diferentes segmentos de la sociedad. (MASFAMU-INAC, 2019).

La preocupación por la protección de los derechos del niño es una prioridad del Ejecutivo, como se refleja en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 donde, entre las prioridades definidas en el alcance de la política de población, se propone garantizar la protección de los derechos del niño, previniendo, combatiendo y protegiendo a los niños contra actos de violencia y violación de sus derechos, asegurando su recepción cuando sea necesario, e implementando redes para proteger los derechos de los niños en las comunidades.

En Angola, la violencia contra los niños se presenta en las formas más variadas y en múltiples dimensiones, según los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples de Salud (IIMS 2016), aproximadamente el 23% de los niños entre 5 y 17 años están involucrados en trabajo infantil, aproximadamente el 75% no tiene certificado de nacimiento, una de cada tres (35%) de las niñas comenzó la maternidad entre las edades de 15-19, tres de cada diez (30%) niñas se casan antes de los 18 años (IIMS 2016), el 24% de las niñas (15-19 años) han sufrido violencia física o sexual.

Frente a estos enormes desafíos, el Gobierno de Angola reitera sus 11 compromisos de salvaguardar los Derechos del Niño, entiende que esta es una política para combatir la violencia y debe establecer acciones coordinadas entre los diferentes ministerios, gobiernos provinciales y administraciones municipales, sociedad civil y el sector privado.

El proceso de atención y protección de niños y niñas víctima de violencia sexual tiene un marco legal, bajo la Ley N° 25/12, art. 33°. Está legislado que el Estado debe adoptar medidas especiales legales para asegurar la protección de los niños y niñas contra todas las formas de abuso y explotación sexual, impidiendo, que los niños sean incitados u obligados a dedicarse a algún tipo de actividad sexual por los padres, tutores, familia de adopción, representante legal o tercera persona.

Según la Ley, N° 25/11, art. 17° Contra la violencia doméstica, el apoyo médico, psicológico, social y jurídico a las víctimas de violencia doméstica y sexual es garantizado gratuitamente por los servicios públicos especializados y otras organizaciones de la sociedad civil nominadas para tal efecto. Esta misma ley en su art. 3° n°2, línea a); define violencia sexual como cualquier conducta que obligue a presenciar, a mantener o participar de una relación sexual por medio de violencia, coacción, amenaza, o colocación de una persona en situación de inconsciencia o de posibilidad de resistir. (MASFAMU-INAC, 2019).

El abuso sexual o violencia sexual en menores es considerado en Angola un crimen el cual es penalizado por la ley. Esta identificado como crimen que no admite desistencia en el ámbito de la Ley N° 25/11 de 14 de Julio; el abuso sexual a menores de edad o adultos mayores bajo tutela o guarda de incapaces, también la práctica de casamiento tradicionales o no con menores de 14 años de edad o incapaces. (MASFAMU-INAC, 2019).

En casos de abuso sexual a menores se aplica la pena de prisión mayor de 2 a 8 años, se otra pena más grave no le cabe en términos de legislación en vigor, según el n° del Artículo 25° de la Ley n° 25/11, del 14 de julio-Ley Contra la Violencia Doméstica. (MASFAMU-INAC, 2019).

También existen otras medidas previstas en la Ley n° 25/11 en el Capítulo 4° artículo 12o que pueden ser designadas por el procurador o juez, siempre que la gravedad del caso lo justifique. En el plazo de 72 horas se puede aplicar una de las medidas de protección a la víctima: (MASFAMU-INAC, 2019).

- Prohibir o restringir la presencia del agresor del crimen en el domicilio o residencia, en lugares de trabajo o estudio y otros frecuentados regularmente por la víctima.
- Determinar el retorno a la residencia de donde había salido por razones de seguridad personal, en la presencia de la autoridad competente.

El nuevo Código Penal angolano, aprobado por la Asamblea Nacional el 23 de enero de 2019, prevé las penas para los crímenes sexuales, especificando los abusos, asedio sexual, tráfico sexual de menores y pornografía infantil, con severidad de las penas cuando se trate de menores de edad. (MASFAMU-INAC, 2019; Manuel, 2020).

2.7. Parámetros para la atención y protección de niños y niñas abusados sexualmente en Angola

1- El gobierno angolano establece por ley que todos los casos de maltrato y abuso sexual infantil deben ser tratados con prioridad en todos los servicios de banco de urgencia Hospitalaria, estación de policías, gabinetes de asistencia social y escuelas.

2- La abertura del proceso para las averiguaciones y la constatación de los hechos de abuso sexual o malos tratos genera un nuevo sufrimiento para los niños o adolescentes victimas del abuso. Es de fundamental importancia garantizar la escucha cuidadosa, no invasiva y la identificación de demandas presentadas por las víctimas y sus familias.

3- En la hipótesis del supuesto agresor ser algún miembro de la familia, cabe al profesor, al médico, al líder tradicional, el vecino, o al activista social o cualquier otra persona, denunciar al Juzgado de menores y para los servicios de asistencia social.

4- Todos los casos de violencia cometidos contra los niños, niñas o adolescentes, que lleguen a los bancos de urgencias, deben ser encaminados para para la estación de policías, para el Juzgado de menores o para los servicios de Asistencia Social.

5- A notificación mensual de los casos de violencia sexual es una exigencia legal y obligatoria, Todos los profesionales de la salud deben llenar las fichas de investigación /atención individual y enviar los datos consolidados para el servicio de salud municipal. Existe una ficha de encaminamiento aprobado por el Ministerio de Salud. (Anexo II)

6- Cuando los niños y niñas vivencian situaciones de violencia, es responsabilidad de los profesionales del Sistema de Protección y los Servicios de atención reconocer los impactos nocivos de la violencia y protegerlos de más daños y sufrimientos.

En este sentido, la intervención debe ser realizada de forma precoz, mínima y urgente articulando los servicios de salud, los servicios sociales de

seguridad pública y de justicia evitando la revictimización secundaria. (MASFAMU-INAC, 2019).

La revictimización secundaria ocurre cuando, (MASFAMU-INAC, 2019)

- Los profesionales de los servicios de atención son des respetuosos, críticos o no creen en la historia de los niños o adolescentes abusados;
- El niño, niña o adolescente es solicitado describir el incidente repetidas veces en lo servicios policiales, de la salud, sociales o de justicia;
- La privacidad y la confidencialidad del niño/niña o adolescente no son respetadas;
- El niño/niña o adolescente tiene que invertir tiempo de dislocación y esfuerzos excesivos para tener acceso a los servicios de salud, social y de justicia.

Se debe realizar interferencia mínima, esto significa que los procedimientos indispensables y estrictamente necesarios para garantizar los derechos de las víctimas evitando declaraciones repetitivas y des necesarias realizadas por los profesionales no autorizados o capacitados, exámenes médicos invasivos, o abordajes policiales inadecuados.

2.7.1. Sistema de Protección Amigo del Niño/Niña

1- A través de este sistema, se debe promover la articulación de servicios de urgencia, y las políticas sociales permanentes reconociendo el impacto de las situaciones de violencia a corto, medio y largo plazo y de las múltiples necesidades de los niños, niñas y adolescentes.

2- Reconocer las diferentes cuestiones enfrentadas por los niños/niñas y estar dispuesto a superar las dificultades de género en el acceso a los servicios y a contribuir para los cambios de normas o actitudes que influyen en la forma como niño/niñas que sufren de violencia son tratados en todas las fases de atención.

3- Reconocer que cada niño/niña y adolescente deben:

- Ser tratados con dignidad y respeto.
- Recibir información y atención apropiado con su edad.
- Ser escuchados y no tener su declaración presumido como inválido, o no confiable en razón de su edad.
- Tener acceso a los servicios y procedimientos para su protección.
- Participar activamente en los procesos de tomar decisión su vida, teniendo en cuenta su edad y grado de madurez.
- Tener la oportunidad de dar el consentimiento y ser informado(a) de todas las etapas del proceso de atención en la justicia, la policía, los servicios de salud y sociales.
- Ser atendido(a) en un ambiente acogedor y apropiado.
- Tener su privacidad, confidencialidad, integridad, y seguridades garantizadas.

Una vez abordados en el contexto internacional y nacional aspectos normativos sobre la protección de los niños/niñas; a continuación, se explican los procedimientos relativos a esos procesos en Angola.

2.7.2. Procedimientos de Atención de los Servicios policiales a los niños/niñas abusadas sexualmente

La actuación de los agentes de la policía en las situaciones que involucran niño/niñas y adolescentes, en especial en casos de mal trato y abuso sexual, debe tener un carácter protector y transversal, garantizando en todo momento el flujo de atención.

Por ser tratar de crímenes, que muchas veces no dejan marcas físicas, la investigación criminal puede necesitar la intervención psicológica y la evaluación psicosocial y en este caso, no hay como actuar de forma solitaria.

El trabajo en conjunto con la red de protección integrada con otros servicios debe ser realizada desde el inicio, integrando los servicios de salud, juzgado de menores, y la asistencia social.

El trabajo conjunto intersectorial debe utilizar al máximo las informaciones recogidas a través de relatorías, relatos de visitas, diagnósticos y otros documentos para evitar la victimización de los niños. Estas informaciones deben ser de forma coordinada y debe ser garantizada la confidencialidad del caso.

Las declaraciones en la Estación de Policía

Las declaraciones de las víctimas debe ser el último recurso en la búsqueda de evidencias y en los casos de violencia sexual, debe ser realizado prioritariamente, por el procurador de menores en el Juzgado de menores. En ausencia de pruebas materiales, debe ser escuchada la familia u otros testigos del caso evitando al máximo la exposición del niño/niña.

Al atender un niño/niña o adolescente, los agentes de la policía deben:

- Evitar hacer juicios de valor, intimidar, descalificar, o colocar en dudas la declaración del niño/niña.
- Priorizar el bienestar del niño/niña. Caso la víctima necesite de atención de salud de urgencia, el mismo debe ser garantizado antes de las declaraciones de testigos y/o el encaminamiento.
- Tranquilizar al niño/niña. Estar consciente de sus dificultades con relación a la percepción, la interpretación, la revelación y la expresión de los hechos; lo que puede variar según la fase de desarrollo de la víctima, el nivel de estrés y de la relación con el supuesto agresor.
- Evitar preguntas innecesarias.
- Garantizar la igualdad de condiciones de los niños/niñas con deficiencias o con necesidades especiales. La accesibilidad y formas de comunicación específicas (en caso de comunicación por gestos, entre otros), deben en la medida de lo posible ser garantizadas.
- Respetar a los niños/niñas de los pueblos o comunidades tradicionales en sus identidades sociales, en sus costumbres y prácticas. Los líderes tradicionales y las personas de la comunidad deben ser escuchados y consultados sobre lo ocurrido y sobre las medidas de protección y de acompañamiento.

2.7.3. Atención de niños/niñas víctimas de abuso sexual, físico, psicológico o negligencia en el INAC (Instituto Nacional Atención a la Infancia).

La atención por el INAC, debe seguir los siguientes parámetros: (MASFAMU-INAC, 2019)

- Promover una atención direccionada en la protección y apoyo humanizado de los niños/niñas y su familia.
- Si es posible el niño/niña debe ser atendido(a) por un funcionario del mismo sexo.
- Escuchar con atención y no hacer juicios infundados.
- No obligar al niño/niña a presentar pruebas o evidencias.
- Informar con claridad cada paso de la atención, los inmediatos y los que serán realizados a seguir.
- Identificar las necesidades inmediatas de las víctimas con prioridad para su seguridad y bienestar.
- Estar consciente que la investigación y las declaraciones de los niños es de la responsabilidad de las instituciones responsables para esto, tales como los servicios de Investigación Criminal y el Juzgado de menores. No debe ser responsabilidad de otra institución de la confirmación de los hechos ocurridos.
- Hacer el registro sobre la atención a la víctima en el formulario específico, con la descripción de la ocurrencia hecha, de preferencia por los miembros de la familia o un adulto responsable por el niño/niña. La manifestación de la víctima debe ser de manera espontánea y no obligatoria.
- Identificar el grado de vulnerabilidad de los niños/niñas y la de sus familias. El formulario debe considerar, las condiciones socioeconómicas de la familia, el acceso a la escuela, si lo tiene o no; el registro de nacimiento. La ocurrencia de esas situaciones puede contribuir para nuevas situaciones de violencia.

- Definir las prioridades. En caso de los niños/niñas necesite atención médica de urgencia, la prioridad inicial es el acceso a un banco de urgencia.
- Notificar inmediatamente a los órganos de Seguridad pública las situaciones de flagrante delito.
- Informar al juzgado de menores y al Ministerio Público de toda y cualquier situación de violencia registrada en la institución, bien como los procedimientos y encaminamientos realizados. Las autorizaciones para la acogida y colocación en familia sustituta, alejamiento de los niños/niñas del supuesto agresor, entre otras medidas de seguridad son atribuciones del poder judicial.
- Mapear la red de servicios locales/municipales o provinciales para dar continuación del cuidado, protección y recuperación, considerando a intersectorialidad y la participación social.
- Dirigir para las instituciones de la red el seguimiento del flujo de atención a la víctima de violencia sexual y malos tratos, Registrar el proceso en un modelo específico para monitorización y acompañamiento posterior del caso.
- Realizar evaluaciones periódicas del caso hasta que se cierre.
- Promover campañas de sensibilización para los integrantes del Sistema de Protección y divulgar los flujos y parámetros de atención para las víctimas.
- Promover campañas de sensibilización para las familias, líderes tradicionales, profesores, red de salud, entre otros; estimulando la denuncia e informando sobre los servicios de apoyo a las víctimas.

2.7.4. Atención de niños/niñas víctimas de abuso sexual en los servicios de Salud y Servicios de Pericia Médica.

Los Servicios de urgencia, cuerpo de guardia y los servicios de salud son una de las principales puertas de entrada de las situaciones de violencia cometidas contra los niños/niñas y adolescentes.

En diversas situaciones donde la víctima no reconoce la violencia o se siente amenazada, cabe al profesional de salud el papel de denunciar,

obligatoriamente, siempre que la víctima sea menor de edad, garantizando una atención especializada y redireccionando a los órganos de policía y judiciales.

Existe no ámbito de las unidades de salud en Angola, una ficha (Anexo 3 Manual del orientador para notificación, atención y direccionamiento de los casos de sospecha o confirmación de violencia doméstica, sexual y otras violencias, Ministerio de la Salud) para direccionar los casos de violencia, que garantice el seguimiento intersectorial (policía, Ministerio de Acción social, familia y Promoción de la Mujer, Juzgado de menores).

El llenado de este formulario es obligatorio y las informaciones deben ser enviadas al servicio municipal de salud del Ministerio de Salud Pública.

En las situaciones de violencia sexual y maltrato infantil el profesional de salud debe:

- Realizar exámenes del cuerpo del delito y recoger pruebas cuando fueren estrictamente necesario para el proceso de la investigación.
- Considerar la relevancia de recoger las muestras si el niño/niña se niega, o se siente intimidado, o no soportar el examen físico; considerando que recoger muestras solo es válido si es realizado hasta 72 horas después de la agresión.
- Garantizar una atención acogedora. Recordando que la víctima tiene el derecho de tener a alguien de su confianza presente en la sala durante el examen.
- Relacionar la congruencia de la historia contada por el adulto según las lesiones existentes, En muchas situaciones, las marcas presentes son relacionadas a un hecho accidental o a una actitud de la propia víctima, y no está relacionado con la gravedad del cuadro.
- Considerar, en los casos de violencia sexual, las medidas profilácticas y de prevención de las enfermedades de transmisión sexual o de embarazo precoz.

- En los protocolos del Ministerio de Salud de Angola son orientadas las siguientes medidas profilácticas y procedimientos:
 1. Medidas Profilácticas para VIH.
 2. Medidas Profilácticas ITS.
 3. Medidas Profilácticas Hepatitis B.
 4. Medidas Profilácticas Tétano.
 5. Contracepción de emergencia.
 6. Recolección de sangre.
 7. Colecta de semen.
 8. Colecta de secreción vaginal.

- El reporte médico debe ser incluido completo en la historia clínica del paciente y en anexo el formulario para direccionar el proceso a las instituciones de poder judicial y al Departamento de violencia doméstica para ser usado en el proceso de instrucción judicial.
- Garantizar una atención rápida en el caso de niños/ niñas con deficiencias, pues el grado de vulnerabilidad es mayor en este grupo.
- Explicar a la víctima que no debe sentirse culpable o avergonzada por las situaciones sufridas.
- Orientar a la víctima y a los padres sobre los procedimientos que serán realizados.
- Registrar de forma detallada todo el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- Utilizar palabras fáciles, de entender evitando términos médicos y técnicos
- Colocar a la víctima en una posición en que ella pueda observar y ser observada.
- Desde su llegada al cuerpo de guardia o servicio de urgencia, lo ideal es que sea atendida por un médico.
- Evitar el enfrentamiento entre el relato de niño/niña y los padres. El papel de investigador y confirmación de los hechos, es responsabilidad del juzgado de menores o de los servicios de investigación criminal con la policía, y no del personal médico.

- A partir de las 48 horas después de la agresión, debe ser priorizado el seguimiento por un psicólogo o psiquiatra por el tiempo que sea necesario y que la víctima lo necesite.
- Notificar inmediatamente al Juzgado de menores, o INAC y/o la policía sobre situaciones sospechosas de violencia sexual y maltratos.

2.7.5. Atención y protección a los niños/niñas víctimas de violencia en el ámbito Judicial y Legal.

Los procesos judiciales en los que estén involucrados niños/niñas o adolescentes deben ser priorizados y su tramitación debe ser con rapidez, atendiendo el principio de prioridad absoluta.

- Evitar la repetición de declaraciones y si es posible que sea realizado una única vez.
- Informar a la víctima teniendo en cuenta su edad y los derechos que tiene la víctima de ser oída o de permanecer en silencio, tener asistencia judicial, medidas de protección, y otras medidas garantizadas en la legislación.
- Considerar la presencia de personas de confianza de la víctima en las audiencias.
- Debe ser evitado el contacto con el agresor durante las audiencias, mismo que sea contacto visual.
- Debe ser garantizado el derecho al respeto a la intimidad y a la privacidad de la víctima durante todo el proceso judicial.
- Garantizar los servicios de asistencia social en la aplicación de medidas protectoras incluido el registro de nacimiento, incluso en programas socio asistenciales, matrícula de la escuela, atención prioritaria en los servicios de salud, entre otros.

En la prestación de Declaraciones, los Jueces deben:

- Priorizar el bienestar del niño/niña o adolescente, caso la víctima necesite de atención de servicios de salud de urgencia, el mismo

debe ser garantizado antes de la toma de declaración y el redireccionamiento hacia otras entidades.

- Tranquilizar a la víctima, estar consciente de sus dificultades en cuanto a la percepción, la interpretación, la revelación y la expresión de los hechos, que puede variar según la edad, la fase de desarrollo, el nivel de estrés, y la relación con el supuesto agresor.
- Garantizar un espacio acogedor y con privacidad para escuchar a la víctima
- Incentivar el relato espontáneo.
- Escuchar a la víctima sin interrupciones.
- Garantizar que solamente las personas relacionadas a los factores estén presentes durante las declaraciones.
- Garantizar a la víctima el derecho de tener a su lado alguien de su confianza.
- Evitar realizar declaraciones innecesarias, intimidar, descalificar o colocar en dudas las declaraciones de las víctimas.
- Evitar preguntas innecesarias. La declaración de la víctima debe ser lo más breve posible.
- Escuchar a la víctima en su lenguaje o idioma. La declaración de la víctima debe ser realizada en portugués o idioma tradicional/nacional. Según la ley de Juzgado de menores, debe ser identificado un intérprete que, bajo juramento, debe estar comprometido a mantener la confidencialidad de la declaración de la víctima.
- Garantizar la igualdad de condiciones a las víctimas con deficiencias o con necesidad especiales, La accesibilidad y formas de comunicación específicas (en el caso de lenguaje gestual, entre otros), deben en la medida de lo posible ser providenciales.

Respetar a los niños/niñas de pueblos o comunidades tradicionales en sus identidades sociales, en sus costumbres y prácticas. Los líderes tradicionales y las personas de la comunidad deben ser escuchados y consultados sobre lo ocurrido y sobre las medidas protectoras y de acompañamiento.

2.7.6. Atención y protección a víctimas de violencia sexual por la Comisión Tutelar de Menores

La comisión Tutelar de Menores es un órgano permanente y autónomo, no jurisdiccional que coadyuva el Juzgado de Menores y está integrado en el poder autónomo de los gobiernos provinciales.

Es el brazo ejecutivo y complementar del juzgado de menores, responsable por ejecutar las medidas dictadas por los jueces. Es responsable por la articulación del Juzgado de menores con el medio social donde se insertan los niños y adolescentes, pudiendo actuar preventivamente en particular en el Juzgado de menores las situaciones de riesgo social y personal, para la aplicación de las medidas de protección social.

La Comisión Tutelar de Menores debe:

- Ejecutar las medidas de protección de los niños/niñas y adolescentes víctima de violencia sexual y malos tratos determinados pelos jueces, que poden incluir el acompañamiento médico y psicológico, acceso a las escuelas y los programas sociales del gobierno o de otras instituciones presentes en la comunidad.
- Proceder en el medio social a recoger información sobre la existencia de familias sustitutas, casos sea necesario, respetando el principio de excepcionalidad de retirada de la víctima de su ambiente familiar. Debe hacerse una evaluación de idoneidad de las familias candidatas para certificarse de que son capaces de atender las necesidades materiales y afectivas de los niños/niñas y adolescentes.

- Acompañar a los menores en su vida familiar, escolar y profesional, bien como a los exámenes y dislocaciones necesarias para la efectucción de las medidas.
- Hacer la declaración del registro de nacimiento caso la víctima no haya sido registrada y prestar todo el apoyo necesario a sus representantes en la obtención del documento.

2.7.7. Atención y protección a víctimas de violencia por la Dirección Municipal de Acción Social

Inclusión, igualdad y acogimiento son los principios principales de la asistencia social. Es el reconocimiento del poder público al que todos tiene derechos a las garantías básicas a la sobrevivencia y que, por algún motivo ajeno a su voluntad, por alguna deficiencia, violencia familiar o social, empleo, separación de familia, abandono, conflictos entre otros, será responsabilidad del estado garantizar los servicios y beneficios necesarios, continuos y momentáneos, para asegurar esos derechos.

En las situaciones de violencia, los niños y adolescentes necesitan de un acompañamiento prioritario, individualizado y especializado dentro de la red pública de los servicios socio-asistenciales y de preferencia, en su municipio o próximo de su residencia.

En la ausencia de esos servicios, debe ser garantizada la atención a través del trabajo conjunto con Organizaciones no Gubernamentales, entidades religiosas y tradicionales y con la comunidad.

Los casos encaminados deben ser monitoreados y tener una gestión compartida con los integrantes del sistema de Protección, Poder judicial, Ministerio Pública, Salud, Educación y otras instituciones del poder Ejecutivo.

La Dirección Municipal de Acción Social debe:

- Hacer el registro de atención en formulario específico, ampliando el campo de quejas con la descripción de lo ocurrido, identificando las vulnerabilidades sociales de los niños y de la familia, situación económica, el acceso a la escuela, situación sanitaria, acceso al agua, si tiene registro de nacimiento y otras demandas.
- Garantizar el acceso a la red socio-asistencial y los beneficios existentes.
- Comunicar inmediatamente al Juzgado de menores los casos de las víctimas de violencia.
- Promover el direccionamiento de los niños/niñas a la red de protección a través de un formulario específico.
- Hacer la gestión y monitorización de los casos encaminados a través de formularios específicos.
- Garantizar la retaguardia de los servicios sociales (acogida institucional, garantía de entrega de alimentos, reunificación familiar, entre otros), a niños/niñas en el poder judicial, estación de policías, y la red de salud.

En el ámbito de la municipalización de la Acción Social (MAS), el punto de entrada para la acción social al nivel del municipio y del barrio es el Centro de Acción Social Integrado (CASI), donde se registra y hace el acompañamiento de los casos que envuelven a la población vulnerable, facilitando el acceso a servicios públicos y a los proyectos y programas de sociales.

Los Activistas Sociales deben:

- Promover una atención enfocada en la protección y acogimiento humanizado de los niños/niñas y su familia, en un ambiente que sea favorable para la escucha y evitar nuevos sufrimientos. El CASI debe ser reconocido por la población como un espacio de seguridad, de inclusión y de confianza.
- Hacer el encaminamiento de las situaciones de violencia sexual para las instituciones como la de la Salud, Educación, Juzgado de menores y/ o los servicios de Investigación Criminal de acuerdo al flujo de atención.

- Definir las prioridades. Caso el niño/niña víctima de violencia sexual necesite de atención médica de urgencia, la prioridad inicial es el acceso a un banco de urgencia.
- Ofrecer a las víctimas y a sus familias, todas las informaciones sobre la atención, los encaminamientos y sobre sus derechos en las intervenciones de otras instituciones.
- Identificar en la comunidad organizaciones comunitarias, no gubernamentales y/ religiosas que puedan hacer un acompañamiento de las niños y adolescentes víctimas de violencia sexual en la inexistencia de los servicios públicos, estructuras del servicio judicial o la policía.
- Garantizar que las soluciones establecidas en las mediaciones con los principales actores de la comunidad (líderes tradicionales y religiosos) para responder a una situación de violencia sexual o malos tratos, están de acuerdo con la protección de los niños y con la legislación angolana.
- Elaborar un plan de atención con todas las etapas previstas en las orientaciones de la gestión del caso en conjunto con las familias, realizar el acompañamiento, certificarse de que todas las necesidades de los niños y los adolescentes fueran atendidas.

2.7.8. Atención y protección a víctimas de violencia en las escuelas

La escuela tiene un papel fundamental en la identificación de los riesgos, en la comunicación a las autoridades de situaciones sospechosas y en la reducción de daños a los niños/niñas víctimas de violencia.

De acuerdo con la Ley N° 17/76, del 7 de octubre, de base del Sistema de Educación y Enseñanza y de su Estatuto Orgánico, es responsabilidad del Ministerio de Educación crear un gabinete psicopedagógico que evalúe y encamine los casos de sospecha de violencia, compuesto por un equipo multidisciplinar.

El profesor debe:

- Estar atenta/o a los supuestos accidentes ocurridos de forma repetitiva y /o con frecuencia y que dejen marcas en el cuerpo de las víctimas.

- Acompañar con atención las señales de aislamiento social, carencia afectiva, apatía, dificultad en el aprendizaje y socialización o problemas escolares.
- Fugas de casa frecuentes.
- Ofrecer a los niños/niñas la oportunidad de hablar con seguridad sobre las situaciones de violencia.
- Promover en la sala de aulas debates sobre los derechos de los niños y sobre los mecanismos de denuncia y servicios de protección disponibles en caso de violencia.
- Crear un gabinete psicopedagógico que evalúe y encamine los casos de sospecha de violencia, integrado por un equipo multidisciplinar.
- Notificar al Juzgado de menores, los Servicios de Investigación Criminal, o INAC, los CASI las sospechas de situaciones de violencia y malos tratos.
- Estar atento a las situaciones de violencia ocurridas dentro del espacio de la escuela, entre los niños/niñas y adolescentes, o con los funcionarios y profesionales de educación.

2.7.9. Flujo de atención a los niños/niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y malos tratos.

Quien identifica/Puertas de entrada

- Servicios de Urgencias de los Centros de Salud
- GASFIG
- INAC
- Juzgado de Menores
- Departamento contra la violencia Doméstica/SIC
- Ministerio Público
- Escuelas
- Estación de policía/113
- Departamento de Atención al menor en conflicto de la Ley
- Policía de Orden Pública
- Líderes tradicionales
- Comisión Tutelar de Menores

- Activista Sociales
- Redes de Protección a Niños/Niñas
- ONGs (Organizaciones no Gubernamentales)
- Profesores
- Personas singulares
- Entidades Religiosas
- CASI

Acompañamiento posterior

Direccionar las víctimas a los servicios de atención psicológica en Luanda

- Hospital General de Luanda
- Hospital Municipal de Sambizanga
- Hospital Municipal de Capalanga
- Hospital de Cajueiros
- Hospital Municipal Cazenga
- Hospital Municipal de Cacuaco
- Hospital Maternidad Augusto Gangula
- Maternidad Lucrecia Paim
- Hospital Jocina Machel
- Hospital Boa Vida
- Hospital Prenda
- Hospital Esperanza
- Hospital General
- Hospital Kilamba Kiaxi
- En última instancia: Hospital Psiquiátrico de Luanda

Comisión Tutelar de Menores

Acompaña y ejecuta las medidas de protección social aplicadas por el juez, a título de ejemplo: registro de nacimiento, matrícula escolar, cuidados de salud, atención psicosocial entre otros.

INAC/ Acción Social

Articulación sectorial promovida por los órganos de acción social de las administraciones municipales para atender las necesidades básicas de los niños/niñas y adolescentes: salud, alimentación, habitación, registro de nacimiento, acceso a la escuela y otros.

Los procedimientos explicados anteriormente de acuerdo a las normativas de Angola se enmarcan en el aseguramiento de la protección de los niños y niñas abusadas sexualmente en edades de 5 a 10 años.

En este contexto estos mismos procedimientos son aplicables a los demás grupos etarios víctimas de violencia sexual, maltrato físico y infantiles entre otros casos, sin embargo persisten actualmente insuficiencias en el cumplimiento de la atención a las víctimas por parte de los responsabilizados de las áreas afines al control del proceso que provoca irregularidad en la concretización de los aspectos previstos en los documentos normativos. Algunas insuficiencias relacionadas con la atención se describen a continuación:

- 1- Recursos humanos insuficientes en áreas claves para el atendimento a las víctimas.
- 2- Falta de insumos para hacer el diagnóstico a las víctimas.
- 3- Demora en el tiempo de atendimento de los diferentes organismos que intervienen en el procedimiento.
- 4- En algunos casos se manifiesta inconformidad con el dictamen jurídico de las víctimas.
- 5- Se evidencian casos de encubrimiento por parte de la familia al agresor que no son esclarecidas en el momento de la denuncia de los casos.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Por diseño de un estudio se entienden los procedimientos, métodos y técnicas mediante los cuales los investigadores seleccionan a los pacientes, recogen datos, los analizan e interpretan los resultados

Las características más importantes para el diseño de una investigación se pueden clasificar según cuatro ejes principales: la finalidad del estudio, secuencia temporal, control de la asignación de los factores del estudio y el inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos.

Fue realizado un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal basado en datos sobre los procedimientos relativos a la violencia sexual infantil en menores residentes en la provincia de Luanda.

Fue aplicado un abordaje metodológico mixto, con diseño de estudio cualitativo y cuantitativo, utilizando las técnicas de análisis documental y de datos estadísticos aplicados a los procesos hospitalares y procesos policiales de niños y niñas víctimas de violencia sexual

Según Carvalho (2009), el método científico es un proceso racional que se usa en la investigación. Es la línea de raciocinio adoptado en el proceso de investigación. Los métodos de abordaje, tradicionalmente divulgados en términos históricos, que ofrecen las bases lógicas de investigación, son el método deductivo, inductivo e hipotético-deductivo.

Para Argimon (2013) un estudio Descriptivo: es aquel que del investigador exige-se una serie de informaciones sobre lo que desea investigar. Este tipo de estudio pretende describir los hechos y fenómenos de determinadas realidades. Se estudian las características de una sola población y la frecuencia de un problema de salud.

Ya el estudio observacional: Los estudios observacionales se caracterizan por ser estudios en los cuales no se manipulan las variables, observando las condiciones en que los eventos ocurren de forma natural sólo se recoge información sin intervención del propio investigador. En estos estudios los investigadores se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos.

Transversales: Son estudios en los cuales se realiza una sola medición de las variables. Se consideran transversales los estudios en los que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo. Estos datos pueden corresponder a la presencia, ausencia o diferentes grados de una característica o enfermedad. (Argimon, 2013)

Poblacion universo de estudio

En base a la observación de las historias clínicas de los niños de 5 a 10 años abusados en Luanda entre los años de 2016-2018 se han obtenido datos cuantitativos y cualitativos de los procesos hospitalarios y procesos policiales de niños y niñas víctimas de violencia sexual realizados registrados en las historias clínicas y captados en una lista de cotejo. (Ver anexos).

A fin de poder describir considerar y analizar los procesos, se ha estimado la información de los profesionales intervinientes de las distintas instancias gubernamentales policiales, judiciales y las instituciones médicas y sociales para conocer los procedimientos hospitalarios y procesos policiales de niños y niñas víctimas de violencia sexual realizados entre 2016- 2018.

Se definió una población universo objeto de estudio de profesionales que integran equipos de procesos de atención y seguimiento policial, judicial y las instituciones médicas y sociales, a niños y niñas abusados de 5 a 10 años en Luanda. Un total de 15 profesionales que integran los equipos intersectoriales de procedimientos de atención a niños y niñas abusados.

Muestra del estudio.

Se consideró una muestra de 11 profesionales que integraron equipos de procesos de atención y seguimiento que trabajan en las distintas instancias gubernamentales que participan policiales, judiciales y las instituciones médicas y sociales que han participado de estos procesos clínicos (247) entre 2016- 2018 de niños y niñas abusados de 5 a 10 años en Luanda.

Unidades de Análisis

La unidad de análisis fueron cada uno de los profesionales que participan en los distintos equipos de procedimientos policiales, judiciales y las instituciones médicas y sociales de atención y seguimiento a niños y niñas abusados de 5 a 10 años en Luanda que han intervenido en procedimientos de atención entre el año 2016 - 2018.

Criterios de inclusión

Fueran incluidos todos los profesionales que participan en los distintos equipos de procedimiento policiales, judiciales y las instituciones médicas y sociales de atención y seguimiento a niños y niñas abusados de 5 a 10 años en Luanda que han intervenido en procedimientos de atención entre el año 2016 y 2018 que acuerden con la investigación y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Fueran excluidos todos los profesionales que participan en los distintos equipos de procedimientos policiales, judiciales y las instituciones médicas y sociales de atención y seguimiento a niños y niñas abusados de 5 a 10 años en Luanda que han intervenido en procedimientos de atención entre el año 2016 y 2018 no que firmen el consentimiento informado y que no se encuentren presentes en el momento de la entrevista.

Las entrevistas fueron hechas a profesionales de las instituciones médicas y sociales con el objetivo de conocer sobre los procedimientos para la atención y seguimiento de los niños y niñas víctimas de violencia sexual.

Se consideraron todas las historias clínicas entre 2016 y 2018 de niños y niñas abusadas en los hospitales Augusto Ngangula, hospital Capalanga, hospital municipal de Cacuaco, Maternidad Lucrecia Paim y los procesos policiales archivados en los Servicios de Investigación Criminal. Fueron seleccionados de forma aleatoria (al azar) como HC representativas, aquellas en las cuales se registraron antecedentes de abuso sexual y procesos de intervención policial de niños y niñas víctimas de violencia sexual entre los años de 2016- 2018. Captados en lista de cotejo. (Ver anexos).

De un total de 700 historias clínicas se estableció una muestra, de 247 que cumplieron los requisitos etarios considerados en la investigación (5-10 años), de ellos 193 historias clínicas archivadas en los hospitales intervinientes y 54 procesos policiales archivados en el departamento de violencia doméstica del servicio de investigación criminal.

Para la obtención de datos referidos a los procedimientos para la atención y seguimiento de los niños y niñas abusadas sexualmente en Luanda- Angola de manera intersectorial para lo cual se entrevistó a los profesionales de las distintas instancias gubernamentales que intervinieron en los procedimientos entre 2016 y 2018 a fin de aclarar como fueron realizados la descripción y análisis, para esto se administraron entrevistas individuales.

Variables

Fueron utilizadas las variables dependientes, independientes y variables de control.

Variable Dependiente

Procedimientos de protección a víctimas de violencia sexual

Variable Independiente

Variables Sociodemográficas relacionadas con la muestra del estudio

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de escolaridad.
- Raza.

- Residencia de las víctimas

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ACTO DE VIOLENCIA

- Local del acto de violencia.
- Fecha en que ocurrió el acto de violencia,
- Intimidación.
- Características del agresor.
- Relacionamiento con el agresor.
- Tipo de exposición.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO A LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

- Flujo de direccionamiento
- Tipo de profilaxis.
- Tipo de acompañamiento.
- Seguimiento ambulatorio.
- Consecuencias físicas.
- Consecuencias psicológicas.

Variables	Escala	Clasificación
Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa Dicotómica
Raza	Blanca, negra, mestiza	Cualitativa Nominal
Edad	1,2,3,4,5, años	Cuantitativa Numérica Continua
Nivel de formación	Sin educación, Nivel primario,	Cualitativa Ordinal
residencia de las víctimas		Cualitativa Nominal
Fecha en que ocurrió el acto de violencia	Mes y año	Cuantitativa Discreta
Intimidación,	Sin información Uso de arma blanca Uso de violencia	Cualitativa Nominal
Características del agresor	Sin información Identificado	Cualitativa Ordinal

	No identificado Ignorado Bajo investigación	
Tipo de exposición	Vaginal Múltiple Oral Anal Bajo investigación Manipulación física	Cualitativa Ordinal
Tipo de relación con el agresor,	Pariente, colega del trabajo, enamorado de la madre, ex-cónyuge, vecino, padre, tío, abuelo,	Cualitativa Ordinal
Tipo de profilaxis	Profilaxis para VIH, Profilaxis para DTS, Profilaxis para Embarazo, Profilaxis para ARV	Cualitativa Ordinal
Tipo de acompañamiento a la víctima	Psicológico Especialista en Enfermedades Infecciosas Ginecologista Ambulatorio	Cualitativa Ordinal

Técnicas e instrumento de recogida de información y análisis de los datos

Para la recogida de información se tuvo en cuenta fuentes de tipo directas e indirectas. Las informaciones de fuentes directas fueron obtenidos a través de las entrevistas aplicadas a equipos multidisciplinarios entre los que se encuentran; especialistas del área de salud, servicio social y servicios policiales.

Para obtener los datos de las fuentes indirectas, se consultaron las historias clínicas referidos a los procesos clínicos realizados se consultaron dichas historias clínicas y se registraron los datos en una lista de cotejo en la que se dejaba constancia de los procesos realizados o no realizados de las

víctimas de violencia sexual localizados en las unidades hospitalarias y unidades policiales.

Además, se realizó análisis documental y consulta de bibliografía de autores especializados en el tema en estudio.

De igual manera se utilizaron las técnicas de investigación, la observación y la entrevista:

La observación es una técnica que consiste en observar el fenómeno y registrar la información para su posterior análisis. En el estudio se realizó observación de tipo indirecta, en la que la investigadora obtuvo información a partir de documentos, registros y testimonios de otras personas.

A los profesionales se le realizaron entrevistas a los especialistas del área de la salud, psicología, asistentes sociales, ciencias criminales y oficiales activos de la policía nacional con el objetivo de conocer sobre los procedimientos para la atención y seguimiento de los niños y niñas víctimas de violencia sexual.

La entrevista es una técnica utilizada en las investigaciones de tipo cualitativa en lo que interactúa de forma personal el investigador con el entrevistado y se recoge información de forma detallada.

El tipo de entrevista utilizada fue estructurada basada en un guión de preguntas abiertas. (Ver anexos)

Para la recogida de datos sociodemográficos de los niños y niñas víctimas de violencia sexual localizados en las fichas y procesos clínicos de los hospitales y centros policiales; fue utilizado como guía el formulario diseñado por la investigadora María Ángela Mirim da Rosa e Campos utilizado en la investigación "Violencia sexual como cuestión de salud pública: atención específica en los servicios de salud". El formulario (Anexo) presenta la información referida a datos sociodemográficos referidos a sexo, edad, nivel de escolaridad, raza de las víctimas y los datos específicos relacionados con el tipo de agresión y características del agresor.

Tratamiento de los datos

Los datos fueron introducidos en una base de datos en el programa Excel Versión 2010. Para el análisis estadístico se procesaron los datos a través del programa estadístico SPSS versión 16.0

Los datos categóricos serán descritos por frecuencias y porcentajes. Las variables numéricas fueron descritas por medidas descriptivas de posición usando media y mediana, incluso medidas de dispersión como desvío patrón.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el análisis y discusión de los resultados de la investigación fueron analizadas 247 historias clínicas y registros policiales de niños y niñas víctimas de abuso sexual durante el período de 2016 a 2018 localizados en la provincia de Luanda.

Tabla N°1.

Género de los niños y niñas abusados sexualmente

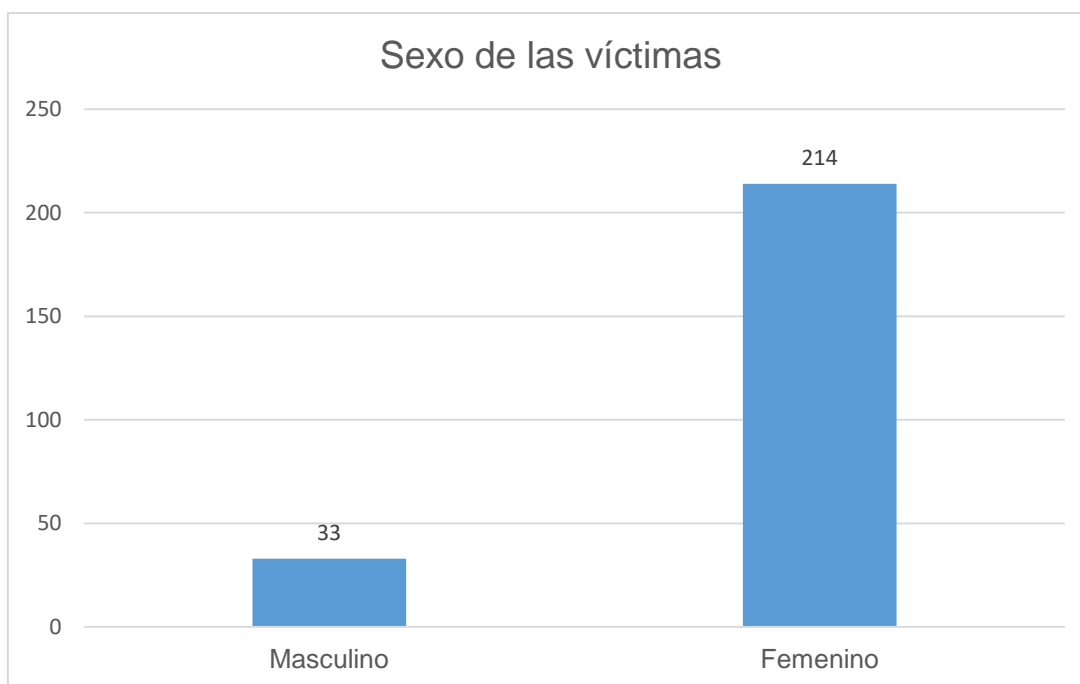
Género	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulativa
Masculino	33	13.4	13.4	13.4
Femenino	214	86.6	86.6	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Distribución de los datos según el género

En la tabla N° 1 se puede observar la distribución del género, teniendo una relevancia del sexo femenino con 214 niñas (86.6%) sobre el sexo masculino 33 (13.4 %).

Gráfico N° 1.

Género de los niños y niñas abusados sexualmente



Fuente tabla 1

La OMS estima que aproximadamente entre el 20% de las niñas y entre el 5 y 10 % de los niños son víctimas de abuso sexual en todo el mundo. (Essabar, 2015)

Una revisión de encuestas epidemiológicas de 21 países, principalmente países de ingreso alto y medio, halló que por lo menos el 7% de las mujeres (variando hasta 36%) y el 3% de los hombres (variando hasta el 29%) reportaron haber sido víctimas de violencia sexual durante su niñez. (UNICEF, 2003)

Sin embargo, a nivel mundial se estima que 95 millones de niños experimentan abuso anualmente, con las tasas más altas en la región africana. Un estudio llevado a cabo por UNICEF halló que el abuso sexual era común en todos los países de África Occidental y Central, considerada una de las razones por las que las niñas abandonan la escuela. (Lalor, 2004)

Según Badoe (2017), las tasas más altas de prevalencia de abuso sexual infantil reportadas en el continente africano son de países como Marruecos, Tanzania y Sudáfrica. Sin embargo, sólo porque los datos existen

no significa necesariamente que estos son los principales países con cifras más altas.

Tabla N° 2.

Grado escolaridad de las víctimas

Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	frecuencia acumulativa
1º a 2º grado escolar	119	48.2	48.2	48.2
3º a 4º grado escolar	125	50.6	50.6	98.8
5º a 6º grado escolar	3	1.2	1.2	100
Total	247	100	100	

Nota: Distribución de la muestra según el nivel de escolaridad

La tabla N° 2 se refiere el nivel escolar de la muestra estudiada, 125 (50.6%) se encontraban estudiando entre 3º y 4º grado; 119 (48.2%) estudiaban entre 1º y 2º grado, y apenas 3 (1.2%) estudiaban entre el 5º y 6º grado escolar.

Grado de escolaridad de los víctimas



Nota: Distribución de la escolaridad. Fuente: Tabla N° 2

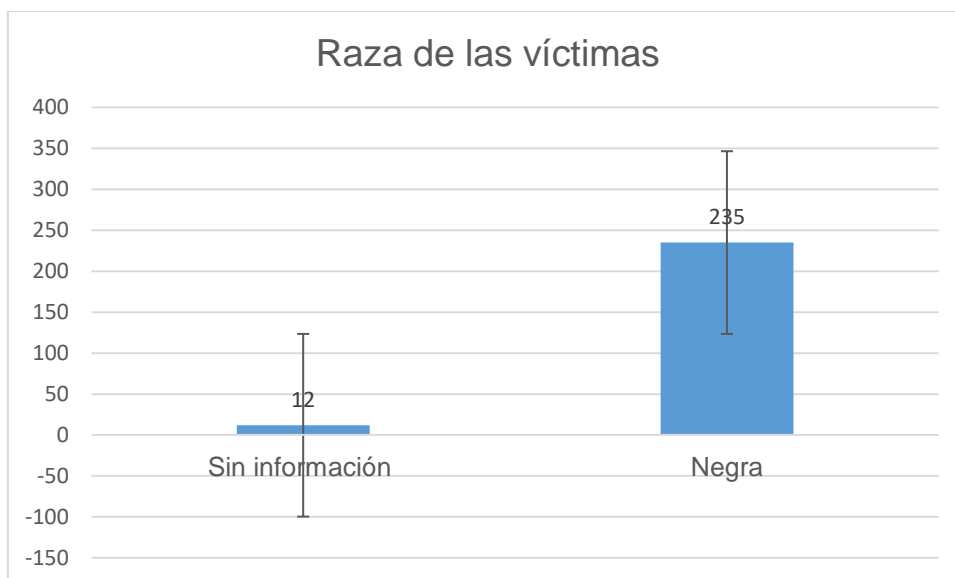
Tabla N° 3

Descripción de la muestra de estudio según la raza de los menores abusados

Raza	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulativa
Sin información	12	4.9	4.9	4.9
Negra	235	95.1	95.1	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Distribución de la muestra según la raza

La raza que prevalece en el estudio es la raza negra en 235 (95.1%) menores; y 12 (4.9%) de las víctimas, no tienen información.

Gráfico N° 3 Descripción de la muestra de estudio según la raza

Nota: Descripción de las víctimas según la raza. Fuente: Tabla N° 3.

Angola presenta en su población una prevalencia de la raza negra, constituida por seis grupos étnicos de origen africano. También tienen una representación de una raza mixta entre europeos y africanos que asciende a un 2% y 1% representado por población blanca de ascendencia portuguesa y holandesa.

Tabla Nº 4:

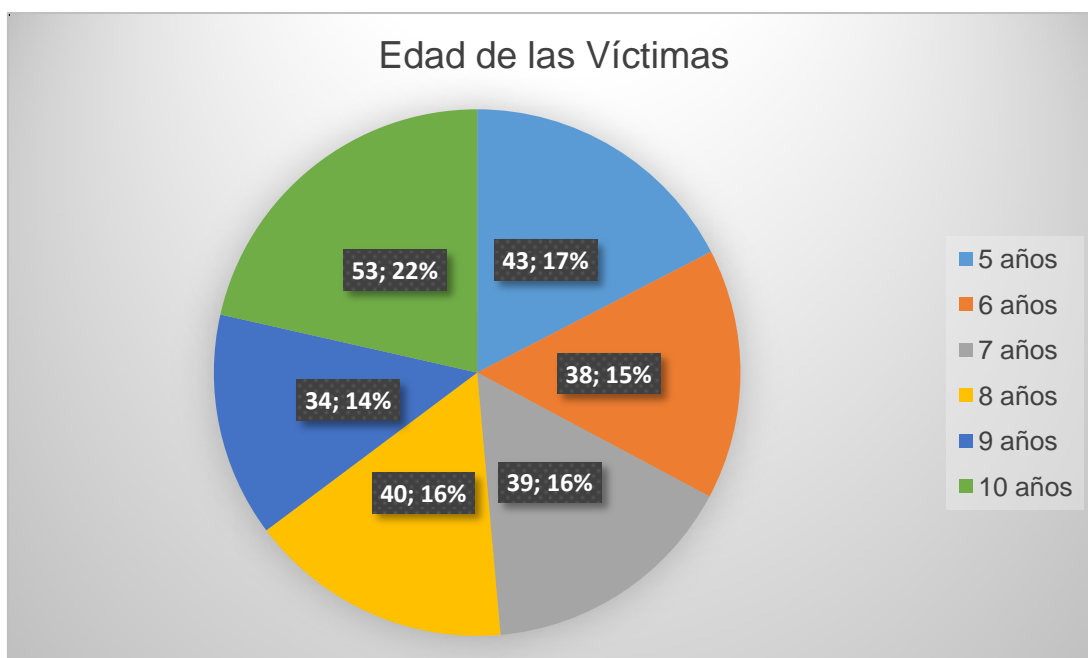
Relación de edades de los niños y niñas abusados

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulativa
5 años	43	17.4	17.4	17.4
6 años	38	15.4	15.4	32.8
7 años	39	15.8	15.8	48.6
8 años	40	16.2	16.2	64.8
9 años	34	13.8	13.8	78.5
10 años	53	21.5	21.5	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Esta tabla muestra la distribución de la muestra según la edad de las víctimas, los datos fueron obtenidos de los expedientes y procesos clínicos de las víctimas.

La tabla Nº 4 presenta el análisis sobre la edad de las víctimas, la misma demuestra que el número más representativo es 53 (21.5%) de los sujetos que tenían 10 años de edad; 43 (17.4%) tenían 5 años de edad; 40 (16.2%) tenían 8 años; 39 (15.8%) tenían 7 años; 34 (13.8%) sujetos tenían 9 años. La media de edad es de 7.58 años, con una desviación típica de 1.781.

Gráfico Nº 4 Edad de la Víctimas



Nota. Descripción de la edad de las víctimas. Fuente: Tabla N° 4.

Una revisión sistemática sobre 311 casos de abuso sexual infantil, en el que se reportaron 15 % de las víctimas tenían entre 0 y 5 años. Entre los 6 y 10 años el porcentaje era de 48%. Las edades entre 11 y 15 años representaron el 26 % de los casos. (Essabar, 2015).

Solo una pequeña proporción de los actos de violencia contra los niños y niñas pequeñas son denunciados e investigados y pocos autores son procesados. En muchos lugares del mundo no hay sistemas responsables de registrar e investigar a fondo las denuncias de la violencia contra los niños y niñas.

Existen varias razones por lo que se da esta falta de denuncia, autores refieren que los niños y niñas de 5 a 10 años que sufren violencia en sus hogares carecen la capacidad de denunciar. Muchos niños pequeños tienen miedo de denunciar los incidentes de violencia por temor a sufrir represalias por parte de los autores o que la intervención de las autoridades pueda empeorar la situación. (Krug, 2002; OMS, 2009)

Tabla N° 5.

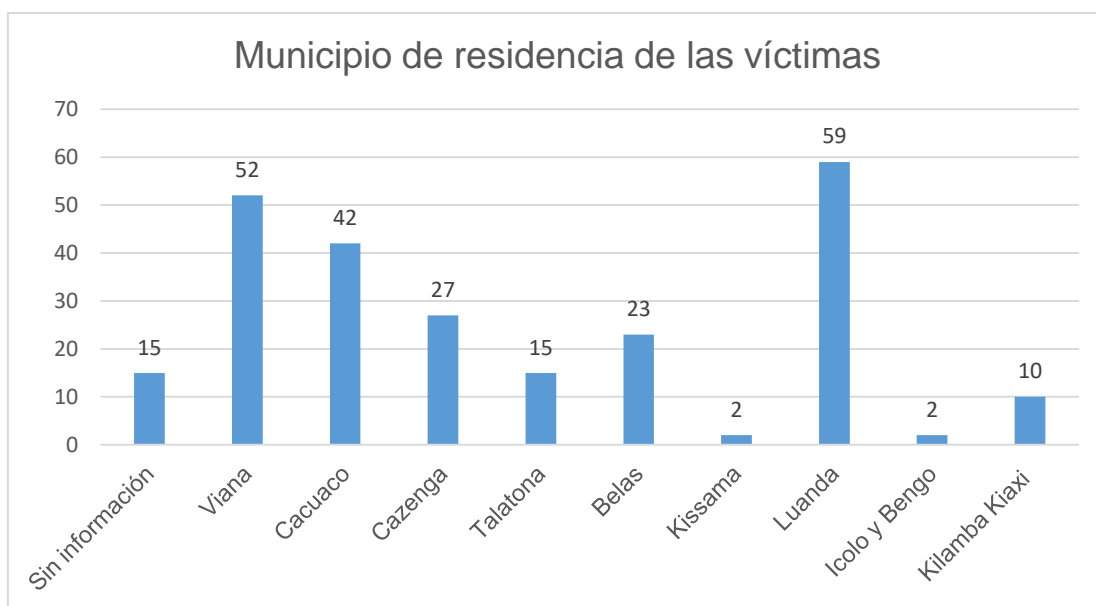
Distribución de casos según el municipio de residencia de los niños y niñas abusados

Municipio de residencia	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	15	6.1	6.1	6.1
Viana	52	21.1	21.1	27.1
Cacuaco	42	17.0	17.0	44.1
Cazenga	27	10.9	10.9	55.1
Talatona	15	6.1	6.1	61.1
Belas	23	9.3	9.3	70.4
Kissama	2	0.8	0.8	71.3
Luanda	59	23.9	23.9	95.1
Icolo y Bengo	2	0.8	0.8	96.0
Kilamba Kiaxi	10	4.0	4.0	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Esta tabla muestra la distribución de la muestra según el municipio de residencia

En la tabla N° 5 muestra la distribución de los casos estudiados en las diferentes localidades de Luanda. El mayor número de casos residen en el municipio de Luanda con 59 (23.9%) de los casos; Viana tuvo 52 (21.1%) de los casos, y la menor representación fueron 2 (0.8%) localizados en Icolo y Bengo.

Gráfico N° 5 Distribución de los casos según el municipio de residencia de las víctimas



Fuente: Tabla n° 5.

Luanda es la más pequeña de las 18 provincias de Luanda, localizada en la región del centro norte del país. También es la capital del país y está constituida por 7 municipios: Luanda, Viana, Cacuaco, Belas, Cazenga, Icolo e Bengo, y Quissama. (IMSS, 2016)

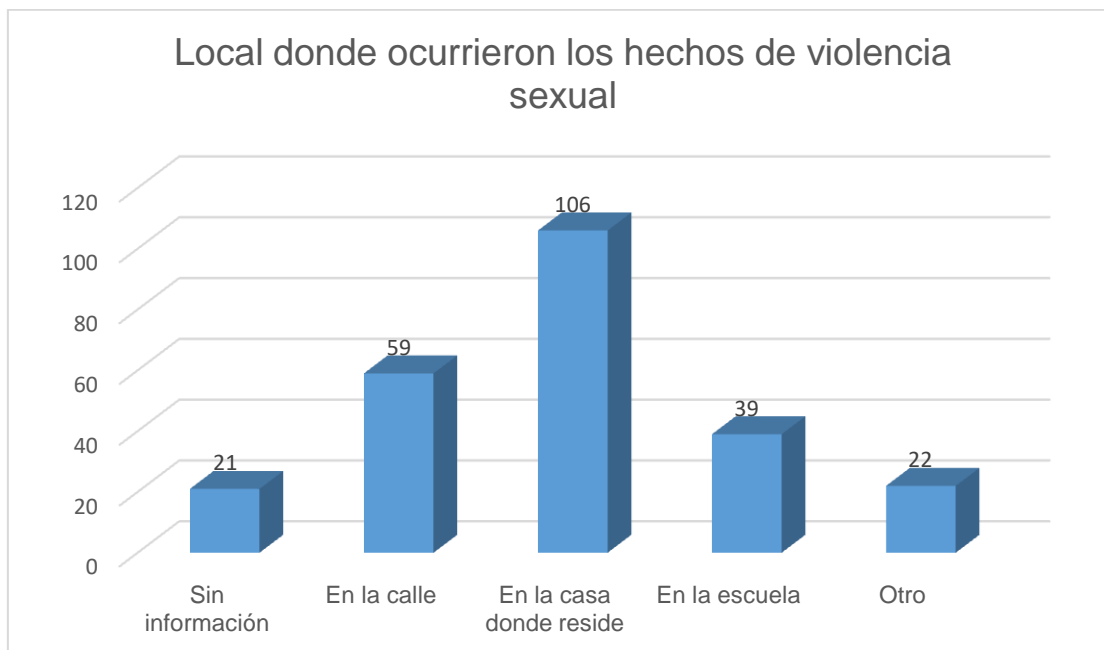
Tabla N° 6.

Distribución de la muestra según el local donde ocurrió el hecho de violencia sexual

Local	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	21	8.5	8.5	8.5
En la calle	59	23.9	23.9	32.4
En la casa donde reside	106	42.9	42.9	75.3
En la escuela	39	15.8	15.8	91.1
Otros	22	8.9	8.9	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: La tabla muestra los locales donde ocurrieron las agresiones sexuales de las víctimas.

Gráfico N° 6. Distribución de la muestra según los locales donde ocurrieron los hechos de violencia sexual



Fuente: Tabla N° 6

Con relación a los locales donde ocurrió el hecho de violencia sexual contra los menores, la tabla N° 6 muestra que el local más frecuente fue la casa donde residían las víctimas 106 (42.9%); el segundo lugar más frecuente fue la calle, 59 (23.9%); en la escuela 39 (15.8%); otros lugares 22 (8.9%) de los casos.

La violencia sexual, incluido el acoso sexual, ocurre con frecuencia en instituciones supuestamente “seguras”, como las escuelas, donde algunos de los agresores incluyen compañeros o profesores. (Unions Nation, 2005).

En estudios provenientes de diversas partes del mundo, con inclusión de África, Asia meridional y América Latina, se ha documentado que proporciones sustanciales de niñas dicen haber sufrido acoso y abuso sexuales en camino hacia la escuela o de regreso de esta, o bien en instalaciones de la escuela o la universidad, incluidos baños, aulas y dormitorios, y que los perpetradores eran compañeros o profesores. (Unions Nation, 2005; UNICEF, 2003; Arboleda, 2011).

Por ejemplo, en un estudio en escuelas primarias del distrito de Machinga, en Malawi, las alumnas dijeron haber sufrido diversos tipos de acoso y abuso sexuales en la escuela, incluidos comentarios sexuales (7,8%), tocamientos sexuales (13,5%), “violación” (2,3%) y relaciones sexuales “coaccionadas o no deseadas” (1,3%) (Badoe, 2017).

La violación y otras formas de coacción sexual contra hombres y niños varones tienen lugar en diversos entornos, incluidos hogares, lugares de trabajo, escuelas, calles, instituciones militares y prisiones. Lamentablemente, la violencia sexual contra los hombres es un área de estudio descuidada y muy sensible. (Arboleda, 2011; Pereda, 2007).

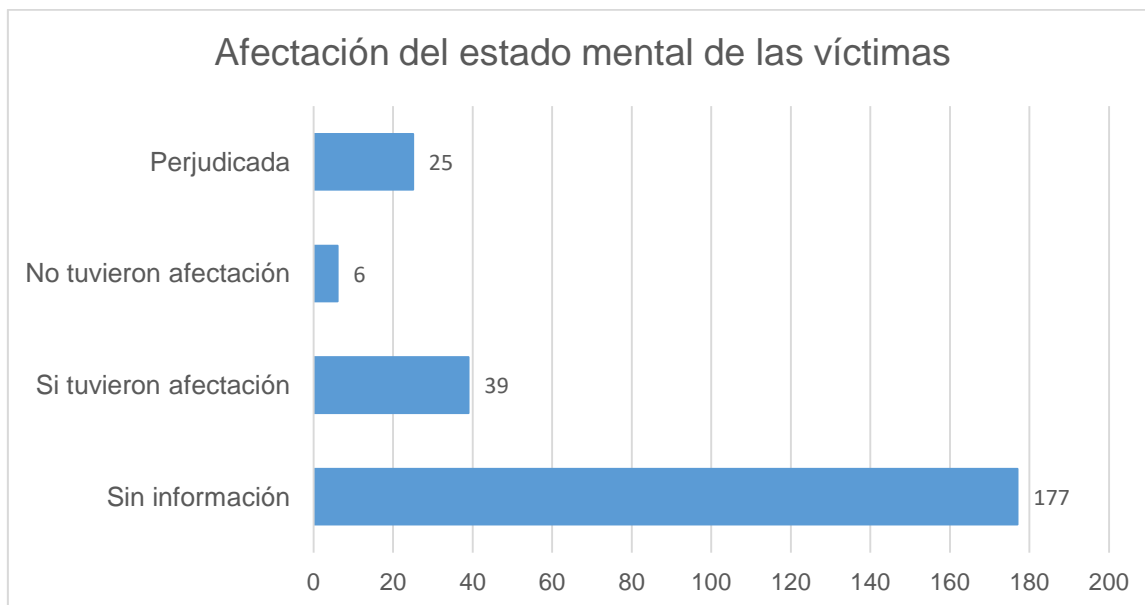
Tabla Nº 7

Afectación del estado mental de los niños y niñas abusados sexualmente

Afectación del estado mental	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	177	71.7	71.7	71.7
Si tuvieron afectación	39	15.8	15.8	87.4
No tuvieron afectación	6	2.4	2.4	89.9
Perjudicada	25	10.1	10.1	100
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Esta tabla presenta el número de víctimas que sufrieron afectación de la salud mental, los que no presentaron, el número de casos en los cuales no se obtuvo información y los perjudicados.

Gráfico N° 7 Afectación del estado mental de los niños y niñas abusados sexualmente



Fuente: Tabla N° 7

La investigación acerca de las consecuencias del abuso sexual en la etapa preescolar es escasa. Además, al contrario de lo que ocurre con los estudios de adultos, que se han realizado tanto con muestras clínicas como no clínicas, la información sobre los niños, con unas pocas excepciones, se ha obtenido a partir de muestras clínicas. (Cantón- Cortes, 2015)

Para diversos autores, a lo largo del ciclo vital se produce un tránsito de la sintomatología hacia formas de manifestación típicas de cada etapa evolutiva. De este modo, durante la infancia los principales efectos parecen ser los problemas somáticos (enuresis, dolores de cabeza y dolores estomacales), retrasos en el desarrollo; sin embargo también son reportados problemas internalizantes (especialmente ansiedad y retraimiento); trastornos de estrés post-traumático y conducta sexualizada (por ejemplo masturbación excesiva o en público).(Gallo, 2006; Arboleda, 2011; Cantón- Cortés, 2015)

En el campo socio-emocional, ha sido repostado en niños pequeños conductas sexuales inapropiadas y problemas de ansiedad, depresión y retraimiento. También han sido reportado problemas conductuales y de agresión; trastornos disociativos, problemas con los iguales, bajo rendimiento

escolar, y desregulaciones en los niveles de cortisol y otros trastornos psicobiológicos debidos a una desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, lo que puede explicar los problemas emocionales de las víctimas; siendo más frecuente entre niños víctimas de abuso sexual que entre niños no víctimas. (Arboleda, 2011; Cantón- Cortés, 2015; Essabar, 2015)

Tabla N° 8

Local que fueron direccionados los niños y niñas víctimas de abuso sexual

Local donde fueron direccionadas las víctimas de abuso sexual	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	13	5.3	5.3	5.3
Centro médico	17	6.9	6.9	12.1
Delegacia	37	15.0	15.0	27.1
Otros	180	72.9	72.9	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

En el presente estudio la tabla N° 8 muestra para que lugares fueron direccionados las víctimas de abuso sexual. La mayoría de los casos 180 (72.9%) fue direccionada para otros locales; 37 (15.0%) fueron para la comisaría de la policía, 17 (6.9%) fueron a un centro médico, y 13 (5.3%) sin información.

Gráfico No 8. Local donde fueron direccionadas las víctimas de abuso sexual



Fuente: Tabla No 8

Los profesionales e investigadores del Abuso Sexual Infancia (ASI) han planteado algunos interrogantes sobre el posible impacto que la intervención del sistema puede tener en las vidas de estos niños. La investigación y consiguiente intervención en un caso de abuso sexual conlleva la implicación en el mismo de diversos organismos (servicios sociales de protección infantil, policía judicial, juzgados de menores, juzgados de lo penal), cada uno con sus objetivos específicos. (Cantón- Cortés, 2015; Arboleda, 2011)

Esto supone que el niño se va a ver involucrado en varias intervenciones simultáneamente, a pesar de que muchas veces carece de los recursos cognitivos, afectivos y sociales necesarios para afrontar esta situación. (Arboleda, 2011)

Numerosos estudios apoyan la hipótesis de que el apoyo social tiene un efecto amortiguador sobre las consecuencias negativas del abuso en niños y víctimas adultas examinaron los efectos del nivel de apoyo social sobre el

ajuste psicológico de víctimas adultas de Abuso Sexual Infantil (ASI). (Arboleda, 2011)

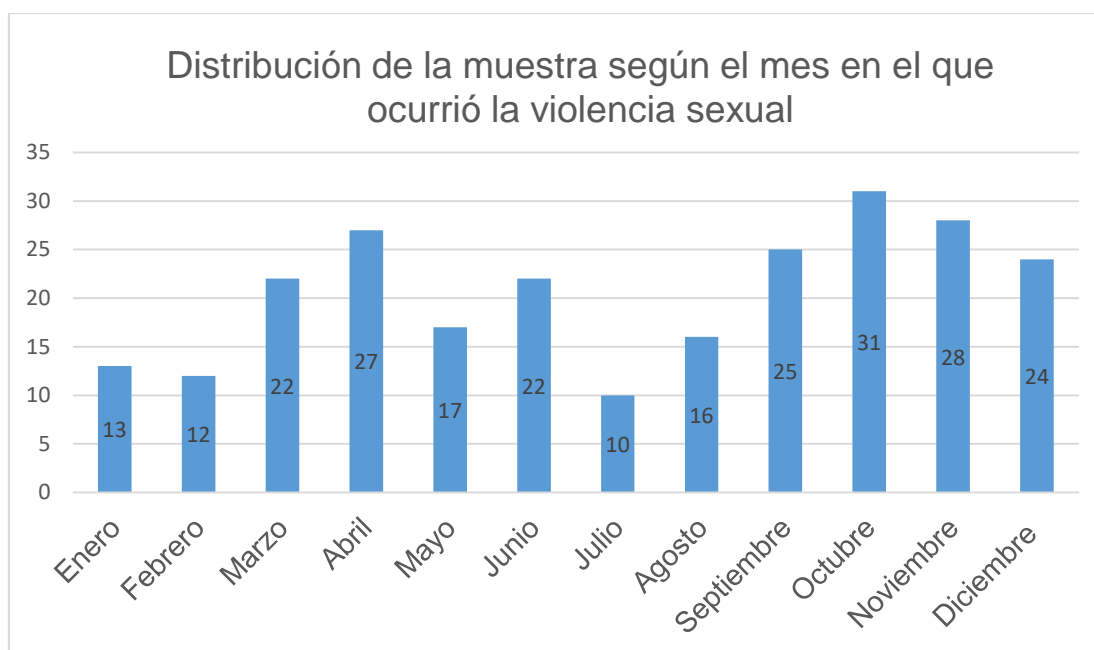
Quinientos estudiantes de dos universidades de Sudáfrica participaron en este estudio (115 hombres y 383 mujeres), en el que los resultados mostraron que cuanto mayor era el nivel de apoyo social recibido por las víctimas de ASI mejor era el ajuste psicológico. (Badoe, 2017)

Tabla Nº 9

Mes en el que ocurrió el acto de violencia a los niños y niñas.

Mes	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Enero	13	5.3	5.3	5.3
Febrero	12	4.9	4.9	10.1
Marzo	22	8.9	8.9	19.0
Abril	27	10.9	10.9	30.0
Mayo	17	6.9	6.9	36.8
Junio	22	8.9	8.9	45.7
Julio	10	4.0	4.0	49.8
Agosto	16	6.5	6.5	56.3
Septiembre	25	10.1	10.1	66.4
Octubre	31	12.6	12.6	78.9
Noviembre	28	11.3	11.3	90.3
Diciembre	24	9.7	8.7	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

Gráfico No 9. Mes en el que ocurrió la violencia sexual

Fuente: Tabla N° 9

El mes de mayores casos reportados fue el mes de octubre 31 (12.6%) víctimas, en noviembre ocurrieron 28 (11.3%) hechos y Abril 27 (10.9%). El mes que menos casos se reportaron fue el mes de julio para un total de 10 (4.0%) de los casos.

Tabla N° 10

Año en el que ocurrió el acto de violencia que a los niños y niñas víctimas de abuso

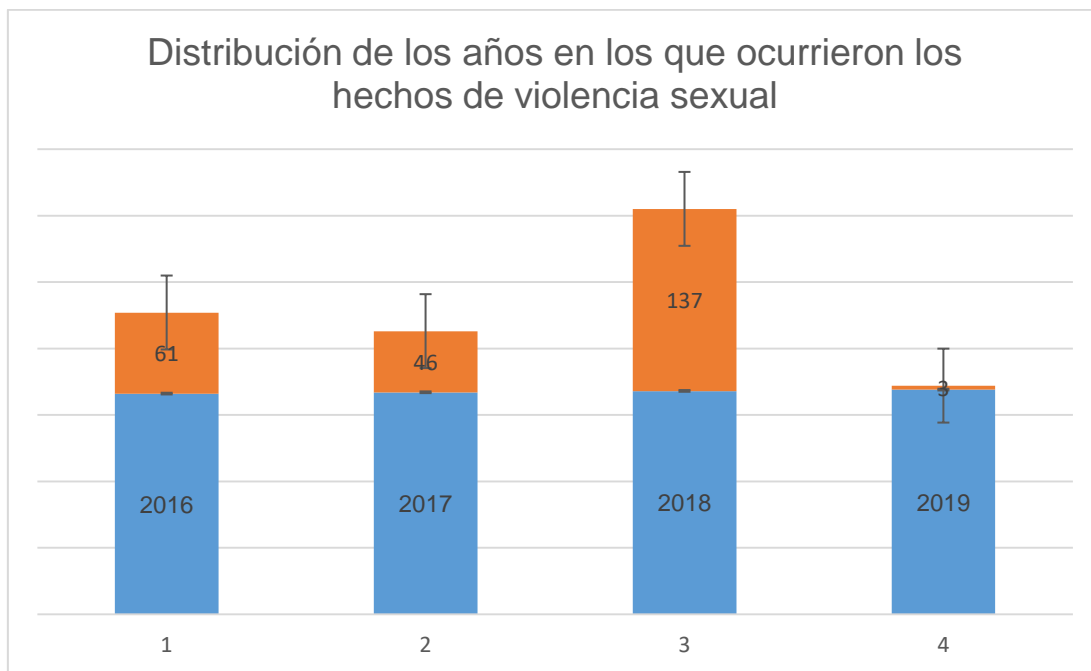
Año	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
2016	61	24.7	24.7	24.7
2017	46	18.6	18.6	43.3
2018	137	55.5	55.5	98.8
2019	3	1.2	1.2	100.0
Total	247	100.0	100.0	

--	--	--	--	--

Nota: Historias clínicas

En la presente tabla N° 10, nos muestra la distribución de los casos según el año en que ocurrieron los hechos. De un total de 247 hechos reportados, 137 (55.5%) ocurrieron en el año 2018; 61 (24.7%) en el 2016; 46 (18.6%) en el 2017 y 3 (1.2%) en el 2019.

Gráfico N° 10 Año en el que ocurrieron los hechos de violencia sexual



Fuente: Tabla N° 10

Tabla N° 11

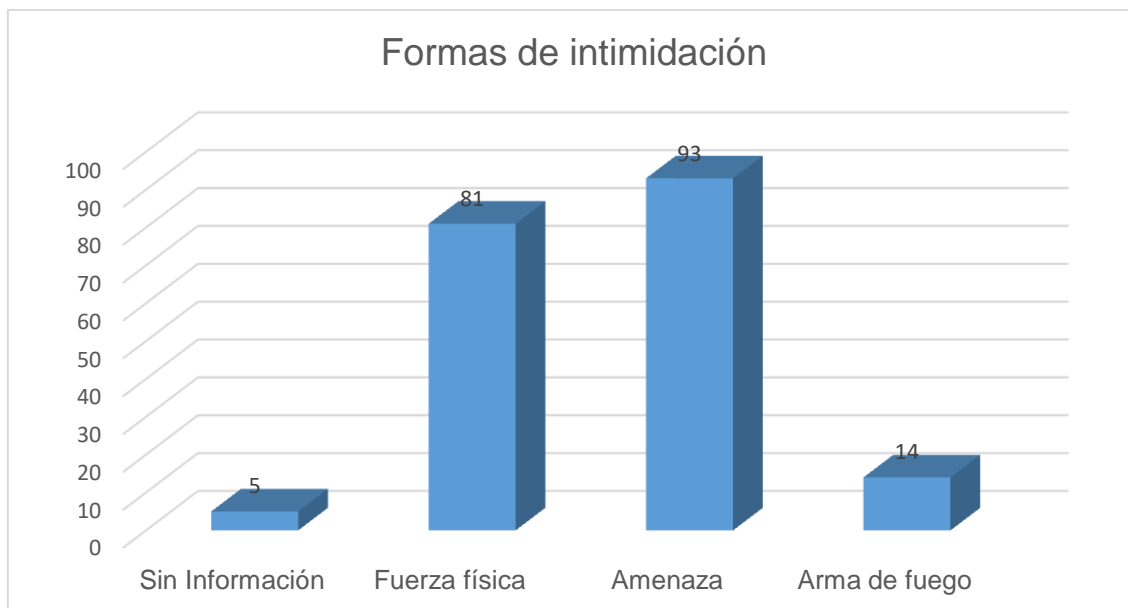
Formas de intimidación utilizadas durante el acto de violencia a los niños y niñas

Formas de intimidación	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin Información	5	2.0	2.0	2.0
Fuerza física	81	32.8	32.8	34.8
Amenaza	93	37.7	37.7	72.5
Arma de fuego	14	5.7	5.7	78.1
Arma blanca	53	21.5	21.5	99.6
Otras	1	0.4	0.4	100.0

Nota: Historias clínicas

En la tabla N° 11, se presentan los datos relacionados con las diferentes formas de intimidación usadas durante el acto de violencia a las víctimas. La amenaza para 93 (37.7%) de los casos fue la más usada, seguida de la fuerza física para 81 (32.8%) de las víctimas. El uso de arma blanca fue aplicado en 53 (21.5%) de los menores y el arma de fuego en 14 (5.7%) de los casos.

Gráfico N° 11 Formas de intimidación utilizadas durante el acto de violencia a los niños y niñas



Fuente: Tabla N° 11

Un estudio sobre la violencia sexual en menores, realizado en la ciudad de Barcelona, fue demostrado que el modus operandi de la mitad de los perpetradores, fue el engaño y estrategias de soborno/privilegios. Además, la realización de abusos fue utilizada como parte de un juego, siendo esta técnica más utilizada con niños pequeños. El empleo de la fuerza y la violencia física fue más usado en niños mayores de edad. (Pereda, 2007; Arboleda, 2011)

En comparación con resultados de otros estudios, fue observado que algunos de los agresores, utilizaban más el afecto o la seducción, mientras que otros recurrían al abuso como parte de un juego. También se encontraron resultados relacionados con agresores parientes de las víctimas que solían recurrir al soborno o al juego, sin embargo, los agresores no familiares utilizaban más la fuerza o la seducción. (McCranra, 2006).

Tabla Nº 12

Distribución de la muestra según la información sobre la identidad del agresor

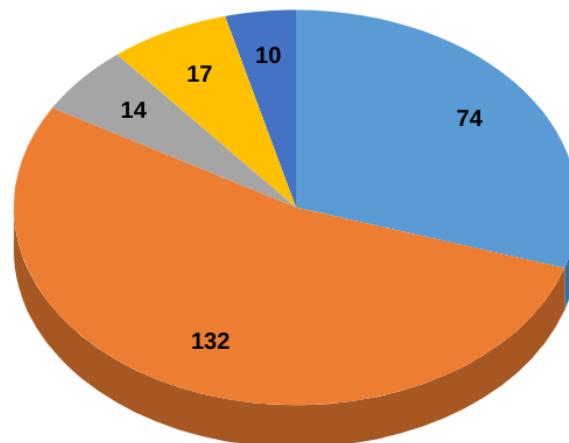
Información sobre la identidad del agresor	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	74	30.0	30.0	30.0
Identificado	132	53.4	53.4	83.4
No identificado	14	5.7	5.7	89.1
Ignorado	17	3.6	6.9	96.0
Bajo investigación	10	4.0	4.0	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Fuente: Registros y fichas policial

La tabla Nº 12 describe información sobre la identidad de los agresores. En 134 (53.4%) víctimas los agresores fueron identificados; en 74 (30.0%) aún no existe información sobre la identidad de los agresores; 17 (3.6%) han sido ignorado; 14 (5.7%) no fueron identificados y 10 (4.0%) se encuentran bajo investigación.

Gráfico N° 12 Información sobre la identidad del agresor

Información sobre la identidad del agresor



Fuente: Tabla N° 12

Estudios diversos refieren que el 40% de los abusadores son miembros de la familia, otro 40% son familiares de segundo o tercer grado o amigos de la familia, y sólo un 20% de los perpetradores de abusos sexuales son desconocidos para la niña víctima de los mismos. Cada vez más los abusos son cometidos por jóvenes y adolescentes, debido a factores como el abuso de alcohol. (Gallagher, 2008; Arboleda, 2011)

Varios autores reportan la frecuencia de abuso sexual en menores relacionados o no con el medio familiar, y su identificación por las víctimas, que en algunos casos pueden ser cometidos por personas desconocidas, lo que significa que suceden en un entorno extra familiar. (Cantón-Cortés, 2014; Alves, 2015, Arboleda, 2011)

El abuso sexual de menores en contexto intrafamiliar, se refiere a los actos que son cometidos por agresores que tienen parentesco con la víctima, con las cuales existe interacción y afecto de forma directa, indirecta o de

proximidad. Ejemplo de ello pueden ser el padre, la madre, el padrastro, hermanos, primos, abuelos, compañero de la madre, tíos, sustituto de una figura familiar, etc. El abuso sexual de menores en contexto intrafamiliar es el tipo de abuso más frecuente. (Alves, 2015; Arboleda, 2011)

El abuso sexual extra familiar ocurre cuando el ofensor es extraño a la víctima o es la persona conocida con acceso como profesores, amigos, cuidadores, consejeros, asistentes sociales, policías, padres de amigos, amigos de los padres, entre otros. (Braun, 2002)

Tabla Nº 13

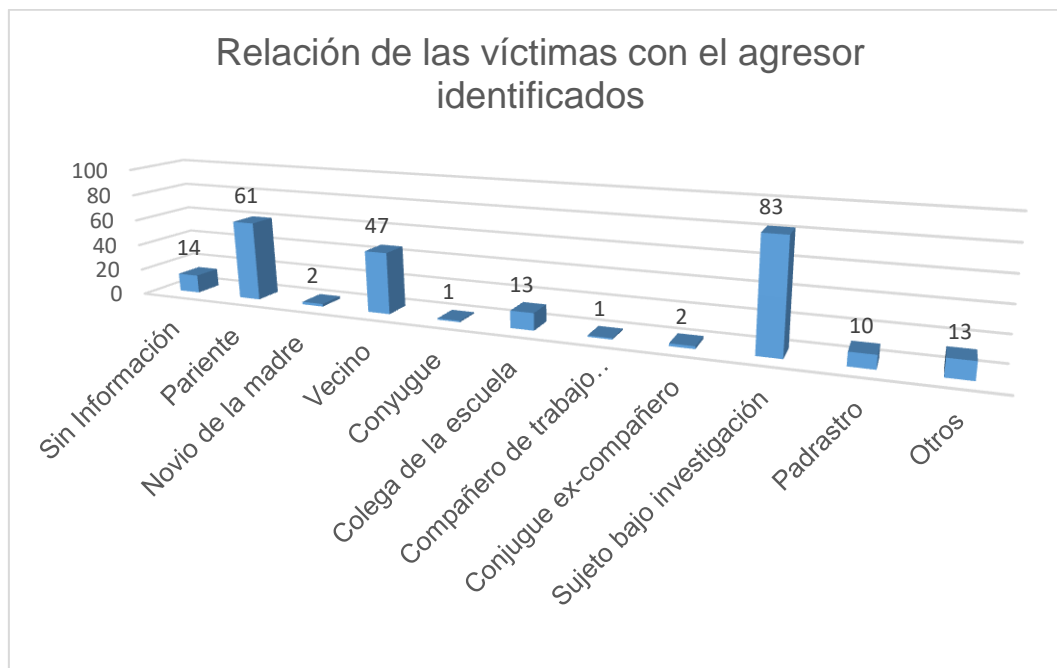
Distribución de la muestra según el tipo de relación con agresor identificado de los niños y niñas víctimas de abuso

Agresor identificado	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin Información	14	5.7	5.7	5.7
Pariente	61	24.7	24.7	30.4
Novio de la madre	2	0.8	0.8	31.2
Vecino	47	19.0	19.0	50.2
Conyugue	1	0.4	0.4	50.6
Colega de la escuela	13	5.3	5.3	55.9
Compañero de trabajo de un familiar cercano	1	0.4	0.4	56.3
Conyugue ex-compañero	2	0.8	0.8	57.1
Sujeto bajo investigación	83	33.6	33.6	90.7
Padraastro	10	4.0	4.0	94.7
Otros	13	5.3	5.3	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Fuente: Registros y fichas policial

En la tabla No 13 se puede observar la distribución sobre las características de los agresores y su relación con las víctimas; existen 83 (33.6%) de los agresores que se encuentran bajo investigación; 61 (24.7%) de los sujetos han sido parientes; 47 (19.0%) han sido vecinos de las víctimas; y 10 (4.0%) de los perpetradores fueron padraastros.

Gráfico N° 13 Distribución de la muestra según el tipo de relación con agresor identificado de los niños y niñas víctimas de abuso



Fuente: Tabla N° 13

Para Cantón-Cortes (2015), el impacto de los abusos sexuales, se debe al menos en parte, a sus propias características; así como el tipo de abuso, su frecuencia y duración, la relación con el agresor y el uso de la fuerza.

Los resultados indican que las consecuencias son más graves cuando los abusos se han producido con más frecuencia y prolongado durante más tiempo, el agresor ha recurrido al empleo de la fuerza, se han realizado actos más graves, y cuando existe una relación más próxima entre víctima y agresor, sobre todo si se trata de una relación incestuosa con el padre o padrastro (Lemieux, 2008)

Los estudios que han analizado el impacto del abuso sexual en función del sexo del agresor, son escasos debido a que son muy pocas las mujeres responsables de abusos sexuales revelados. Algunos adultos que han sido víctimas de abuso sexual en su infancia, consideraban las experiencias tenidas con hombres más traumáticas que con mujeres. (Arboleda, 2011)

Varios autores coinciden que la inmensa mayoría de los perpetradores son hombre, aunque el abuso sexual por parte de mujeres podría ser

infrarrepresentado, ya que además de despertar menos sospechas, la naturaleza de sus actividades sexuales podría hacer más difícil la detección, e incluso es posible que las víctimas no las perciban como abusivas. (Pereda, 2007; Gallagher, 2008; Arboleda, 2011; Alves, 2015)

Algunas investigaciones hacen referencia al parentesco de los agresores con las víctimas, realizando que las relaciones intrafamiliares tienen una mayor incidencia que los casos de abusos con relaciones extra familiares. (Pereda, 2007; Gallagher, 2008; Alves, 2015)

Un estudio realizado en España sobre 269 casos de abuso sexual en la infancia, mostró que más de la mitad de los casos el agresor era algún miembro de la familia. El análisis de los abusos intrafamiliares mostró una tendencia significativa a un mayor riesgo de abusos por parte de los primos en las niñas que en los niños, mientras que los abusos sexuales por parte del padre fueron reportados más significativamente en varones que con hembras. En el resto de los casos estudiados los perpetradores no tenían vínculo con la víctima. (Arboleda, 2011)

Tabla Nº 14

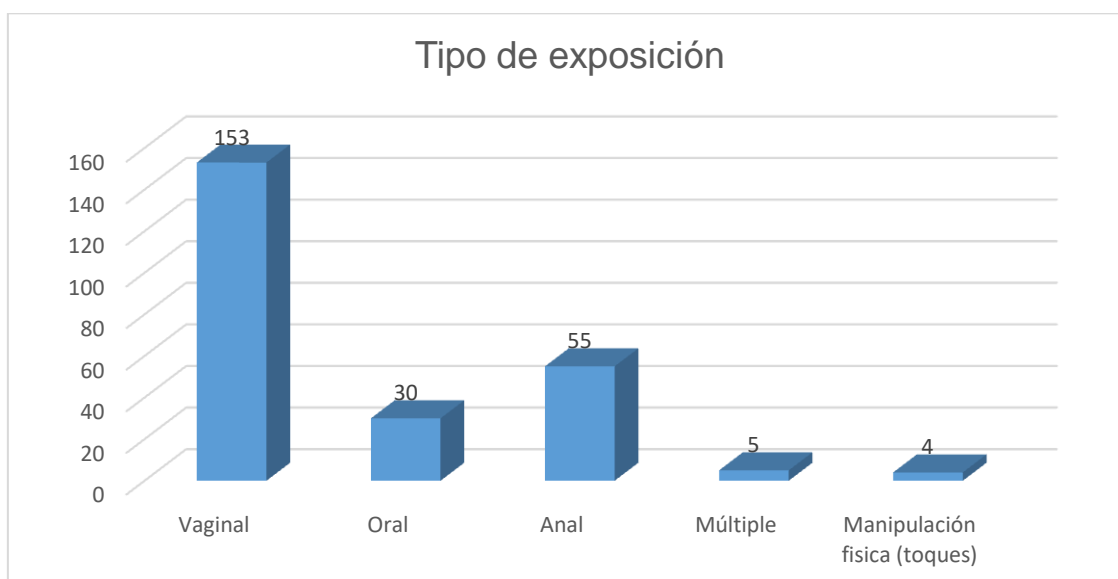
Distribución de la muestra según el tipo de exposición referida u ocurrida en los niños y niñas víctimas de abuso

Tipo de exposición	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Vaginal	153	61.9	61.9	61.9
Oral	30	12.1	12.1	74.1
Anal	55	22.3	22.3	96.4
Múltiple	5	2.0	2.0	98.4
Manipulación física (toques)	4	1.6	1.6	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Registros y fichas policial

La tabla Nº 14 muestra el tipo de exposición referida ou ocurrida durante el acto de abuso sexual; 153 (61.9%) de los casos hubo exposición vaginal; 55 (22.3%) fue reportado exposición anal; 30 (12.1%) fue realizado exposición oral.

Gráfico Nº 14 Distribución de la muestra según el tipo de exposición referida ou ocurrida en los niños y niñas víctimas de abuso



Fuente: Tabla N° 14

Para Badoe (2017), la definición de abuso sexual infantil es forzar o incitar a un niño o joven a participar en actividades sexuales, incluida la prostitución, sea o no consciente el niño de lo que está sucediendo. Estas actividades pueden implicar contacto físico, incluida la penetración, violación, profanación, sodomía, sexo oral; o actos sin penetración que pueden incluir actividades si contacto, que se refieren a hacer que los niños miren imágenes o filmes pornográficos o de actividades sexuales en línea.

En Marruecos fueron reportados 311 casos de abuso sexual infantil, en el que se observaron diferentes formas de contacto de abuso, fue referido el coito con penetración vaginal en el 8% de los casos, 10 % de los casos reportados hubo relaciones orales- genitales; 64% de las víctimas fueron sodomizadas; 2 casos con exposición a pornografía; y en el 21% de las víctimas hubo uso de la violencia física junto al abuso sexual. (Essabar, 2015)

Un estudio realizado en España sobre abuso sexual en la infancia se registró de un total de 269 casos, 34 casos ocurrieron sin contacto físico, referido a 3 víctimas varones y 31 de sexo femenino y en 162 casos hubo tocamientos del agresor a sus víctimas o de las víctimas al agresor; otras 66 sufrieron abusos consistentes en sexo oral, penetración anal o vaginal. (Arboleda, 2011)

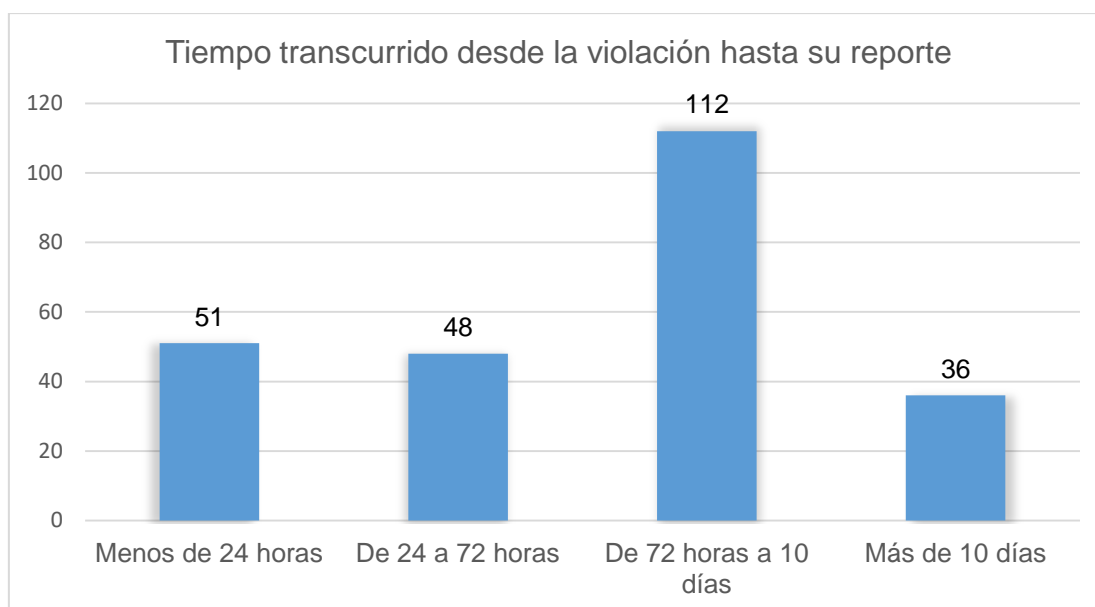
Tabla N° 15

Tiempo transcurrido desde la violación hasta su reporte

Tiempo transcurrido desde la violación hasta su reporte	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Menos de 24 horas	51	20.6	20.6	20.6
De 24 a 72 horas	48	19.4	19.4	40.1
De 72 horas a 10 días	112	45.3	45.3	85.4
Más de 10 días	36	14.6	14.6	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: La presente tabla describe el tiempo transcurrido desde que ocurrió el acto de agresión hasta que fue reportada ante las autoridades

Gráfico N° 15 Distribución de la muestra según el tiempo transcurrido desde la violación hasta su reporte



Fuente: Tabla N° 15

Los profesionales de la salud han de estar capacitados para entrevista y examinar de manera apropiada a las niñas, niños o adolescentes que sean víctimas probables de abuso sexual, y estar familiarizados con la anatomía, normal y anormal, genital y anal de la menor, además, deben conocer los requerimientos e implicaciones legales. (Gallo, 2006; Johnson, 2004)

Los abusos sexuales pueden ser clasificados según el tiempo transcurrido desde el abuso hasta la consulta, se clasifican en: (Gallo, 2006)

Agudos: Evaluados inmediatamente tras el abuso sexual. Éste ha ocurrido hace menos de 24 horas. Con frecuencia se evidencia sangrado vaginal y laceraciones genitales. (Gallo, 2006)

Subagudos: Evaluados al menos 72 horas tras el abuso. Este ha ocurrido entre 3 y 7 días antes. Se puede evidenciar disuria y laceraciones genitales menores. (Gallo, 2006)

No agudos: Evaluados pasados al menos 7 días. La víctima se encuentra ahora en situación segura. No se evidencian daños o síntomas físicos. Es obligada la interconsulta ginecológica y descartar Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). (Gallo, 2006)

Todas las lesiones agudas, es decir, las que han sucedido en las últimas 72 horas, deben ser atendidas en el hospital. Sin embargo, cuando el abuso ha sucedido hace más de 72 horas y las lesiones físicas, si hay, son de poca gravedad, se podrá atender en el centro de salud. (Gallo, 2006)

Tabla Nº 16

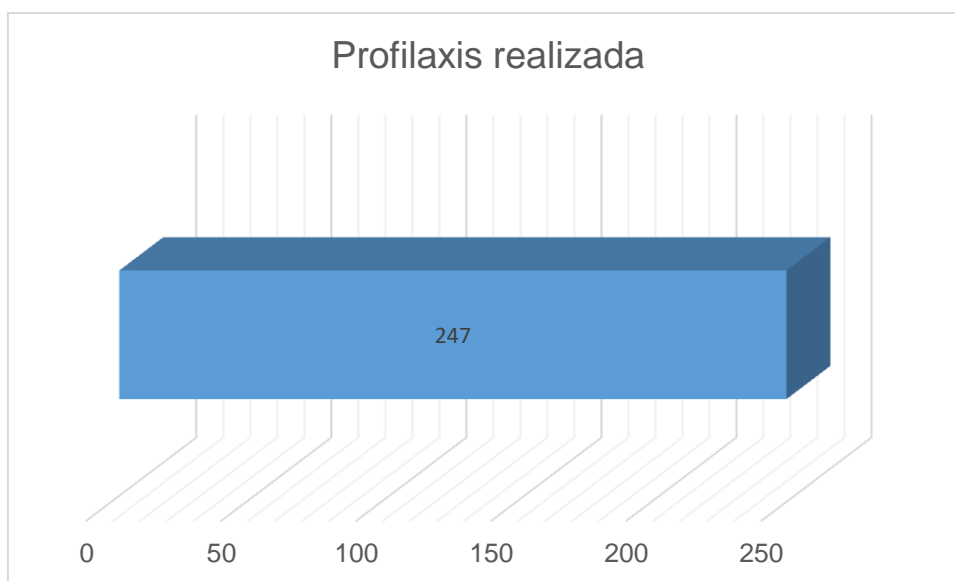
Profilaxis realizada anti VIH en los niños y niñas víctimas de abuso

Indicada	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Profilaxis realizada	247	100.0	100.0	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

La tabla Nº 16 presenta los datos relacionados con la profilaxis realizada para reducir el riesgo de contaminación por VIH a todas las víctimas de abuso sexual, durante el período de estudio.

Gráfico Nº 16 Profilaxis realizada anti VIH en los niños y niñas víctimas de abuso sexual



Fuente: Tabla N° 16

El abuso sexual por contacto físico, es una de las fuentes de contagio por HIV en pediatría. Esta situación poco frecuente supone un reto para el equipo de salud por la toma de decisiones en cuanto a profilaxis, diagnóstico y seguimiento. (Sanz, 2020)

Para González (2012), la urgencia en catalogar la situación se debe a la necesidad de implementar profilaxis para disminuir la probabilidad de infección por VIH, teniendo en cuenta el riesgo de exposición, la edad del niño para valorar adherencia a los antirretrovirales (ARV), presentaciones farmacéuticas y reacciones adversas de los mismos.

Para la OMS la prescripción del KIT de Profilaxis post-exposición en víctimas de abuso sexual es mandatorio si la persona expuesta consulta al servicio médico dentro de las 72 horas después de ocurrido el evento y pretende prevenir infecciones de transmisión sexual incluyendo al VIH y embarazos como consecuencia del abuso sexual. (MINSA, 2017)

El riesgo de transmisión del VIH varía en dependencia del tipo de exposición a una fuente infectada: (González, 2014). El riesgo de transmisión aumenta después de un único contacto sexual en el que existe intercambio de secreciones y/o sangre estimulada. La bibliografía reporta que la transmisión

del VIH por episodio de exposición sexual receptiva pene-ano es entre el 0.1% y el 3%. El riesgo de infección es mayor si la relación es anal receptiva 1,11 %; intermedio si es vaginal receptiva 0.1%; con penetración vaginal 0.082% y el riesgo es menor si es oral receptiva 0%; sexo oral-genital receptivo 0.02%.

Tabla Nº 17

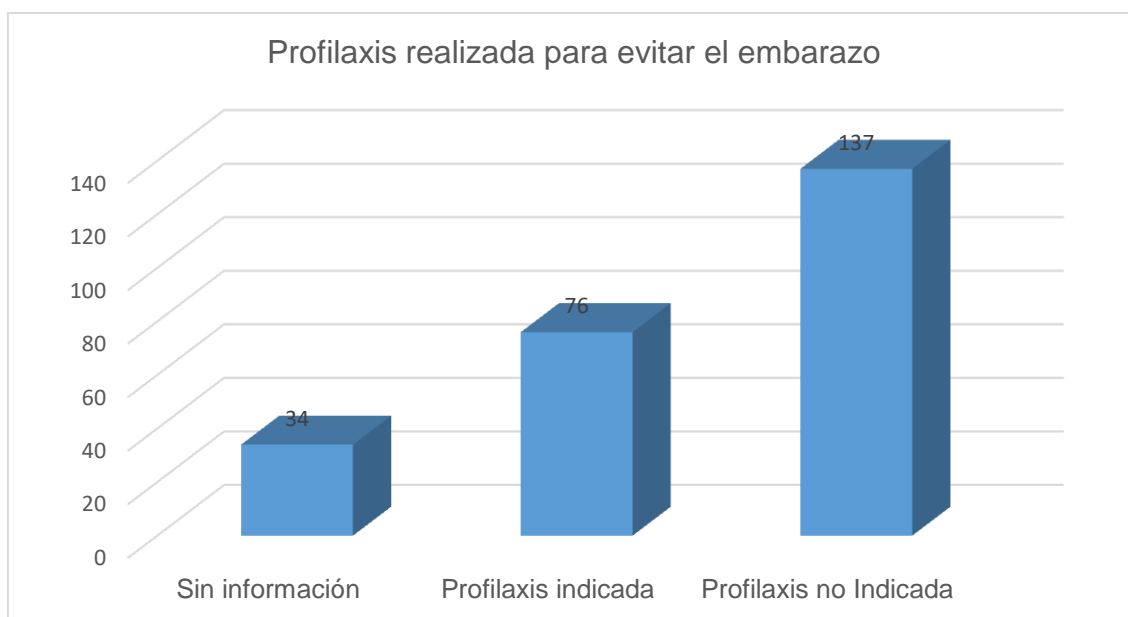
Profilaxis realizada para evitar el embarazo no deseado en las niñas víctimas de abuso sexual

Profilaxis realizada para evitar el embarazo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	34	13.8	13.8	13.8
Profilaxis indicada	76	30.7	30.7	44.5
Profilaxis no Indicada	137	55.5	55.5	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

Con relación a la tabla Nº 17, se describe el tipo de profilaxis indicada en las niñas para evitar el embarazo no deseado.

Gráfico Nº 17 Pofilaxis realizada para evitar el embarazo



Fuente: Tabla N° 17

Es de esperarse que el abuso sexual produzca diversas consecuencias biológicas o físicas a largo plazo, que han sido reportado por diversos autores, un ejemplo de ello es el embarazo no deseado o no planeado, el cual puede afectar seriamente la salud reproductiva de la niña o adolescente.

Según el criterio de especialista de la Organización Panamericana de la Salud, la prestación de servicios para la atención de salud a las niñas supervivientes de abuso sexual es de importancia capital; además de atención compasiva, estas necesitan a una serie de servicios de salud específicos por personal capacitado entre los que se incluye anticoncepción de emergencia. (OPS, 2013)

Un embarazo forzado producto de un abuso sexual tiene un fuerte costo emocional y genera muchas dificultades a la víctima para enfrentar la situación. Además, el embarazo y/o la maternidad forzada pueden provocar la interrupción de la escolaridad, afectar la formación para la inserción laboral, la vida social y recreativa, y el proyecto de vida en general. (Corcione, 2011; UNICEF, 2018)

Para la UNICEF el embarazo en las víctimas de violación también acarrea otro tipo de consecuencias, como las que se incluye desestructuraciones psíquicas con desenlaces límite; fugas o abandono de

recién nacidos y en los casos más graves infanticidio y suicidio. (UNICEF, 2018)

Con referencia a la anticoncepción de emergencia en la actualidad, el Levonorgestrel (0.75 mg) es el esquema recomendado mundialmente, por tener una efectividad superior y menores efectos secundarios. Debe administrarse lo más pronto posible, preferiblemente en las primeras 12 horas o antes de las primeras 72 horas después de sucedido los hechos. Este esquema ha mostrado eficacia incluso hasta el quinto día, pero entre más pronto se use, mayor eficacia tendrá. (Ministério de Salud y Protección Social, 2012)

Las niñas premenárquicas obviamente no requieren tratamiento de prevención de embarazo, así como las adolescentes mayores que usan método de anticoncepción confiable. A otras víctimas que se encuentran en riesgo de concebir se debe ofrecer anticoncepción poscoital mediante la administración de levonorgestrel 1.5 mg en dosis única o fraccionado en 2 dosis, de 0.75 mg cada una, con un intervalo de 12 h. (Gallo, 2006)

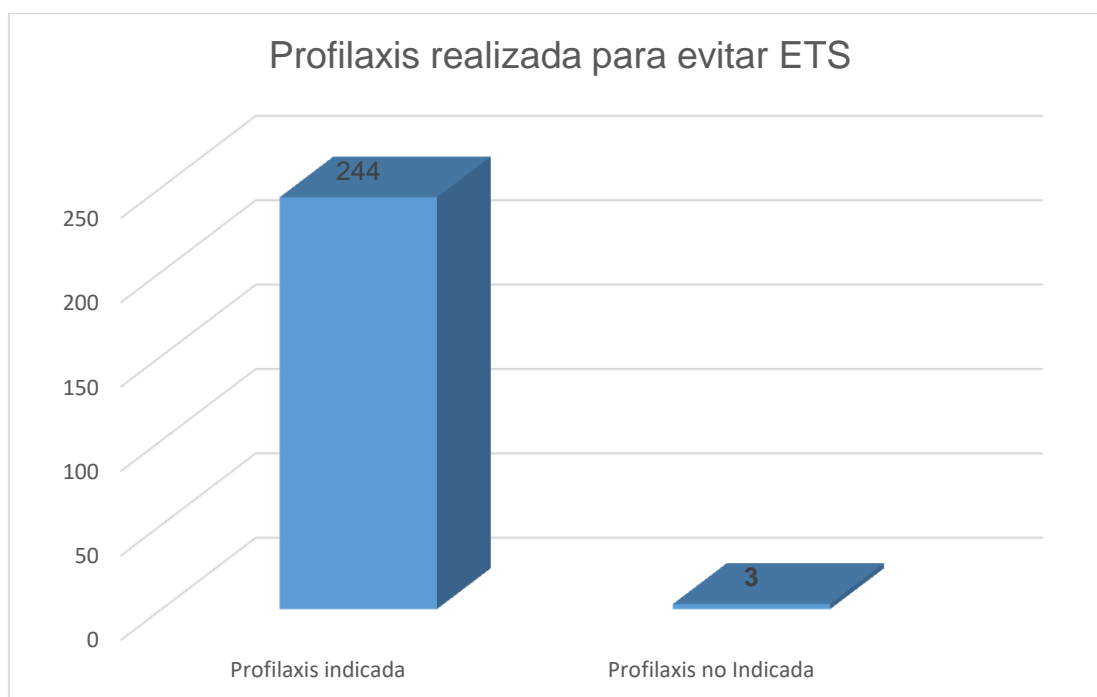
Tabla N° 18

Profilaxis para ETS en los niños y niñas víctimas de abuso

Profilaxis realizada para ETS	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Profilaxis indicada	244	98.8	98.8	98.8
Profilaxis no Indicada	3	1.2	1.3	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: La siguiente tabla muestra el número de víctimas a las que se le realizó tratamiento preventivo para las enfermedades de transmisión sexual ETS

En la tabla N° 18, muestra la profilaxis realizada a las víctimas de abuso sexual para las enfermedades Transmisión Sexual, según la notificación de las entidades sanitarias.

Gráfico N° 18 Profilaxis para ETS en los niños y niñas víctimas de abuso

Fuente: Tabla N° 18

En el riesgo de infecciones de transmisión sexual, los factores que influyen en la adquisición de una ITS secundaria al abuso sexual son la prevalencia de estas enfermedades en la población adulta, el número de agresores, el tipo y la frecuencia de contacto físico con el agresor (o los agresores) y la víctima, la inefectividad de cada germen, la susceptibilidad de la víctima a la infección y la administración o no de tratamiento profiláctico oportuno y adecuado. El tiempo que pasa entre la agresión y la valoración médica influye en la probabilidad de que la víctima presente signos y síntomas de una ITS. (Sanz, 2020)

En el escenario de un abuso sexual, sobre todo si se trata de un episodio aislado y no se conoce al agresor, lo más razonable es siempre el cribado de las ETS e iniciar la profilaxis post-exposición y el seguimiento clínico, asumiendo que el riesgo de que el agresor esté infectado es elevado. (MINSA, 2017)

Tabla N° 19

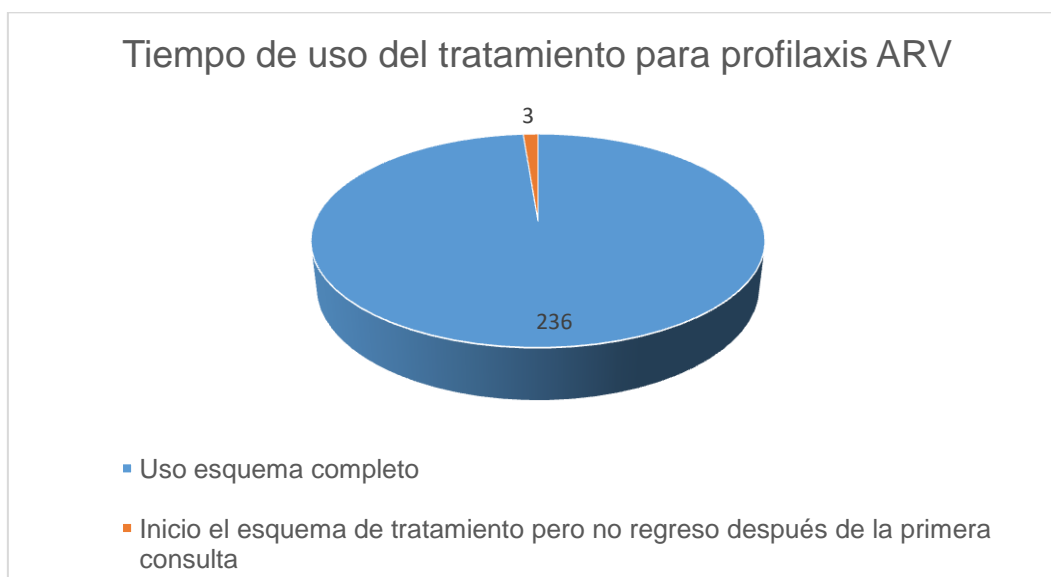
Tiempo de uso de la profilaxis ARV en los niños y niñas víctimas de abuso

Tiempo de uso de la profilaxis ARV	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Uso esquema completo	236	95.5	95.5	95.5
Inicio el esquema de tratamiento pero no regreso después de la primera consulta	3	1.2	1.3	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: La tabla demuestra el tiempo de tratamiento con el tratamiento antirretroviral

La tabla N° 19, muestra el esquema de tratamiento aplicado con Antirretrovirales en las víctimas abuso sexual, las de las cuales 236 (95.5 %) concluyeron el esquema completo.

Gráfico N° 19 Tiempo de uso de la profilaxis ARV en los niños y niñas víctimas de abuso



Fuente: Tabla N° 19

La decisión de ofrecer profilaxis con ARV debe tener en cuenta los beneficios y los riesgos. En caso de abuso sexual, el tipo de exposición suele

comportar una relación sexual forzada y traumática lo que aumenta el riesgo de infección tanto si el agresor está infectado con VIH como si no se conoce su condición. (González; 2012)

Las guías internacionales para la profilaxis con ARV, en niños y niñas menores de 12 años plantean las siguientes dosis: (American Academy of Pediatrics, 2018; GeITS, 2017)

Edad < 12 años (presentación en suspensión pediátrica), asociación de:

- Emtricitabina (FTC, Emtriva): 6 mg/kg/24 horas (dosis máxima: 200mg/24 horas)
- Zidovudina (ZDV, AZT, Retrovir): 4 mg/kg/12 horas (dosis máxima: 300mg/12 horas)
- Lopinavir/ritonavir (PLV/r, Kaltra): <15 kg:12mg/kg LPV/ 3 mg/kg RVC cada 12 horas.
- 15-40 mg: 10mg/kg LPV/2.5 mg/kg RV cada 12 h (dosis máxima: 400mg-100 mg/12 horas.

Tabla Nº 20

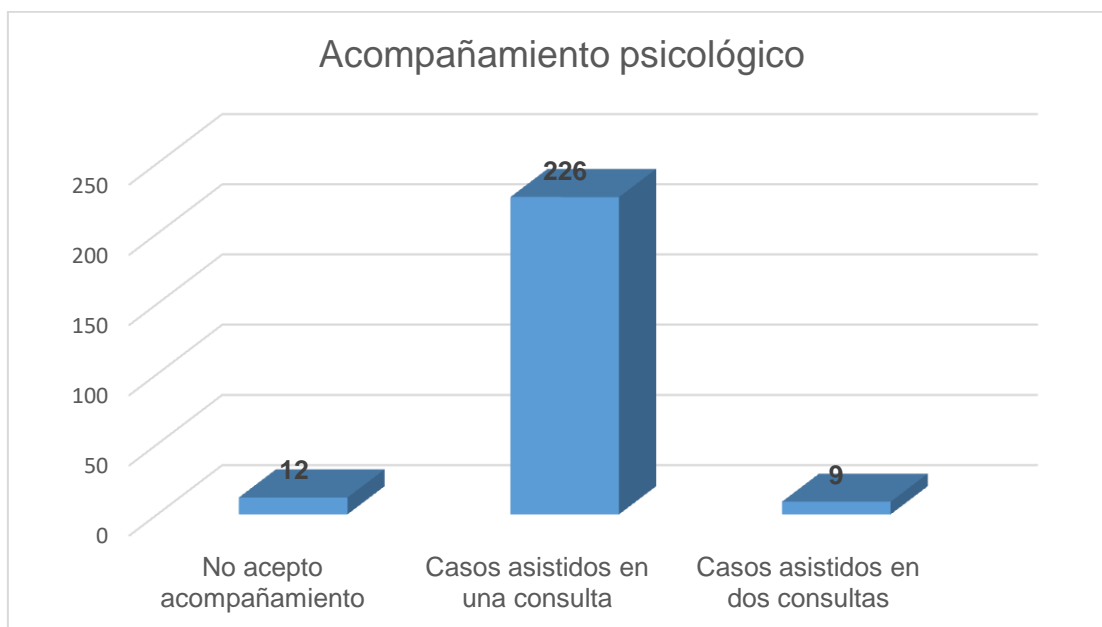
Acompañamiento psicológico a los niños y niñas víctimas de abuso sexual

Acompañamiento psicológico	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
No acepto acompañamiento	12	4.9	4.9	4.9
Casos asistidos en una consulta	226	91.5	91.5	96.4
Casos asistidos en dos consulta	9	3.6	3.6	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

En el estudio la mayoría de los casos 266 (91.5%) asistieron apenas a una consulta de psicología, y 12 (4.9%) no aceptaron acompañamiento psicológico.

Gráfico N° 20 Acompañamiento psicológico a los niños y niñas víctimas de abuso sexual



Fuente: Tabla N° 20

El acompañamiento y seguimiento de los especialistas de psicología es de vital importancia en las víctimas abusadas sexualmente. La experiencia de abuso sexual en la infancia puede afectar negativamente a la posterior adaptación psicológica y mental de los menores, ya que tienen consecuencias en el desarrollo psicosocial del menor, afectando la relación con los demás, la afectividad, la sexualidad, la autoimagen, y el rendimiento escolar, entre otros. (OPS, 2013; Cantón-Cortés, 2015)

Es importante determinar cuál es el tipo de intervención más adecuado para cada menor y su familia, teniendo en cuenta la importancia de los diferentes factores implicados y focalizando el tratamiento en el aspecto que es más crucial para el menor en función de su edad. (Corcione, 2011; Cantón-Cortés, 2015)

En cuanto al contenido del tratamiento psicológico de un menor abusado, los autores recomiendan que se ha de incluir siempre el aspecto

educativo-informativo, con el objetivo de clarificar las experiencias y prevenir nuevos abusos. (Essabar, 2015; Badoe, 2017; Arboleda, 2011)

En la fase inicial habitualmente se asiste simultáneamente al menor y a los miembros de la familia que le protegen, ya sea por el elevado nivel de ansiedad o por la necesidad de recibir orientación respecto a cómo abordar las manifestaciones sintomáticas. La bibliografía reporta que el tratamiento al menor puede ser individual o en grupo, y la frecuencia de las sesiones deberá ser semanal o quincenal.

Tabla N° 21

Acompañamiento de un especialista en infectología a los niños y niñas víctimas de abuso sexual

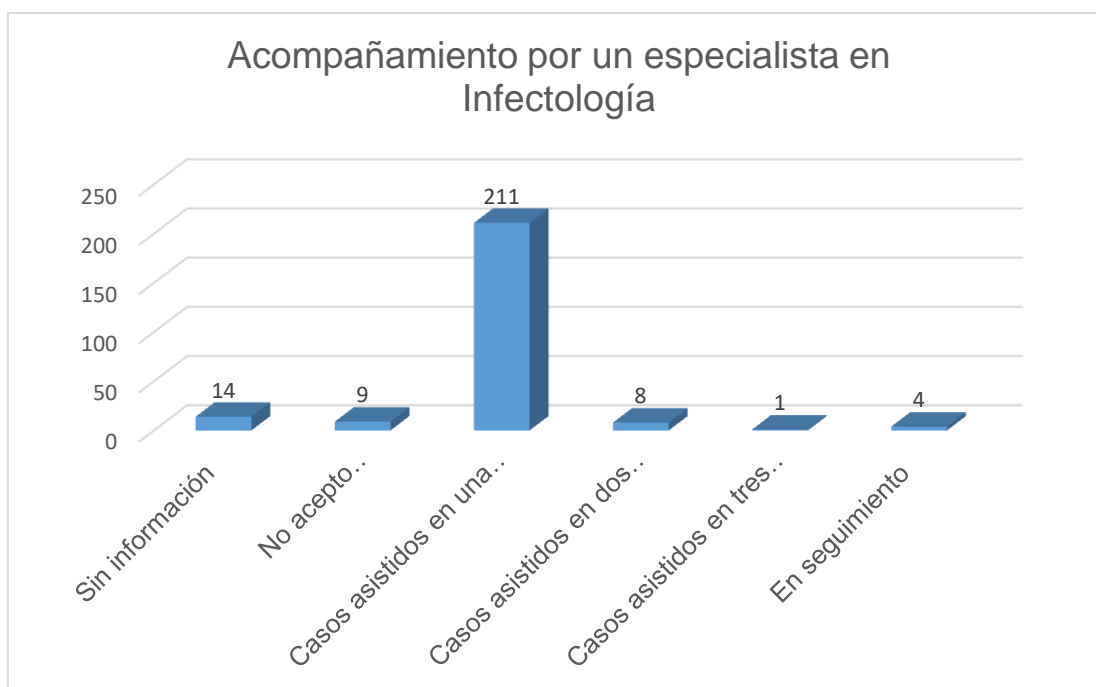
Acompañamiento especialista en Infectología	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada

Sin información	14	5.7	5.7	5.7
No acepto acompañamiento	9	3.6	3.6	9.3
Casos asistidos en una consulta	211	85.4	85.4	94.7
Casos asistidos en dos consulta	8	3.2	3.2	98.0
Casos asistidos en tres consultas	1	0.4	0.4	98.4
En seguimiento	4	1.6	1.6	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

La tabla N° 21 muestra el acompañamiento que tuvieron los menores por un especialista en infectología. Del total de la muestra 211 (85.4%) asistieron apenas a una consulta; 8 víctimas (3.2%) asistieron a dos consultas y 9 (3.6%) no aceptaron acompañamiento.

Gráfico N° 21 Acompañamiento por un especialista en infectología a los niños y niñas víctimas de abuso sexual



Fuente: Tabla N° 21

En caso de abuso sexual a niños y niñas el sistema de salud tanto público como privado, lo que incluye hospitales y centro de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. (Gallo, 2006; Arboleda, 2011)

El médico especialista en infectología realizará la asesoría para el uso adecuado de los kits para profilaxis post exposición, la orientación de los exámenes de laboratorio urgentes y diagnosticará las enfermedades de transmisión sexual o VIH adquiridas en ocasión del acto de abuso. También indicará la prescripción médica del tratamiento profiláctico post exposición, garantizado los medicamentos antirretrovirales y los antibióticos profilácticos y será realizado el seguimiento clínico a las víctimas, en consultas posteriores. (MINSa, 2017; González, 2014)

El objetivo de realizar pruebas del VIH en las víctimas de violencia sexual, es para hacer un diagnóstico “presuntivo” de una posible infección por este virus, previa al evento de exposición de riesgo a través del acto sexual violento. Es importante explicarle a las víctimas y sus familiares, que en caso de un resultado “reactivo”, se hace necesario según el algoritmo vigente,

realizar una segunda prueba y hasta una tercera para confirmar el diagnóstico de infección por HIV. (MINSA, 2017; González, 2014)

Después de realizadas las pruebas se harán seguimientos periódicos, según orientaciones del protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual. (MINSA, 2017)

Tabla Nº 22

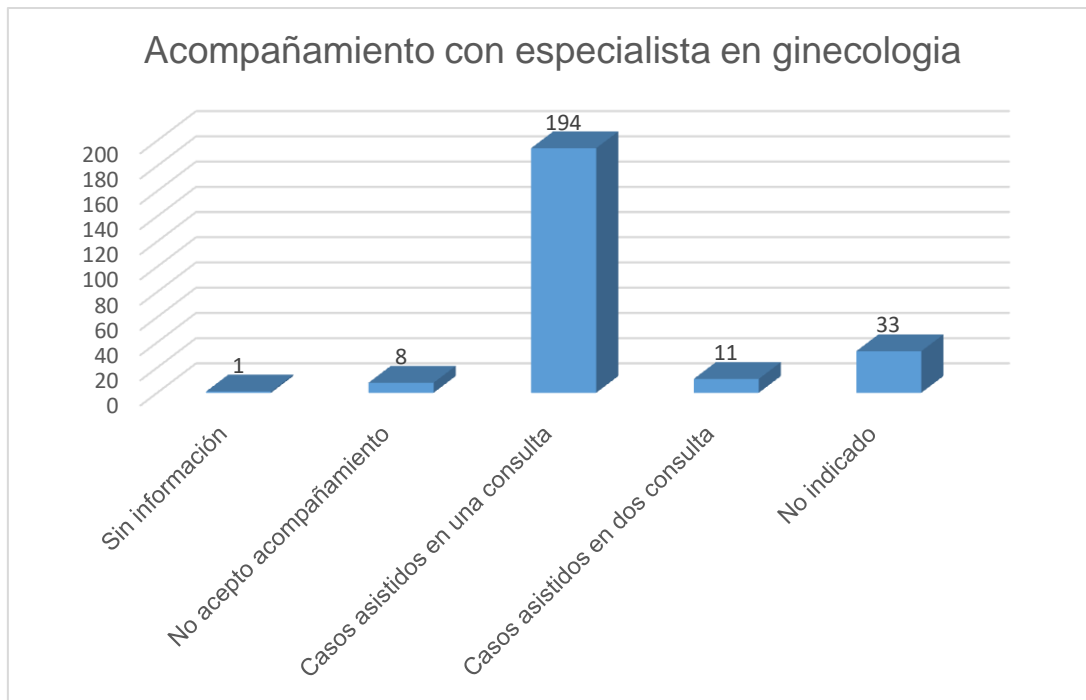
Distribución de la muestra de estudio relacionado con el acompañamiento por especialista en ginecología a los niños y niñas víctimas de abuso

Acompañamiento con especialista en Ginecología	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	1	0.4	0.4	0,4
No acepto acompañamiento	8	3.2	3.2	3.6
Casos asistidos en una consulta	194	78.5	78.5	82.2
Casos asistidos en dos consulta	11	4.5	4.5	86.6
No indicado	33	13.4	13.4	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

En la tabla Nº 23, presenta el acompañamiento realizado a las víctimas por un especialista en ginecología. Del total de casos 194 (78.5%) menores de sexo femenino asistieron a una consulta; 8 (3.2.%) no aceptaron acompañamiento.

Gráfico Nº 22 Distribución de la muestra de estudio relacionado con el acompañamiento por especialista en ginecología a los niños y niñas víctimas de abuso



Fuente: Tabla N° 22

Todos los profesionales de la salud deben de estar capacitados para entrevistar y examinar de manera adecuada a las menores y adolescentes víctimas de abusos, para lo cual es fundamental la elaboración de una correcta historia clínica y un examen clínico adecuado general y ginecológico. Es importante observar las características himenales ya que es determinantes, así como la búsqueda de los demás signos ano genitales sugerentes de abuso sexual. (Gallo, 2006)

También es muy importante la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo, así como la cumplimentación obligatoria en todos los casos de un parte de lesiones. (UNICEF, 2018)

Las pruebas rápidas de embarazo en la orina se basan en la identificación de la hormona Gonadotropina Coriónica. Una prueba “positiva reactiva” indica embarazo previo al evento de violencia sexual. En tal caso no se debería iniciar anticoncepción de emergencia. Si no se cuenta con pruebas de embarazo, la administración de la anticoncepción de emergencia no causa toxicidad en el feto si es que la víctima estuviera ya embarazada, por lo que la realización de la prueba no debe convertirse en barrera para el inicio de la misma. (Ministério de Salud y Protección, 2012)

Al respecto de la prueba de embarazo, un resultado positivo indica que la víctima ya estaba embarazada antes de la exposición de riesgo. (UNICEF, 2018)

Tabla N° 23

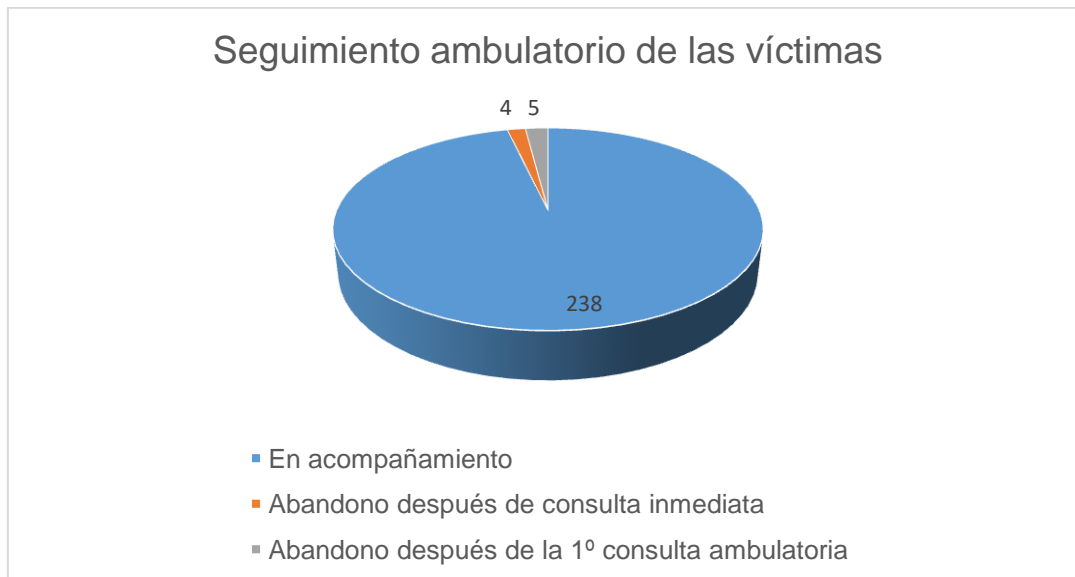
Distribución de la muestra de estudio que tuvieron seguimiento ambulatorio a los niños y niñas víctimas de abuso

Seguimiento ambulatorio	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
En acompañamiento	238	96.4	96.4	96.4
Abandono después de consulta inmediata	4	1.6	1.6	98.0
Abandono después de la 1ª consulta ambulatoria	5	2.0	2.0	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

En la tabla N° 23, hace referencia al seguimiento ambulatorio de las víctimas. El documento sobre el Inquérito de Indicadores Múltiples y de Salud de Angola IIMS (2015-2016), recoge informaciones sobre las fuentes de ayuda contra la violencia que buscan algunas mujeres víctimas de violencia sexual y sus familiares, en el mismo se refleja que los servicios de salud no se encuentran entre los de mayor prioridad para la búsqueda de ayuda y seguimiento. (IMSS, 2016)

Gráfico N° 23 Distribución de la muestra de estudio que tuvieron seguimiento ambulatorio a los niños y niñas víctimas de abuso



Fuente: Tabla N° 23

El seguimiento debe ser realizado desde la atención primaria. Desde la atención primaria se debe realizar una actuación integrada que garantice un adecuado seguimiento. El diagnóstico de un maltrato implica una serie de actuaciones a las que daremos respuesta según surjan las necesidades de los pacientes. (Sánchez, 2004; Gallo, 2006)

En toda agresión sexual el seguimiento de las repercusiones psicológicas es de consideración especial. El apoyo psicológico debe comenzar en el mismo momento del diagnóstico y mantenerse durante meses o incluso años si fuera preciso. (Sánchez, 2004; Protocolos asistenciales en ginecología, 2004)

Se debe trabajar de forma coordinada con los equipos de salud mental y con los servicios sociales. Las asociaciones de víctimas de maltratos y agresiones sexuales también pueden ser un recurso muy útil porque aportan ayuda psicológica especializada, asesoramiento legal, acogida y ayuda mutua. (Sánchez, 2004)

Tabla Nº 24

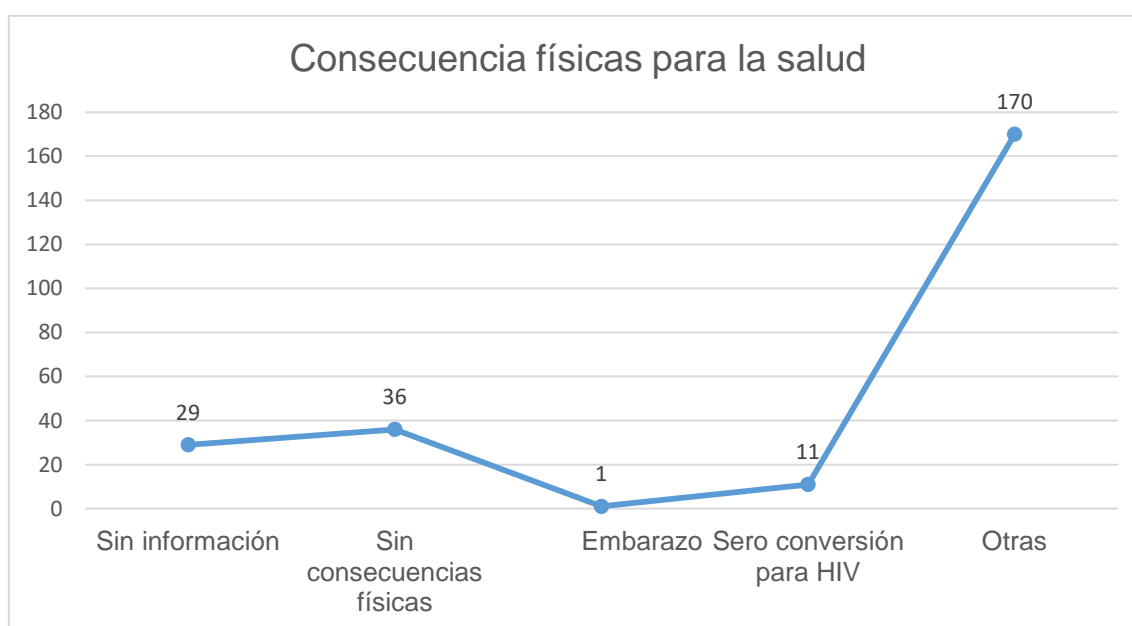
Distribución de la muestra según las consecuencias físicas a la salud en los niños y las niñas víctimas de abuso

Consecuencias físicas para la salud	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	29	11.7	11.7	11.7
Sin consecuencias físicas	36	14.6	14.6	26.3
Embarazo	1	0.4	0.4	26.7
Seroconversión para VIH	11	4.5	4.5	31.2
Otras	170	68.8	68.8	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

En la tabla Nº 24, se presentan las frecuencias y los porcentajes de las consecuencias para la salud física que presentan las víctimas de abuso sexual.

Gráfico Nº 24 Distribución de la muestra de estudio según las consecuencias físicas a la salud en los niños y las niñas víctimas de abuso



Fuente: Tabla N° 24

Los datos indican que los supervivientes masculinos y femeninos de violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales, de salud mental y física. (Arboleda, 2011)

No obstante, las niñas soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia sexual; no solo porque constituyen la gran mayoría de las víctimas sino también porque son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual, inclusive la infección por el VIH, durante el coito vaginal. Aun así, es importante observar que los hombres también son vulnerables a la infección por el VIH en casos de violación. (Andrews, 2004, Gallo, 2006)

Ha sido hallada una relación causal entre el abuso sexual infantil y la aparición de problemas graves de salud física como trastornos somáticos, dolores crónicos y trastornos gastrointestinales y de la alimentación. (Alves, 2015; Arboleda, 2011)

Un estudio realizado en un grupo de 3,568 mujeres de entre 18 y 24 años, evaluaron la relación entre el haber sufrido abuso sexual y la salud mental y física en la actualidad, encontraron que aquellas mujeres presentaban un peor ajuste mental y físico, como mayor depresión, y síntomas físicos como náuseas, dolor de las articulaciones, fatiga y problemas gastrointestinales. (Cortés, 2015)

Para Sánchez, (2004), las agresiones sexuales, tienen grandes consecuencias para la salud física de la víctima. Se ha demostrado que mujeres que sufren de abuso sexual, pueden presentar el 60 % más de probabilidades de desarrollar enfermedades físicas. En la esfera ginecológica y sexual, cabe mencionar hemorragias, e infecciones vaginales y urinarias a repetición, disfunciones sexuales, dolor pélvico, entre otros. Además de embarazos no deseados, abortos inducidos o voluntarios.

Tabla Nº 25

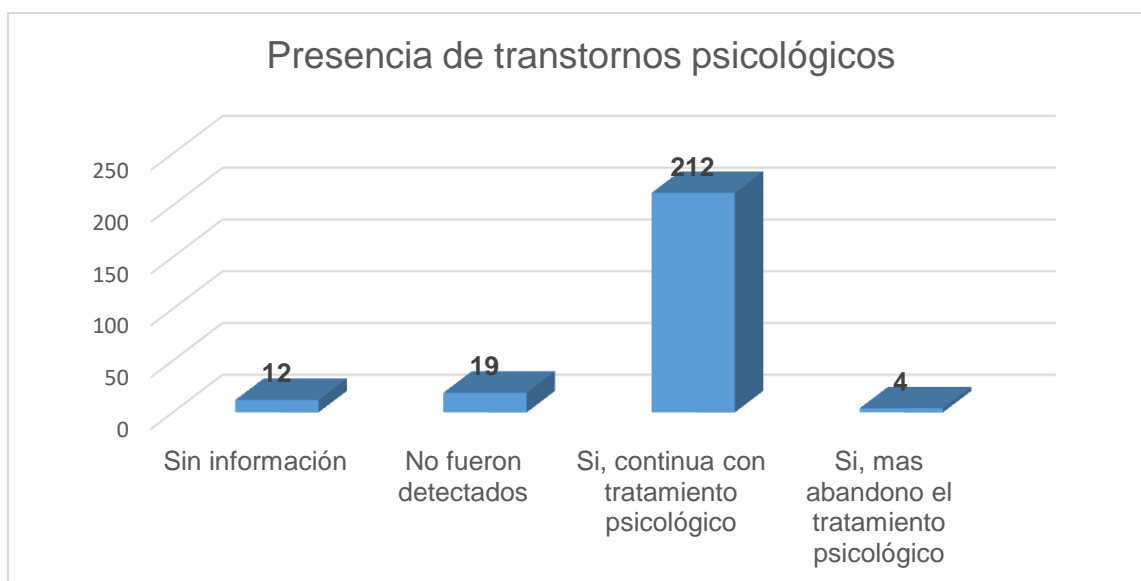
Distribución de los niños y niñas víctimas de abuso que presentaron trastornos psicológicos

Presencia de trastornos psicológicos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Sin información	12	4.9	4.9	4.9
No fueron detectados	19	7.7	7.7	12.6
Presentaron trastornos y continúa con tratamiento psicológico	212	85.8	85.8	98.4
Presentaron trastornos, pero abandonó el tratamiento psicológico	4	1.6	1.6	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Historias clínicas

En la tabla Nº 25 se describe la frecuencia de los trastornos psicológicos presente en las víctimas de abuso, 212 (85.8%) de los casos presentaron trastornos y continúan con tratamiento psicológico; de 12 (4.9%) no existe información; y en 19 (7.7%) de las víctimas no fueron detectados los problemas psicológicos. Sin embargo, 4 (1.6%) abandonaron el tratamiento

Gráfico Nº 25 Distribución de los niños y niñas víctimas de abuso que presentaron trastornos psicológicos



Fuente: Tabla N° 25

Al igual que otras situaciones de violencia, el abuso sexual a menores, puede tener consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas, tanto a corto como a largo plazo.

Entre los efectos a largo plazo, se encuentran la depresión, la ansiedad, una baja autoestima, las ideas e intentos de suicidio, el trastorno de estrés postraumático, problemas en las relaciones interpersonales, ansiedad, dificultades del sueño y consumo de drogas o alcohol. (Sánchez, 2004; Arboleda, 2011)

Las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil pueden ser reportadas también a largo plazo. Las víctimas adultas de abuso sexual infantil presentan mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como depresión, ansiedad, baja autoestima y problemas en las relaciones sexuales. (Alves, 2015; Badoe, 2017)

En general, los investigadores han encontrado mujeres adultas con historial de abuso sexual infantil, tienen mayor probabilidad de desarrollar prácticas sexuales no sanas o mal adaptativas como evitación del sexo o prácticas sexuales de riesgo; además tienen relaciones sexuales con menor frecuencia y pueden experimentar mayor cantidad de problemas y disfunciones sexuales. (Arboleda, 2011; Badoe, 2017)

Para Cantón- Cortés (2015), en el campo socio-emocional en niños pequeños, se pueden encontrar conductas sexuales inapropiadas, problemas relacionados con la ansiedad, la depresión, problemas conductuales y el retraimiento

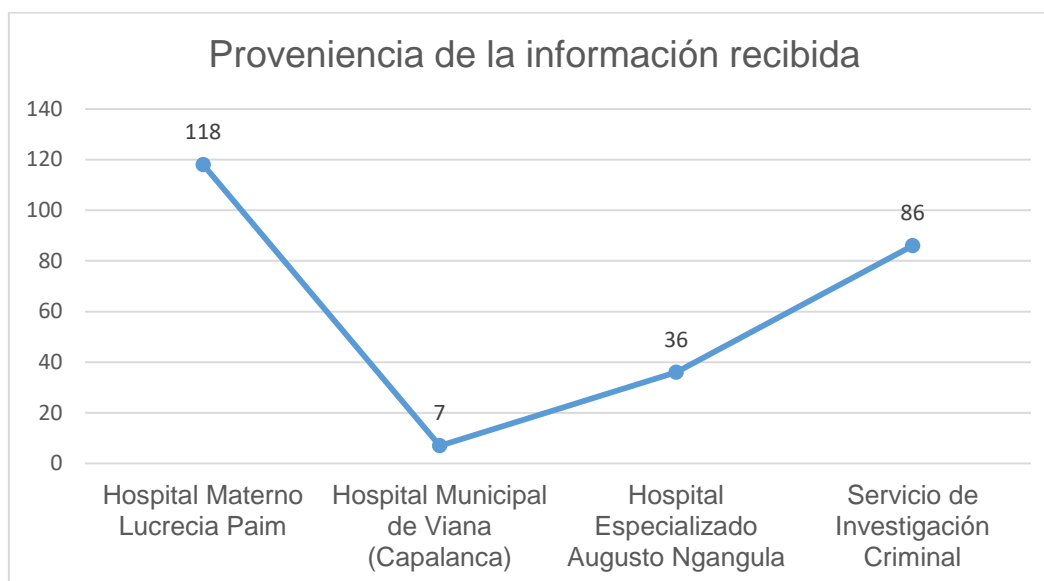
Tabla Nº 26

Lugar de proveniencia de la información recibida

Lugar de proveniencia de la información recibida	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Hospital Materno Lucrecia Paim	118	47.8	47.8	47.8
Hospital Municipal de Viana (Capalanca)	7	2.8	2.8	50.6
Hospital Especializado Augusto Ngangula	36	14.6	14.6	65.2
Servicio de Investigación Criminal	86	34.8	34.8	100.0
Total	247	100.0	100.0	

Nota: Registro Hospitalarios

La tabla Nº 26, muestra que el Hospital Materno Lucrecia Paim, es la institución que más casos de violencia reportó 118 (47.8%); la SIC, el Servicio de Investigación Criminal asociado a la policía angolana reportó 86 (34.8%).

Gráfico N° 26 Lugar de proveniencia de la información recibida

Fuente: Tabla N° 26

Como muchos países en desarrollo, Angola presenta una gran falta de datos y los hallazgos existentes no reflejan la magnitud exacta del problema, el principal desafío es el contexto sociocultural y la enorme cultura del silencio que rodea los temas sexuales. (Alves, 2015)

Estudios han reportado que muchas víctimas de abuso sexual optan por no contárselo a nadie, porque temen a la reacción de los demás, por sentimientos de culpabilidad o de vergüenza. La mitad de los menores que han sufrido abusos eligen a un amigo como confidente y un 20% prefieren a su madre. (Gallo, 2006)

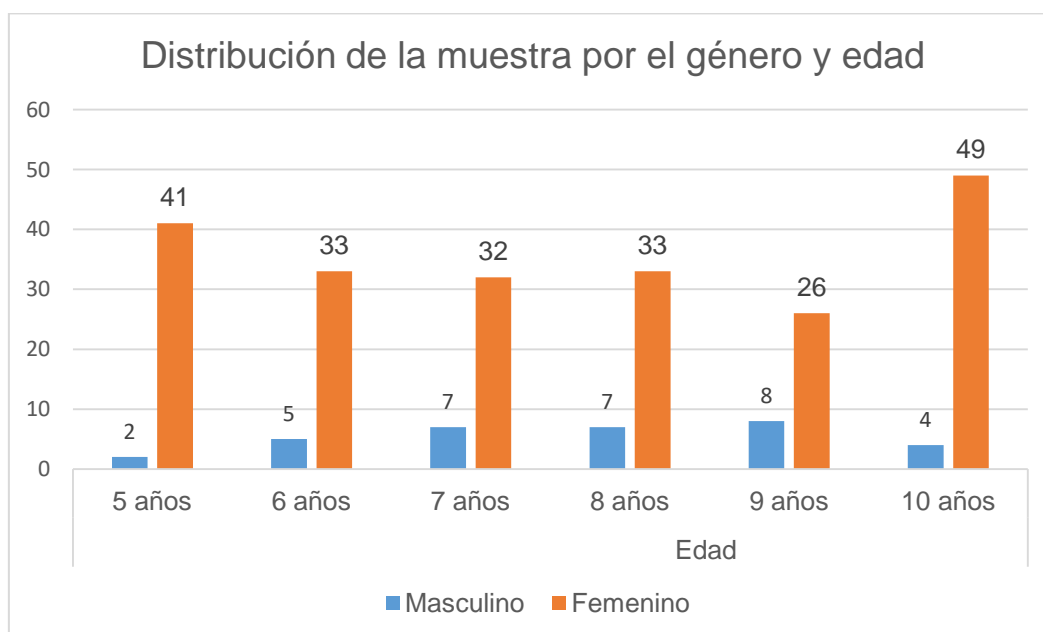
Para Gallo (2006), solamente el 7% de los abusos salen a la luz pública, generalmente a través de denuncias, es evidente que muchos de los casos pasan desapercibidos por las consultas y urgencias de cualquier hospital.

Tabla N° 27

Distribución de la muestra por el género y edad

Género	Edad						Total
	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	
Masculino	2	5	7	7	8	4	33
Femenino	41	33	32	33	26	49	214
Total	43	38	39	40	34	53	247

Nota: Registro Hospitalarios

Gráfico N° 27 Distribución de la muestra según el sexo y la edad

Fuente: Tabla N° 27

En investigaciones realizadas por la OMS, se calculó que la prevalencia mundial de victimización sexual en la niñez era de alrededor de 27% entre niñas y de aproximadamente 14% entre niños varones. (Arboleda, 2011)

Sin embargo, se observó que existe una prevalencia media de abuso sexual en la niñez informada por mujeres era alrededor de 7% y 8% en estudios realizados en América del Sur, América Central y el Caribe; así como en Indonesia, Sri Lanka y Tailandia. (Essabar, 2015; Braun, 2002)

La prevalencia estimada llegaba al 28% en partes de Europa oriental, la Comunidad de Estados Independientes, la región de Asia y el Pacífico y África del Norte. (Cantón- Cortéz, 2014; Cortés, 2015)

En general, es más común el abuso sexual de niñas que de niños varones, sin embargo, estudios recientes en Asia, han reportado que los niños varones son tan afectados como las niñas. (Ministério de Salud y Protección Social; 2012)

Con relación a la edad, autores hacen referencia que en la edad preescolar (entre los 3 y 5 años) es sumamente fácil de imponer sugestionabilidad a los niños y niñas, incluso intencionalidad, especialmente si no se han considerado buenas prácticas en la interacción de la persona adulto y en infante. Entre los 6 y los 9 años, pueden ser más resistentes, aunque no se oponen pueden aceptar de forma pasiva las sugerencias de los adultos, en relación a las posibles acciones de violencia y abuso. A partir de los 9 años, en función de la propia maduración y de sus capacidades cognitivas los niños y niñas son más difíciles de influenciar y a partir de los 12 años, su resistencia sugestiva es similar a la de los adultos. (López, 2020)

Tabla N° 28

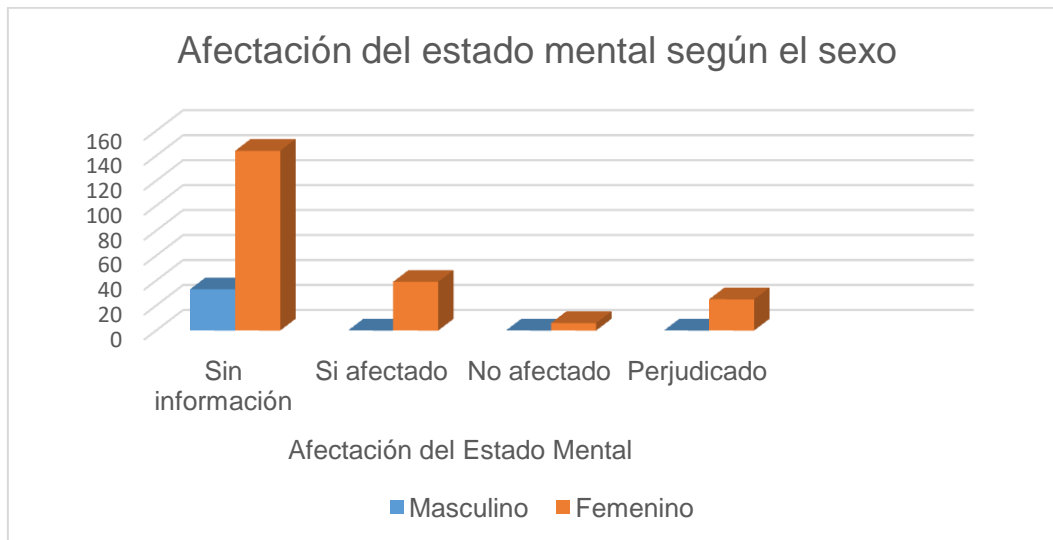
Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental

Sexo	Afectación del Estado Mental				
	Sin información	Si	No	Perjudicado	Total
Masculino	33	0	0	0	33
Femenino	144	39	6	25	214
Total	177	39	6	25	247

Nota: Historia Clínicas

En la tabla N° 28 se observa la relación entre el sexo de las víctimas y la presencia de afectación mental. Puede demostrarse que las niñas son las más afectadas para un total de 214 víctimas que los niños que no se reportan datos de afectación mental para el sexo masculino.

Gráfico N° 28 Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental



Fuente: Tabla N° 28

Autores que han investigado las diferencias de género de las víctimas sugieren que es menos probable que los hombres que han sufrido de abuso sexual infantil, sufran de ansiedad, depresión, y Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) que las mujeres que son abusadas; pero es tan o más probable que sean diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad o que tengan problemas de abuso de sustancias y consumo de alcohol que las mujeres. (Cortés, 2015)

Otras investigaciones han informado que los hombres abusados sexualmente en la infancia cometen más intentos de suicidio y muestran mayores tasas de ideación suicida que las mujeres víctimas de abuso sexual. (Feiring, 2009)

Además, el meta análisis de Oddone (2001) respecto a las consecuencias de la violencia sexual infantil concluyó que estas variaban a corto y largo plazo. Los investigadores encontraron que haber sufrido violencia sexual en la infancia incrementaba en un 143% el riesgo de desarrollar síntomas de TEP (en relación a la población general), el riesgo de depresión o suicidio se incrementa en un 150%, el de promiscuidad sexual en un 100% y el riesgo de perpetuar el ciclo víctima-perpetrador en un 57%.

Otros trastornos reportados, son trastornos con ánimo depresivo caracterizados por una pérdida de la autoestima, desesperanza, ausencia de expectativas de futuro, disminución de las actividades placenteras, cambios en el patrón de sueño y hambre, y a veces riesgo de suicidio, son síntomas que son reportados en las víctimas de violencia sexual. (Braun, 2002)

Tabla N° 29

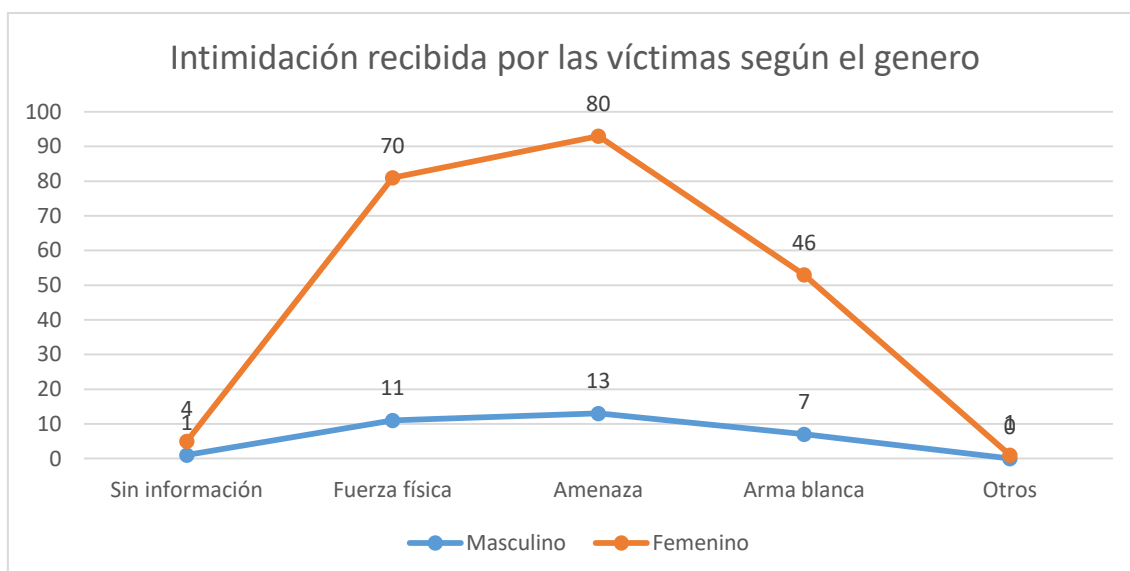
Relación de la muestra según el género de las víctimas y el tipo de intimidación realizada por el abusador

Género de la víctimas	Intimidación						Total
	Sin información	Fuerza física	Amenaza	Arma de fuego	Arma blanca	Otros	
Masculino	1	11	13	1	7	0	33
Femenino	4	70	80	13	46	1	214
Total	5	81	93	14	53	1	247

Nota: Historia Clínicas

La tabla N° 29 muestra los tipos de intimidación utilizados en cada tipo de víctimas según el sexo, observándose una prevalencia de la amenaza y el uso de la fuerza física en las víctimas del sexo femenino.

Gráfico N° 29 Relación de la muestra según el género de las víctimas y el tipo de intimidación realizada por el abusador



Fuente: Tabla N° 29

Un estudio sobre meta análisis realizado en Estados Unidos estima que un 13% de las mujeres y un 3% de los varones pueden sufrir una violación en algún momento de su vida. Datos del abuso sexual en la infancia ponen de manifiesto la gravedad del problema. (Sánchez, 2015)

Una revisión en 20 países mostraba porcentajes de abusos sexuales de un 7-36% para las niñas y de un 3-28% para los niños. (Badoe, 2017; Sánchez, 2015)

Las estrategias del agresor sexual de menores de edad, denominadas dentro del ámbito criminológico como modus operandi, o nivel de intimidación, fueron definidas como el patrón de comportamiento que el agresor manifiesta, antes, durante y después del contacto sexual ilícito. (López, 2020)

Este tipo de estrategias son utilizadas por el agresor para victimizar a la víctima aparecen en la mayoría de los casos y son referidas en la literatura especializada. Estudios corroboran que algunas de las estrategias utilizadas por los agresores, para llevar a cabo los abusos sexuales son el engaño, el juego, la violencia física, la utilización de la autoridad, la manipulación del afecto. (López, 2020)

Tabla N° 30

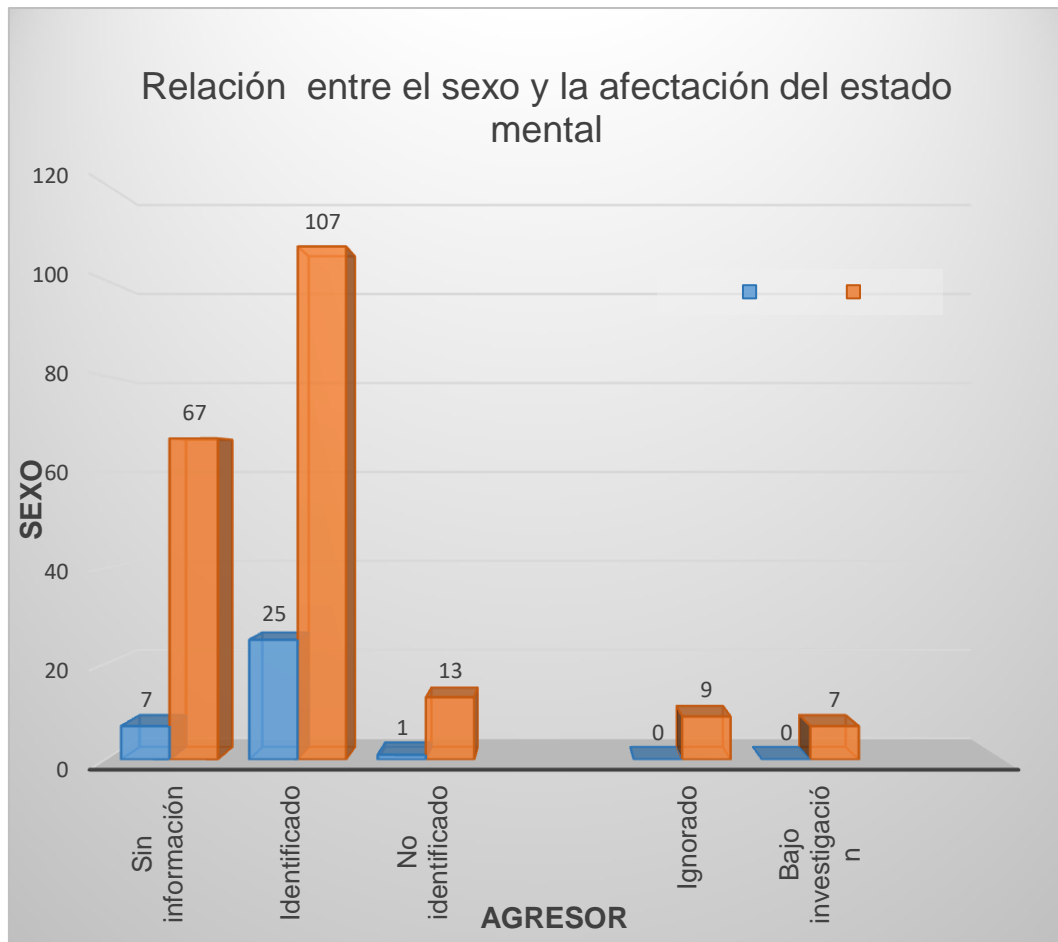
Relación de la muestra por el sexo y la identificación del agresor

Agresor	Género de la víctima		
	Masculino	Femenino	Total
Sin información	7	67	74
Identificado	25	107	132
No identificado	1	13	14
Ignorado	0	9	9
Bajo investigación	0	7	7
Total	33	214	247

Nota: La tabla muestra como se ha comportado la información sobre el agresor y su relación con las víctimas según el sexo

La relación entre las variables sobre el género de las víctimas y sus agresores, se observó en la tabla N° 30; en la que se describe que el género femenino presentó mayor número de agresores identificados siendo 107; mientras que el sexo masculino tuvo apenas 25 perpetradores identificados. También en el sexo femenino presentó mayor número de perpetradores sin identificación.

Gráfico N° 30 Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental



Fuente: Tabla Nº 30

Para Sánchez et al (2004) la mayor parte de las agresiones sexuales se produce en el hogar familiar, por miembros de la propia familia o personas allegadas por quienes las víctimas tienen una relación cercana, dentro de la supuesta seguridad que se presupone al hogar o la familia.

La violencia sexual puede ser ocasionada por extraños, en el ámbito internacional, los estudios reportan que, en el caso de los varones, el abuso puede ser realizado por personas extrañas como un vecino, amigo de la familia, profesores, etc, sin embargo, en el caso de las hembras, está más relacionado con personas que poseen lazos familiares. (Alves, 2015)

De acuerdo con Fernandes (2014) las leyes presumen que las prácticas sexuales con un menor de cierta edad, afecta negativamente el desarrollo global del propio menor, considerando este un acto que debe ser castigado bajo pena criminal.

Tabla Nº 31

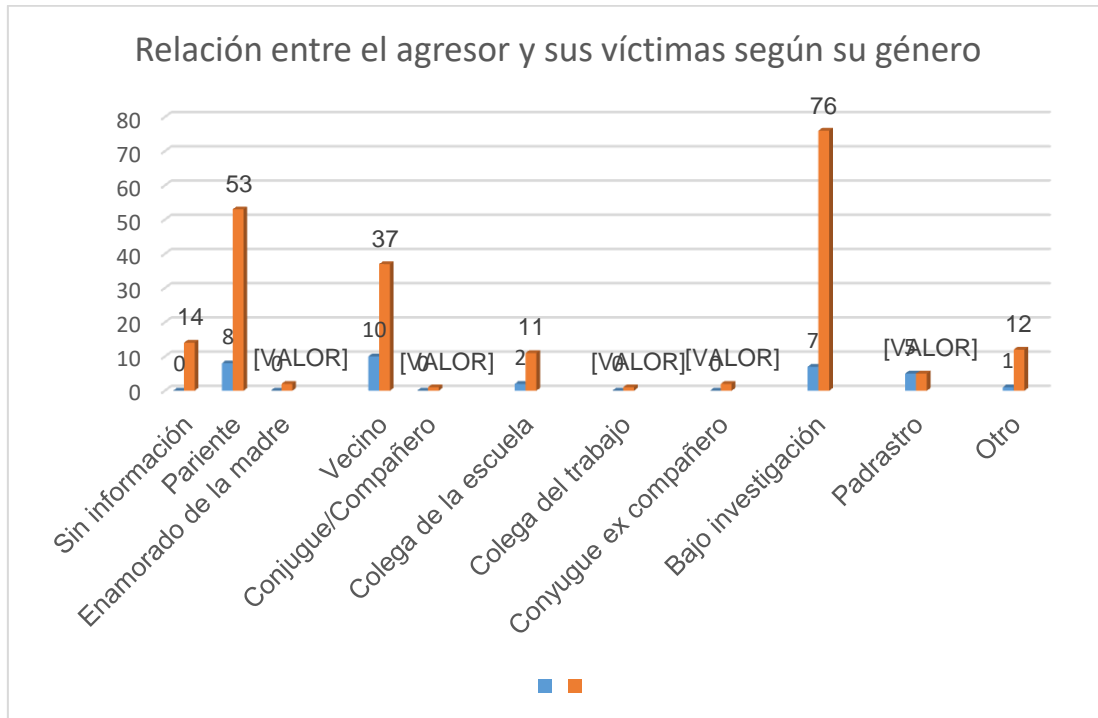
Relación entre el agresor y sus víctimas según su género

Tipo de relación de las víctimas con sus Agresores	Género de la víctima		
	Masculino	Femenino	Total
Sin información	0	14	14
Pariente	8	53	61
Enamorado de la madre	0	2	2
Vecino	10	37	47
Conjuge/Compañero	0	1	1
Colega de la escuela	2	11	13
Colega del trabajo	0	1	1
Conyugue ex compañero	0	2	2
Bajo investigación	7	76	83
Padraastro	5	5	10
Otro	1	12	13
Total	33	214	247

Nota: Fichas policiales

En el estudio se observa una prevalencia del sexo femenino en relación al sexo masculino, cuando se analiza el tipo de relación que se establece entre las víctimas y los agresores, se observa que 76 de los agresores en las niñas se encuentran bajo investigación; mientras que 53 son parientes y 37 fueron vecinos. Para el sexo masculino 10 de los perpetradores fueron vecinos.

Gráfico N° 31 Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental



Fuente: Tabla N° 31

A selección de la víctima por parte de los agresores está asociado a diferentes factores, ya sean los agresores intrafamiliares o extra-familiares, pues piensan que la población infantil, son objetivos perfectos para actos criminales, porque son normalmente confiables, ingenuos, aventureros y ansiosos por recibir atención y efecto. (Fernades, 2014)

Actualmente con las nuevas tecnologías, los menores corren más peligro ya que la internet permite el anonimato de los agresores, sobre todo aquellos que son desconocidos en su entorno familiar para los menores; teniendo acceso a las informaciones, datos y fotografías de las víctimas, disponibles en el ciberespacio, lo que permite al abusador escoger sus víctimas. (Soeiro, 2009; Fernandes 2014)

Así mismo, otras investigaciones concluyeron sobre la relación entre víctima y agresor, que el tipo de relación familiar también puede estar influenciada por el modus operandi de los agresores. En este estudio los resultados demuestran que los agresores intrafamiliares hicieron mayor uso que los agresores extras familiares de las estrategias para proporcionar regalos

y atenciones con el objetivo de ganar confianza. (López, 2020). Este mismo autor hace referencia en su investigación sobre el tipo de relación más frecuente que se observó encontrándose la relación con el progenitor y el padrastro en 18.7%; la relación con el vecino 15.6%, y el entorno educativo educador, profesor, y entrenador representado en 18.7%.

Tabla N° 32

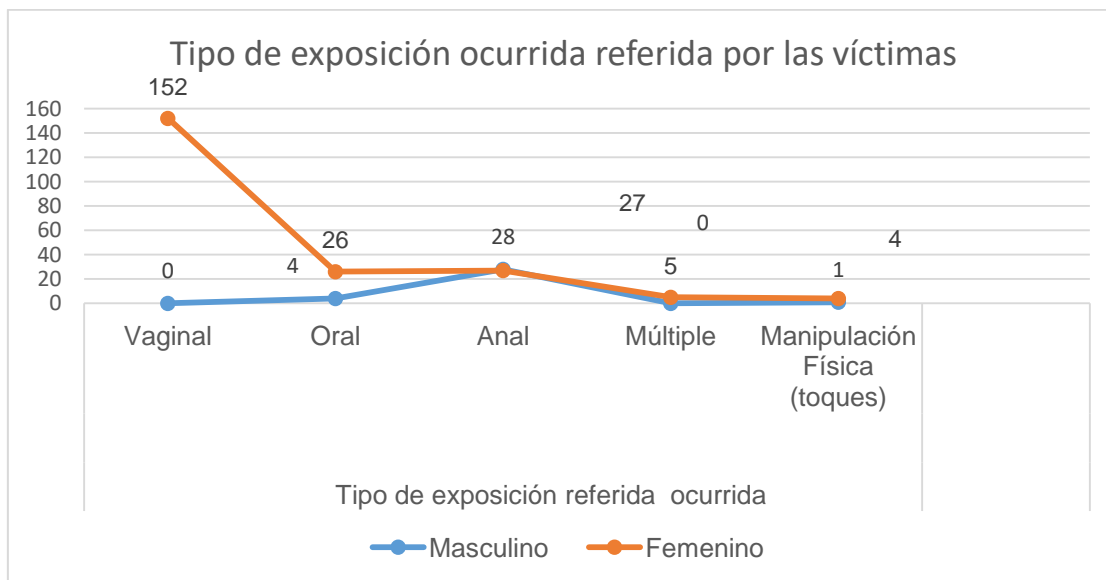
Distribución de la muestra por el sexo y tipo de exposición referida u ocurrida

Género de la víctima	Tipo de exposición referida ocurrida					
	Vaginal	Oral	Anal	Múltiple	Manipulación Física (toques)	Total
Masculino	0	4	28	0	1	33
Femenino	152	26	27	5	4	214
Total	152	30	55	5	4	247

Nota: Fichas policiales

Con relación a la información sobre la exposición ocurrida o referida por las víctimas, en la tabla N° 34 se observa la comparación entre los géneros, masculino y femenino. La mayor prevalencia para el sexo femenino está asociada en la exposición evidentemente por vía vaginal; estando presente en 152 casos. Por vía anal hubo mayor número de casos en el sexo masculino para 28 casos; sin embargo, para el sexo femenino hubo 27 casos. La exposición por vía oral, estuvo presente en 26 niñas y en niños solo se reportaron 4 casos.

Gráfico N° 32 Relación de la muestra por el sexo y la afectación del estado mental



Fuente: Tabla N° 32

Cuando en las niñas pequeñas existe penetración vaginal se producen lesiones realmente graves, con grandes desgarros perineales o estallidos vaginales, que pueden desencadenar cuadros agudos que requieren cirugías de emergencias, terapias intensivas y frecuentemente pueden causar la muerte. En las niñas mayores de 6 años y cuanto más próxima está la pubertad, los signos genitales de abuso son progresivamente similares a los observables en la mujer adulta. (Almada, 2010)

Para lo que atañe a los hallazgos anales en casos de sospecha de abuso sexual de niños y niñas caben algunas consideraciones similares a las realizadas respecto a las lesiones genitales. El abuso sexual suele ocurrir con indemnidad de la región anal y, paralelamente, existe una variedad de lesiones anales y/o rectales que no guardan relación alguna con abuso. Al igual que las lesiones genitales, pueden curar sin dejar secuelas. (Almada, 2010; López, 2020)

De acuerdo con estudio realizado en Portugal, por el autor el diagnóstico es difícil de detectar debido a que rara vez resultan lesiones físicas o vestigios, pues en la mayoría de los casos no hay penetración en niños

pequeños, y al mismo tiempo también son poco reportados a esa edad, por miedo a represalias por los padres, o por el agresor, por miedo a que no crean en ellas, o de ser separadas de sus familiares o seres queridos. En este estudio del total de 44 víctimas estudiadas, cuasi la mitad sufrió penetración vaginal o anal; el 21% sufrieron sexo anal y sexo oral, otras víctimas ocurrieron toques y juegos sexuales. (Fernandes, 2014)

Para Almada (2010), los posibles hallazgos periciales en un niño o niña sexualmente abusados son extraordinariamente variables, desde verdaderas destrucciones del aparato genital hasta la completa ausencia de objetivables; más allá de su variabilidad, es posible establecer dos grandes patrones de presentación bien definidos, que están en función del crecimiento y el desarrollo de los niños.

Tabla Nº 33

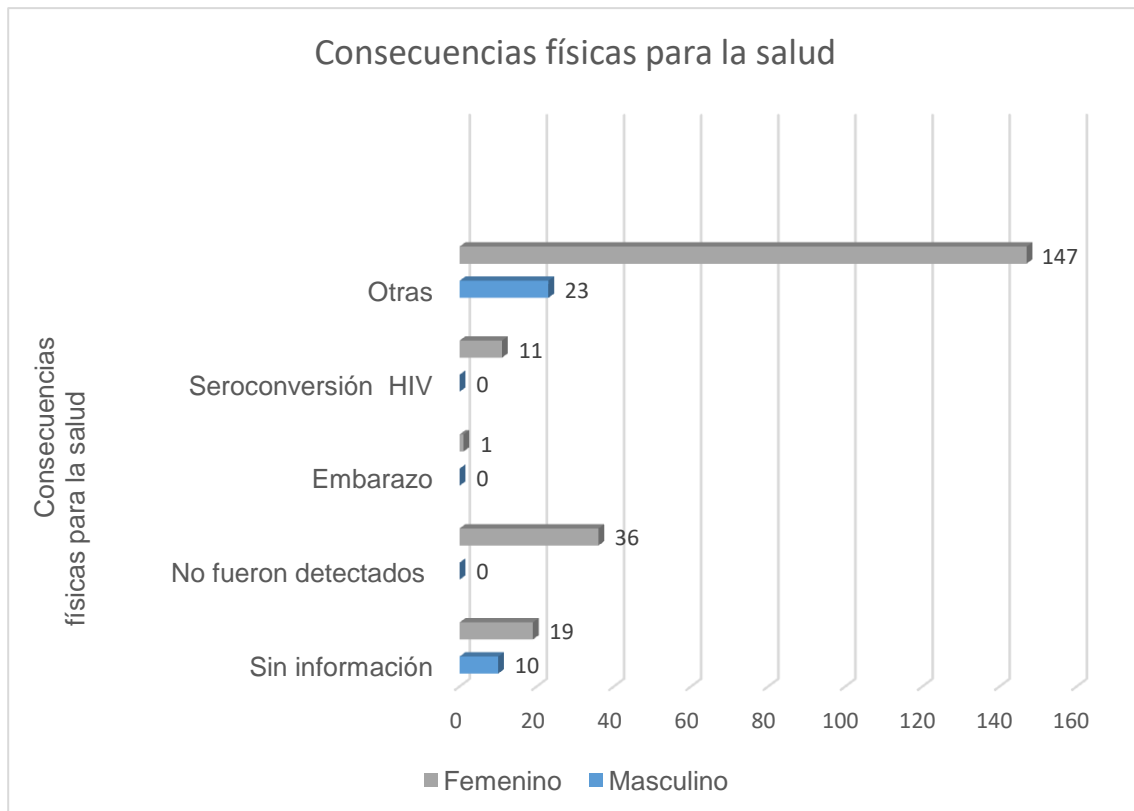
Relación de la muestra por el sexo y la presencia de consecuencias físicas para la salud

Género de la víctima	Consecuencias físicas para la salud					
	Sin información	No fueron detectados	Embarazo	Seroconversión VIH	Otras	Total
Masculino	10	0	0	0	23	33
Femenino	19	36	1	11	147	214
Total	29	36	1	11	170	247

Nota: La tabla muestra las consecuencias físicas que han presentado las niñas y los niños víctimas de la agresión sexual.

La siguiente tabla muestra las consecuencias físicas que tuvo para las víctimas la agresión sexual, en la misma se observa que las niñas manifestaron más afectaciones físicas que los niños.

Gráfico N° 33 Relación de la muestra por el sexo y la presencia de consecuencias físicas para la salud



Fuente: Tabla N° 33

Según el autor Manuel (2020, p 153), las consecuencias físicas relacionadas con la agresión sexual pueden variar de acuerdo con la forma como el acto fue perpetrado, el número de agresiones, y las zonas corporales. Algunas de las consecuencias físicas más frecuentes publicadas en la literatura son laceraciones vaginales, anales y uterinas, dolores bajo vientre, frigidez, inhibición del crecimiento, etc. El desarrollo sexual de las víctimas también puede verse afectado por el abuso, y pueden presentar comportamientos sexuales atípicos para su edad.

Tabla N° 34

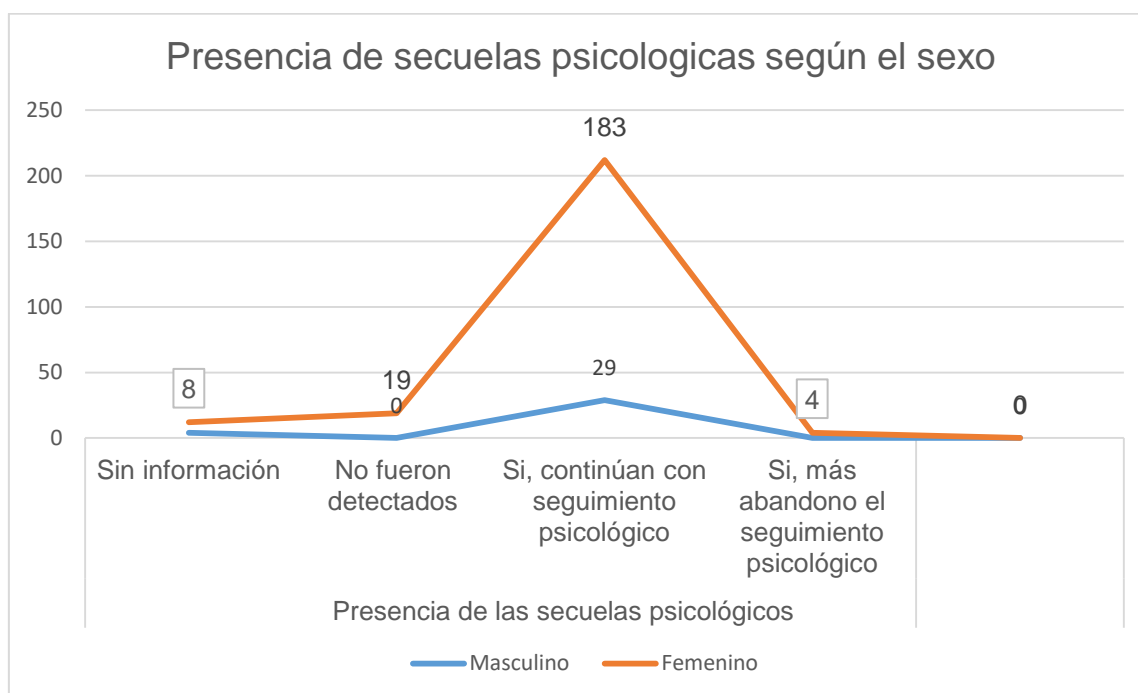
Relación de la muestra según el género y la presencia de secuelas psicológicas

Género	Presencia de las secuelas psicológicas				Total
	Sin información	No fueron detectados	Si, continúan con seguimiento psicológico	Si, más abandono el seguimiento psicológico	
Masculino	4	0	29	0	33
Femenino	8	19	183	4	214
Total	12	19	212	4	247

Nota: La tabla muestra la presencia de secuelas psicológicas y el seguimiento por el especialista que se les realizó a las víctimas.

En la tabla N° 34 se describe la relación entre el género de las víctimas y la presencia de secuelas psicológicas y su seguimiento en las mismas.

Gráfico N° 34 Relación de la muestra según el género y la presencia de secuelas psicológicas



Fuente: Tabla N° 34

Las niñas presentan el mayor número de secuelas y continúan con seguimiento con especialista de psicología, representado por 183 víctimas, en el caso de los varones hubo 29 víctimas que presentaron secuelas psicológicas y también continúan en seguimiento con los especialistas; en 19 víctimas del género femenino no fueron detectadas secuelas psicológicas.

Varias literaturas han resaltado que son muchos los casos de violencia sexual que no son denunciados, favoreciendo que se mantengan los actos y causando daños irreparables al crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes. Estos daños pueden persistir en la edad adulta, incluyendo cuadros de depresión, trastornos obsesivo compulsivo, comportamiento suicida, falta de ajuste social, falta de confianza y relaciones inseguras. (Miranda, 2020; Sánchez, 2004)

Notificar los casos de violencia permite la mayor visibilidad de este fenómeno, proporcionando el levantamiento de indicadores que promuevan la asistencia de las víctimas a los servicios de salud y su seguimiento. (Miranda, 2020)

Para la OPS, se debe proporcionar atención de reevaluación y seguimiento a las niño, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y violencia sexual. Las víctimas deben regresar a consulta control en 14 días después de la primera consulta. Si no asiste a consulta, con los profesionales de trabajo social y psicología se debe contactar a la red de protección del niño maltratado; en caso de haber asistido a consulta se debe recomendar y estimular que se cumplan las recomendaciones orientadas en las consultas y reforzar los comportamientos positivos. (Guarin 2001)

Con relación a los autores Miranda y colaboradores (2020), la red de atención integral para el cuidado de niños y adolescentes, en situación de violencia tienen como objetivo orientar, fortalecer, y estimular la actuación de profesionales y gestores en el planeamiento de acciones de promoción de salud, prevención de violencia y protección de los derechos de los niños y adolescentes.

ANÁLISIS CUALITATIVOS DE LOS RESULTADOS

En el presente apartado se discuten los resultados obtenidos a través de las informaciones derivadas de las entrevistas.

El análisis fue realizado con base a los datos adquiridos en el cuadro teórico relacionado a la violencia sexual en niños de 5 a 10 años de edad. Los procedimientos de protección a los niños y niñas abusadas en Luanda en el periodo de 2016 a 2018.

Teniendo en cuenta el problema de investigación y los objetivos trazados en el trabajo, se organizó este acápite en los siguientes elementos:

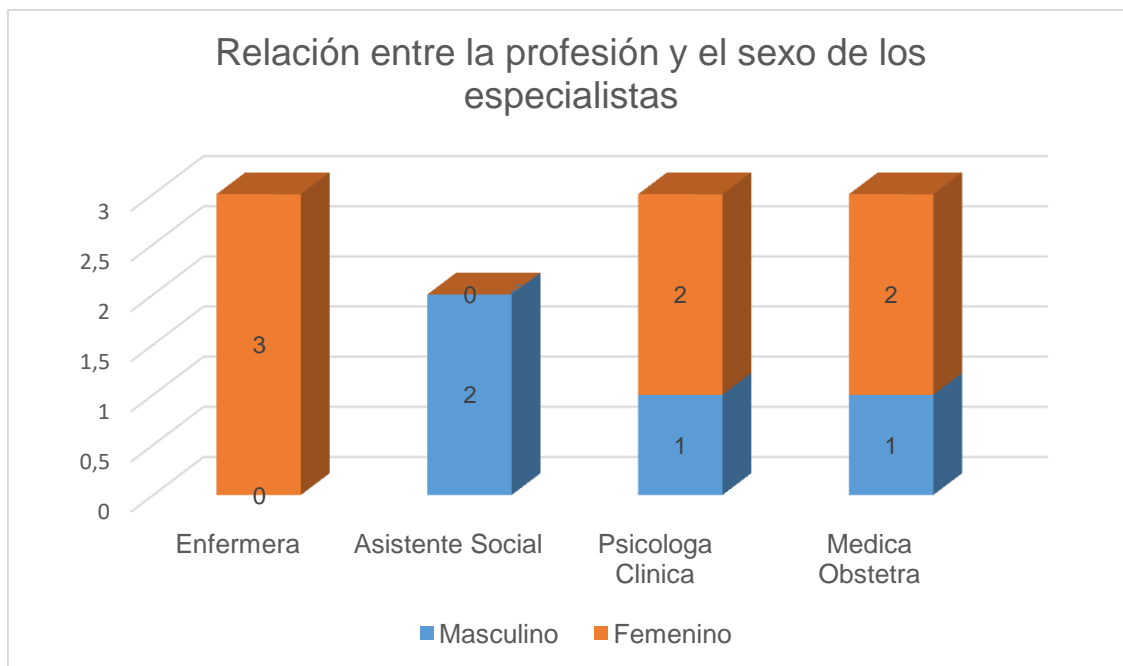
- (i) Perfil de los entrevistados
- (ii) Análisis e interpretación de los resultados

Tabla N° 35 Descripción del grupo de especialistas entrevistados

Nombre	Sexo	Especialidad	Institución
Idalina de Carvalho	F	Psicóloga Clínica	Hospital Municipal de Viana (Capalanga)
Marlene Pacheco Cabral	F	Psicóloga Clínica	Hospital dos Cajueiros
Graciete Sangano	F	Médica obstetra	Hospital Municipal de Viana (Capalanga)
Mariquinhas Gomes	F	Enfermera	Maternidad Lucrecia Paim
João Oliveira Felipe	M	Psicólogo Clínico	Maternidad Lucrecia Paim
Dialez Beltran	M	Médico Obstetra	Hospital Municipal de Viana (Capalanga)
Emilia Batalha	F	Médica Obstetra	Hospital Municipal de Cacuaco
Feliciana Miranda	F	Enfermera	Hospital Municipal de Viana (Capalanga)
Laura	F	Enfermera	Hospital Municipal de Viana (Capalanga)
Hermenegildo Castro	M	Asistente Social	Hospital Pediátrico de Luanda
Bruno Pedro	M	Asistente Social	Instituto Nacional del Niño INAC

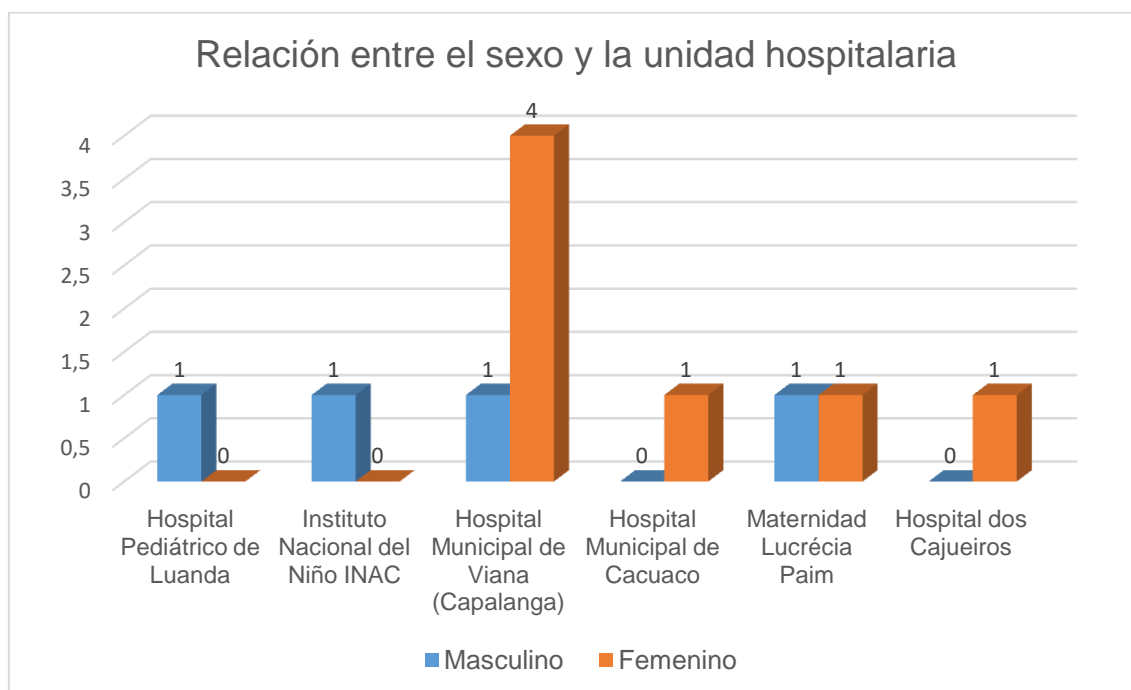
Configurar a tabla.

Gráfico N° 35 Relación entre la profesión y el sexo de los especialistas entrevistados



Fuente: Tabla N° 35

Gráfico Nº 36 Relación entre el el sexo y la unidad hospitalaria



Fuente: Tabla Nº 35

La presente tabla describe la caracterización del perfil de los entrevistados, de los 11 entrevistados en relación al sexo, siete especialistas son de sexo femenino y cuatro de sexo masculino. Con relación a las especialidades, tres son psicólogos clínicos; tres son enfermeros; tres son médicos; y dos son asistentes sociales. En cuanto a las instituciones que los profesionales se desempeñan; cinco pertenecen al Hospital Municipal de Viana; uno profesional desempeña sus labores en el Hospital Municipal de Cacucaco; dos en Maternidad Lucrecia Paim; uno en el Hospital de los Cajueiros, uno en el Hospital Pediátrico de Luanda; y otro en el INAC.

La primera cuestión presentada y discutida por los entrevistados estuvo relacionada con el tiempo que los profesionales trabajaban con niños y niñas víctimas de violencia sexual, los cuales refieren que han trabajado durante un periodo de 2 a 24 años, tal como se describe en las siguientes declaraciones:

“He trabajado durante dos años, desde octubre 2019, ya estoy a camino para un tercero, pero es mejor considerar apenas los dos años” (Idalina de Carvalho. Psicóloga Clínica del Hospital Municipal de Viana)

“Van hacer 20 años de trabajo en la Maternidad Lucrecia Paim, y he visto muchos casos, aunque en los últimos años, se ha observado un aumento de los casos de violencia infantil” (Mariquinha Gomes, Enfermera Maternidade Lucrecia Paim).

La segunda cuestión analizada y discutida por los entrevistados estuvo relacionada a los procedimientos realizados cuando un niño o niña es víctima de violencia sexual, donde los entrevistados comparten la visión de Costa y Duarte (2000), cuando defienden que debe ser indispensable los servicios especializados para atender esta problemática, teniendo en cuenta, la complejidad y especificidad de cada situación, por lo que los equipos multidisciplinares pueden analizar e intervenir, según la situación. Oliveira (2005: 379) defiende que los servicios siguen el protocolo de medicación de contracepción de emergencia y profiláctico de DST e HIV tal como nos demuestran los siguientes criterios:

“El primer procedimiento debe estar relacionado con el área de maternidad, normalmente viene a pasar por el área de psicología y después de todo procedimiento legal, la confirmación del acto en el área de la maternidad ya que existe en esta área un departamento penal, o laboratorio de criminalística donde se confirma el diagnóstico” (Idalina de Carvalho, Psicologa Clinica do Hospital Municipal de Viana)

“En primer lugar, esos casos generalmente son asistidos por la policía, cuando vienen con la policía van directamente al banco de urgencia de medicina del hospital materno, y el médico evalúa si realmente hubo caso de abuso sexual o penetración, y junto con la policía se realizan algunos procedimientos aquí en el hospital”. (Marlene Pacheco Cabral. Psicóloga Clínica hospital dos Cajueiros)

“Todos los niños que sufren abuso sexual deben ser observados en primer lugar por el banco de urgencia, donde será valorado por una psicóloga, la víctima será recibido acompañada de un adulto o familiar que le acompaña para la consulta”. (Joao de Oliveira Felipe. Psicólogo Clínico de la Maternidad Lucrecia Paim)

“A nivel hospitalario primeramente el paciente llega en este caso y nosotros pedimos algunos exámenes como hemograma, serología, hepatitis B, VIH, y exámenes para investigar ETS, mismo no confirmando violencia sexual, orientamos el

medicamento contra las infecciones de transmisión sexual profilácticamente". (Emilia Batalha, Médica del Hospital de Cacuaco).

El argumento que se sigue en el presente estudio, está relacionado con las secuelas físicas y psicológicas de la violencia sexual en los niños y niñas, donde los entrevistados comparen su visión con el autor, Scarpato (2004), una persona puede tener miedo apenas por algunos días y después regresar a una vida normal, otras víctimas pueden que no consigan regresar a su rutina normal por un largo periodo de tiempo; y otras pueden caer en una profunda depresión debido al impacto que causa este tipo de experiencia. Demarti (1999) defiende que muchos estudios han intentado encontrar relación entre la infancia de las víctimas con relaciones familiares patológicas. Prado (2004) refiere que los síntomas pueden afectar todas las esferas y las actividades pudiendo representar a nivel corporal y de comportamiento todo aquello que la víctima sufrió. Los criterios en relación a este aspecto son los siguientes:

"Muchos de estos niños y niñas que son abusadas sexualmente en la vida adulta presenta ciertos comportamientos, muchos de ellas se comportan fríamente, con consiguen alcanzar el orgasmo cuando tienen relaciones sexuales, muchas de las víctimas no consiguen tener hijos, y algunas de ellas no aceptan tener relaciones ya sean de tipo masculino o femenina". (Marlene Pacheco Cabral Psicóloga Clínica Hospital de los Cajeros).

"Las víctimas de menor edad, fácilmente puedes olvidar las agresiones sufridas, pero los victimas mayor de cinco años, las informaciones, y estos tipos de episodios pueden quedar registrados en la memoria a largo plazo por lo que es necesario que las victimas tengan acompañamiento psicológico (...) son esos niños que cuando crecen ya conocen de sexo, tiene relaciones sexuales precozmente, y las niñas puede hasta verse relacionadas con la prostitución, por no tener un adecuado acompañamiento psicológico". (João Oliveira Filipe, Psicólogo Clínico Maternidad Lucrecia Paim).

"Independientemente del abuso, pueden presentarse heridas de mayor o menor dimensión se han presentado aquellas grandes laceraciones que debemos suturar la vagina, han presentado otras laceraciones que han afectado hasta el útero"

de las niñas, además de secuelas psicológicas. Las víctimas en su mayoría quedan traumatizadas.” (Feliciano Miranda, Enfermera del Hospital Municipal de Viana)

Otra cuestión pertinente presentada por los entrevistados son los aspectos relacionados con las edades más afectadas por la violencia sexual. Fue observado que los entrevistados comparten la idea de Costa (2020) el mismo refiere, que generalmente, los casos en niños y niñas con menos de 1 año rondan los 34%; los casos de 1 a 4 años 20% y los casos de 5 a 9 años, 34 % tal como presentan los criterios siguientes:

“Es imposible decir un valor máximo porque yo ya vi niños de nueve meses, de un año, dos, tres, seis; entonces decir que una edad específica, es completamente difícil porque los adultos de hoy han perdido la sensibilidad, perdieron el amor al prójimo”. (Mariquinha Gomes, Enfermera de la Maternidad Lucrecia Paim)

“La edad más frecuente está en el intervalo de cinco para abajo, es doloroso, porque soy humano, tengo familia, soy padre y no gusto de estas cosas. Me incomoda porque mi hija ya está grande”. (Díaz Beltrán. Médico del Hospital Municipal de Viana).

“Todas las edades, son complicadas, pero más complicadas es con los niños menores de cinco años, es mucho más complicado”. (Feliciano Miranda. Enfermera del Hospital Municipal de Viana)

Otro aspecto analizado por los entrevistados estuvo relacionado a los mecanismos de protección social en vigor en el país, los criterios de los entrevistados coincidieron con Pereira (2006); el cual expone que existen diversos mecanismos relacionados a los profesionales de la salud, a educación, los técnicos del servicio social y todos los órganos de intervención legal relacionados a los derechos de los niños y niñas víctimas de violencia sexual y así lo demuestran los siguientes criterios:

“En Angola existe el sistema nacional de protección de niños que está constituido por un conjunto de leyes, instituciones y servicios. Ha poco tiempo fue aprobado un instrumento que es identificado como flujograma de atención a niños y niñas que no es más que un conjunto de pasos que deben ser realizados por las instituciones involucradas cuando se presentan determinadas situaciones de abuso

sexual. Tenemos por ejemplo los gabinetes provinciales y municipales de Acción social, los servicios de investigación criminal y otras instituciones relacionadas”. (Bruno Pedro, asistente social de INAC).

“El mecanismo sería inicialmente preventivo que es conversar más con los niños y niñas, orientándose sobre quien puede y quien no puede tocar las partes íntimas de ella. Infelizmente, nosotros pensamos que la sexualidad se habla a partir de la edad de los 15, 16 y 18 años; más la verdad es que se debe hablar de sexualidad con los niños desde edad muy temprana; se le debe mostrar cuales son las partes íntimas, y que no deben ser tocados o tocadas as por nadie, ni siquiera papá o hermanos; también se debe estar atentos, a la comprensión de esa información por parte de los propios niños y niñas”. (Idalina de Carvalho; Psicóloga del Hospital Municipal de Viana)

“Nosotros mostramos a las madres a enseñar cómo los niños y niñas pueden protegerse, tal como evitar ciertos toques que los adultos pueden hacer, no basta con que los niños informen a las madres, que el tío tocó en los senos o en las partes íntimas de las niñas. Enseñar a las madres como deben mostrarles a los hijos e hijas que ciertas partes del cuerpo no son permitidos tocar por nadie, y es en eso que estamos a trabajar para ayudar”. (Marlene Pacheco Cabral, Psicóloga Clínica del Hospital de los Cajueiros).

“Los mecanismos son eficaces, está todo escrito y muy bien escrito, infelizmente, se perde en la ejecución y esta parte, es la que hace que nosotros tengamos una serie de casos actualmente en Angola de violencia sexual a menores y que no se descubre cuáles son los reales autores. Pero, en mi opinión los mecanismos son eficaces, están todos escritos, la ley sobre la protección y desarrollo integral de los niños y niñas es eficaz; al igual que los parámetros de actuación para las menores víctimas de violencia sexual”. (Hermenegildo Castro, Asistente Social Hospital Pediátrico de Luanda)

La cuestión que se sigue en el presente estudio estuvo relacionada a la posibilidad de orientar a los menores sobre lo que es la violencia sexual, los entrevistados comparten la visión de Demartis (1999), cuando defiende que para la psicología infantil de Freud, los niños y niñas se identifican con las personas que lo influyen, según las modalidades emocionales y de Mead (Apud Bryn 2006), cuando expresa que la comunicación humana implica ver a si

propio del punto de vista de los otros y que toda comunicación humana depende de la capacidad de asumir el papel del otro y de Kohlberg (apud Bryn 2006) cuando mostro el raciocinio moral de los niños en distinguir lo cierto de lo erróneo, tal como se presenta en las siguientes criterios:

“Si es posible, a pesar de muchos de nosotras madres, tenemos tabúes de hablar sobre la sexualidad con nuestros hijos, entonces es en ese tabú que también los violadores se aprovechan, la debilidad de muchos menores es porque en caso no se habla sobre sexualidad, las madres no gustan o no se sienten cómodas de hablar, entonces ellos no saben nada de lo que ocurre en la vida real”. (Marlene Pacheco Cabral, Psicóloga Clínica Hospital de los Cajueiros).

“Alertar es posible porque yo creo que en las escuelas los profesores o los psicólogos acompañen y estén juntos a los menores paso a paso, y que preparen a los niños y niñas a través de conversaciones, orientación a los menores y a sus padres; los propios padres en casa, creo que hay muchos padres que orientan en casa, pero el problema es que el peligro está siempre a espera y la gente nunca sabe, hoy tenemos miedo de todo y de todos, del hermano, del propio padre, que debía ser la persona que debía proteger al menor, he ahí el grande problema, los tíos que a final de cuentas, ya no sabemos en quien confiar, y después, no es solo el sexo femenino el que corre peligro, el masculino también”. (Mariquinha Gomes, Enfermera de la Maternidad Lucrecia Paim)

“Creo que los niños y niñas tiene todo el tiempo antes de ir para la escuela, existen diferentes niveles de educación para los niños y niñas, la familia es la principal esfera de atención antes de ir para la escuela, es la familia quien tiene que orientar, porque es la familia la unidad estructural o célula de una sociedad”. (Díaz Beltrán. Médico del Hospital Municipal de Viana).

“Yo pienso que es posible que la familia participe en esta tarea de educar a los niños y niñas, la familia ya tiene la cultura y en mente que un niño es un niño y una niña es una niña; que cuando una niña está junto a un niño no puede estar descubierta, no debe sentar con las piernas abiertas, entonces, creo que es posible si, y nosotros debemos todos los días conversar con los niños y niñas teniendo en cuenta que el índice de violación está aumentando por lo que se debía sensibilizar a los niños y niñas en este sentido”. (Emilia Batalha, Médica del Hospital Municipal de Cacaco)

El aspecto a discutir a continuación es sobre el análisis sobre los elementos a tener en cuenta para evitar o reducir la violencia sexual. Los especialistas entrevistados, comparten la idea de Costa e Duarte (2000), que hace referencia que no es suficiente crear los organismos de apoyo, sino que es fundamental cambiar mentalidades, valores, preconceptos, que en ocasiones funcionan como fomentadores de la violencia. Es importante organizar equipos multidisciplinares, con formación adecuada en esta materia, pues así podrán crear acciones de prevención para este problema:

“Es importante la concientización y apoyo a las víctimas, infelizmente, muchos violadores, fueron víctimas de violación, se buscamos y hacemos un análisis, de las personas que han sufrido abuso durante la infancia, repiten esos actos con otras víctimas, por tanto, tratar a estas personas, es una manera también de evitar que se repitan estos actos”. (Idalina de Carvalho. Psicóloga Clínica. Hospital Municipal de Viana)

“Seguro que podemos, nosotros crecimos siendo orientados por nuestros padres, es que los padres no pueden pensar que la educación sexual, los niños y niñas van a adquirirla en la calle o en la escuela; es en el hogar donde los menores tienen que aprender cómo vestir, que partes de su cuerpo los adultos no pueden tocar, porque los niños tienen que saberlo, desde las edades más tempranas”. (Hermenegildo Castro, Asistente social, hospital pediátrico de Luanda)

Otro elemento importante presentado por los entrevistados, estuvo relacionado a el papel de los profesionales de salud en la prevención de estos casos contra la violencia sexual en menores de edad. Los especialistas entrevistados, reconocen que debe existir un programa que integre todas las instituciones del Estado, la familia, la sociedad civil y los partidos políticos, con el objetivo de crear campañas de sensibilidad porque existen dificultades, tal como describe Manita (2003); el silencio ante el abuso sexual es enorme, es uno de los grandes obstáculos y los profesionales tienen la responsabilidad de ayudar a romper ese silencio.

“Debería existir un trabajo bien organizado entre el Estado y las escuelas, se deben incluir sitios en la sociedad, en el medio rural, en el barrio, también deberían asociarse las iglesias, porque este es un problema que no sólo afecta a los padres

sino a la sociedad entera; es un trabajo de todos". (Mariquinha Gomes, Enfermera de la Maternidad Lucrecia Paim)

"Podemos cambiar esa realidad, más para cambiarla no solo depende de nosotros, no depende sólo de los profesionales de la salud, tiene que existir una sociedad con un nivel de educación aceptable, con un nivel de conocimiento". (João Oliveira Filipe, Psicólogo clínico Maternidad Lucrecia Paim)

"Cuando estamos bien educados, nos es muy fácil, aunque mucha gente educada no hace muchas cosas después, pero cuando la educación está arraigada, y no es sólo transmitir educación porque a veces transmitimos educación con prepotencia, amenazas, no transmitimos educación con amor y a veces transmitimos educación después de que las cosas ya se han hecho y el mal ya ha sucedido, así que antes de que ocurra y en las escuelas para implementar, en las guarderías para implementar porque hoy vemos que las personas que son violadas son realmente menores, niños inocentes, indefensos, sin posibilidad de defensa, en las guarderías para orientar, a los padres para orientar, lamentablemente lo que irrita es que el que debería orientar es el propio violador" (Idalina de Carvalho, Psicóloga Clínica del Hospital Municipal de Viana).

"Se trata más de dar charlas, mostrar a los padres y a la sociedad cómo debemos educar a nuestros hijos, cómo debemos comportarnos en cualquier situación en casa, por ejemplo somos una familia extensa, tenemos hijos, sobrinos, mucha gente, evitar que los niños duerman en la misma habitación con hombres y niñas, eso también ayuda mucho y, dentro de las familias también, decir esta es tu prima, esta es tu hermana, tienes que comportarte así con ella, no puede haber relaciones así, o sea, educar a las familias para prevenir la violencia sexual dentro de la propia familia" (Marlene Pacheco Cabral, Psicóloga Clínica, Hospital dos Cajueiros).

Concluimos la discusión de este estudio discutiendo si los profesores y los profesionales de la salud pueden ayudar a identificar casos de violencia, donde nuestros entrevistados comparten la opinión de Magalhães (2002) de que detectar situaciones de abuso es una exigencia pedagógica, además de social y legal, y que es fundamental que estos profesionales estén preparados para reconocer estas señales de abuso y contribuir así a una intervención más precoz en estos meses, como nos muestran las siguientes afirmaciones:

“Es un esfuerzo, sólo los profesores y los profesionales de la salud, es difícil, porque muchos de estos casos están ocultos el profesor no va a casa de alguien a averiguar qué está pasando ¿dónde están los sociólogos? Los sociólogos también tienen una tarea muy independiente, es decir, todo el esfuerzo lo tenemos que hacer entre todos, la sociedad en su conjunto, para identificar a las personas.” (João Oliveira Filipe, Psicólogo Clínico, Hospital Materno Lucrecia Paim)

“Sí ayudan, porque si aparecen varios casos, tenemos que avisar a la gente para que esté alerta. Un profesor atento es capaz de identificar por qué el niño está deprimido, incluso cuando nuestros pacientes están experimentando una violación en el hogar, somos capaces de entender porque no somos sólo profesionales de la salud, también somos madres, ella tiene que sentirse segura, tenemos que tener tiempo, tenemos que llevar a cabo una evaluación completa (...) usted será capaz de darse cuenta de que hay algo más, hay que estar atentos cuando estamos consultando a alguien, explorando al paciente, somos capaces de darnos cuenta”. (Feliciano Miranda, enfermera del Hospital Municipal de Viana)

“Sí, porque a veces las madres, como decimos en la jerga, estamos distraídas y el niño a veces intenta decirle algo a la madre y tú le dices que eso es cosa tuya porque no es posible porque fulano es tu hermano, pero no un profesor o una enfermera, un vecino... A veces el niño tiende a abrirse más a los extraños porque encuentra un hueco en casa” (Marlene Pacheco Cabral, Psicóloga Clínica, Hospital dos Cajueiros).

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

Considerando los objetivos de esta investigación sobre la violencia sexual en niños y niñas de 5 a 10 años, Estudios sobre los Procedimientos de protección a niños abusados sexualmente, en Luanda durante los años 2016 a 2018, se concluyó lo siguiente:

Objetivo 1: Determinar el tipo de exposición ocurrida en los niños y niñas víctimas de violencia sexual.

Para responder el objetivo no. 1 fue realizada un análisis documental de las fichas y procesos en los hospitales en el que fue verificado que el tipo de exposición más frecuente fue la exposición vaginal para las niñas en un 61.9% y anal para los niños en un 22.3%

Objetivo 2: Establecer los procedimientos de protección social en los niños y niñas víctimas de violencia sexual infantil en Luanda.

El proceso de atención y protección de niños y niñas víctima de violencia sexual tiene un marco legal, bajo la Ley N° 25/12, art. 33°. Está legislado que el estado angolano debe adoptar medidas especiales legales para asegurar la protección de los niños y niñas contra todas las formas de abuso y explotación sexual, impidiendo, que los niños sean incitados u obligados a dedicarse a algún tipo de actividad sexual por los padres, tutores, familia de adopción, representante legal o tercera persona.

En las situaciones de violencia sexual, a los niños, niñas y adolescentes en Luanda, se realiza un acompañamiento prioritario, individualizado y especializado dentro de los servicios socio-asistenciales de la red pública, en el municipio donde residen o próximo de su lugar de residencia.

Objetivo 3. Estimar las víctimas que sufrieron afectación psicológica y física.

Con relación al objetivo 3, pudo observarse en el estudio que el abuso sexual a menores puede tener consecuencias negativas para la salud mental y física tanto a corto como largo plazo. Aunque en las fuentes de información no se pudo obtener todos los datos, por la falta de información en los registros, se pudo constatar que las niñas fueron más afectadas psicológica y físicamente que los niños.

Con relación a las hipótesis se contestó de la siguiente forma:

H1: Los menores de edad atacados sexualmente en Luanda presentan una relación de parentesco con su agresor sexual.

El estudio se pudo comprobar en los resultados que la mayoría de las víctimas de la muestra estudiadas fueron abusadas por parientes cercanos, vecinos, o allegados más próximos.

H2: El trabajo y los procedimientos de protección a los niños y niñas víctimas de abuso sexual se realizan de forma integrada y multisectorial integrando desde el inicio los servicios de salud, policía, juzgado de menores, y servicios de asistente social.

El gobierno angolano establece por ley que todos los casos de maltrato y abuso sexual infantil deben ser tratados con prioridad en todos los servicios de banco de urgencia Hospitalaria, consulta de psicología, estación de policías, gabinetes de asistencia social y escuelas

H3: Los factores culturales y sociales influyen en el aumento de casos de violencia sexual contra niños y niñas en Luanda.

Factores socioculturales como el matrimonio precoz o el casamiento infantil en ocasiones como resultado de una violación, rituales o prácticas culturales dañosas vinculadas con agresión sexuales, son algunos de los factores que en Luanda pueden influir en el incremento de casos de violencia sexual sobre todo en el sexo femenino.

RECOMENDACIONES

En la mayoría de los casos el abuso sexual en menores provoca en las víctimas numerosas secuelas negativas a nivel físico, psicológico y social a corto y a largo plazo; por eso, se recomienda un adecuado seguimiento y control por parte de especialistas, psicólogo, psicoterapeuta, trabajador social para ayudar a la víctima y a su familia a manejar los eventos que acontecieron y superar el estrés póst-traumático; teniendo en cuenta que en el estudio muchas víctimas no acudían a las consultas después del trauma

Elaborar programas de prevención de abuso orientados a reducir el abuso sexual en menores o la detección temprana del mismo; teniendo en cuenta para una intervención preventiva los factores de riesgos que contribuyen a aumentar la probabilidad de aparición de los abusos en la comunidad.

Desarrollar estrategias de educación en las comunidades a nivel de las escuelas, iglesias y comunidad para estimular la buena comunicación entre padres e hijos, alumnos y profesores, que permita a los involucrados identificar precozmente algunas de las formas de abuso sexual, como acciones de agresión, violación o explotación sexual.

Garantizar apoyo psicológico a los agresores con el objetivo de que sean tratados y minimizando al máximo posible el comportamiento agresivo, que sean rehabilitados y que no puedan repetir esta práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberto, I (2014). *Maus tratos e negligencia de crianças: modelos e formatos de intervenção*. In M. Matos (coord), vítimas de crime e violência: práticas de intervenção.

Almada, H R. (2010). *Evaluación médico legal del abuso sexual infantil*. Revisión y actualización. Cuadernos de medicina forense.

Altuna, R.R.A. (2014). *Cultura Tradicional Bantu*. 2ª ed. Portugal: Paulinas editoras

Altunes, C.M (2011). *Abuso sexual na infância e adolescentes: uma leitura narrativa do impacto e dos processos conducentes de resiliência*. Tese de doutoramento. Escola de psicologia, universidade do Minho, Braga, Portugal.

Alves, B.S.M (2015). *O abuso sexual de Menores em Luanda. Percepção y Concepción del sistema acerca de la protección social y del ordenamento sociojurídico*. Disertación de tesis de Maestria de la Universidad Fernando Pessoa.

Arboleda Ma Rosario Cortés; José Cantón Duarte; David Cantón-Cortés. (2011). *Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas*. Gac Sanit vol.25 no.2 Barcelona mar./abr.

Alves Marilene de Sousa Barbosa. (2015). *O abuso sexual de menores em Luanda. Percepções e concepções do sistema acerca da proteção social e do ordenamento sócio jurídico*. Dissertação apresentada á Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Jurídica. Porto.

Almada H. Rodríguez. (2010). *Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil*. Revisión y actualización. Cuad. Med. Forense vol 6; no. 1-2. Málaga.

American Academy of Pediatrics. (2018). Sexually transmitted diseases. In: Red Book Comité sobre Enfermedades Infecciosas; American Academy of Pediatrics; David W. Kimberlin; Michael T. Brady; Mary Anne Jackson; Sarah S. Long.

Andrews G et al. (2004). Child sexual abuse. En: Ezzati M, et al, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. (5a. ed.).

Assis, S.G; Avanci, J.Q; Santos, N.C; Malaquias, J.V; Oliveira, R.V.C. (2004). Violência e representa o social na adolesc ncia no Brasil. Rev Panam Salud Publica;16(1):43–51

Badoe Eben. (2017) A critical review of child and its management in Africa. African Journal of Emergency Medicine 7; 32–S35.

Bergamo W, et al. (2000). *Papel do ginecologista diante da paciente v tima de estupro*. Femina; 28(8): 419-23.

Bevans, K; CERBONE; A.B., Overstreet S. (2005). Advances and Future Directions in the Study of Children’s Neurobiological Responses to Trauma and Violence Exposure. Journal of Interpersonal Violence 20(4):418-25 DOI:[10.1177/0886260504269484](https://doi.org/10.1177/0886260504269484)

Borges, J.L Dellaglio, D.D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e conseq ncias no desenvolvimento de crianças. Interam. j. psychol. [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 528-536. ISSN 0034-9690

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

Braun S. (2002). A violencia sexual infantil na familia: do silêncio   revela o do segredo. Porto Alegre: Age. Lda.

Buza, A.G, et al (2011). *O tchikumbi em Cabinda: o esvaziamento de uma practica e saber tradicional de educação familiar*. Congresso luso-afro – brasileiro de ciencias sociais.

Brym, Robert J. et al (2006) *Sociologia; Sua Bussola para um novo mundo*. 1ª edição, cengage Learning. São Paulo.

Campos, M.A. (2006). *Violencia Sexual como questão de Saúde Pública: Atenção especifica em saúde Publica*. Universidade de São Paulo; Faculdade de Saúde Publica, teses de mestrado. São Paulo- Brasil.

Campos M.A.M.R, Anjos R.M.P, Schor N, Santos D.V. (2005). *Violencia sexual: busca ao denunciado como questão de Saúde Pública*. In: Anais de 9 Congresso Paulista de Saúde Pública; 2005; São Paulo: Saúde Soc; 14 (supl 1):290

Camargo M. (2000). *Violencia e saúde: ampliando políticas públicas*. J Rede saúde; 22: 6-8.

Carvalho, J.E. (2009). *Metodologia do Trabalho Cientifico* (2ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.

Cantón- Cortéz, D. Prevalencia y características de los abusos sexuales a niños. *Archivo de criminologia, Criminalistica y Seguridad privada*. 12, 1-7, 2014

Centers for Disease, Control and Prevention (2005). *Adverse Childhood Experience Study: Data and Statistics*, Atlanta, GA: Centers for Disease, Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/prevalence.htm>

Cimi. Conselho Indigenista Missionário. (2008). *Violência contra os povos indígenas no Brasil Relatório*. ISSN 1984-7645

Código de la Niñez y la adolescencia. (2012). Ley No 1.680/01. Ediciones Librería el Foro S.A. Asunción- Paraguay. 78p

Colectivo de autores, f. P. (2019). *Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública*. *pediatria y Bioetica*, 9, p. 13. Brasil.

Colectivo de autores. (2016). Violencia contra niñas, niños y adolescentes y Maltrato Infantil. Boletín Científico Informativo. Bol Acad Mex Ped;15 (3):1-31. Disponible en: www.academiamexicanadepediatria.com.mx

Constituição da Republica de Angola (2010). Luanda imprensa Nacional.

Contreras, J.M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

Colombo, R; Beigbeder de Agosta, C. (2005). Abuso sexual infantil hora de juego diagnostica 2º edición. Buenos Aires: Cauquén Editora.

Corcione, Andrés Cabezas. (2011). La reactivación de abuso sexual infantil en la maternidad. La importancia de la Entrevista Perinatal. Psicoanálisis XXIII (2); 59-67.

Cortés D.C; Cortés M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. Anal. Psicol. Vol.31 no.2 Murcia may.2015

Costa, E.E Duarte. C (2000) Violencia Familiar. Porto. Ambor

Costa, K (2020) percepções dos profissionais de saúde sobre a criança vitima de violencia, um estudo do municipio do sudoeste goiano. Revista eletrônica de saúde multidisciplinar da Faculdade Morgana Patrich

Demartis, Lucia (1999) *Compendio de Sociologia*, 1ª edição Lisboa; Instituto geográfico de Agostín S.P.A, Novara. Lisboa.

Drezett J. (2000). Aspectos biopsicossociais da violência sexual. J Redesaúde; 22:9-12

Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. GeITS. [Consultado el 18 de enero 2023] [En línea]. Disponible

en: <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>

Douglas M. Emily, Finkelhor D. (2005). Childhood sexual abuse fact sheet. Crimes against Children Research Center. May 2005. [fecha de Consulta 20 de Octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/>

Echeverria, P. (2006). *Secuelas emocionales del abuso sexual en la infancia*. Corral-Cuardenos de Medicina Forense.

Essabar Laila, Khalgallah Abdenbi, Dakhama Badr SB. (2015). Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature. Pan African Medical Journal; 20:47 doi:10.11604/pamj.2015.20.47.4569. [fecha de Consulta 20 de Octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/47/full/>

Ferreira M.H, Azambuja R.F (2011). *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Porto: Artmed.

Ferreira A.L, Schramm F.R. (2000). *Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde*. Rev Saúde Pública; 34 (6): 659-65.

Feiring, C., Simon, V. A. y Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77, 127137.

Fernandes Sara Sofia Santos. (2014). *Caracterização do abusador sexual de crianças*. Dissertação de Mestrado a apresentar á Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões, no âmbito do Mestrado em Ciências Jurídico-Criminais. Portugal.

Felipe, J. (2006). Afinal, quem é mesmo pedófilo?. Cadernos Pagu [online] n. 26 [Acessado 7 Outubro 2023], pp. 201-223.

Florentino, Bruno Ricardo Bérnago. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes Fractal, rev. psicol. 27

(2). [fecha de Consulta 22 de Octubre de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/805>

Fontana M; Santos S.F. (2001). Violência contra a mulher. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo; p. 101-28

Fontarigo, R.R.; Pérez-Lahoz, V; González, R.R. (2018). El abuso sexual infantil: opinión de los/as profesionales en contexto educativos. Revista Prisma Social N^o 23, 4^{to} trimestre, Dic.

França, J.I. (2003). Abuso sexual na infancia: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. Interface Comunic Saude Educ; 7(12): 23-28.

Freud, S. (1974). Totem e Tabu. Rio de Janeiro: Imago.

Gabel, M (1997). Crianças Víctimas de Abuso sexual. São Paulo: Summus.

Gallo J.L; Padilla M.V. (2006). Abusos sexuales en niñas y adolescentes. Consideraciones medicolegales. Clin Invest Gin Obst;33(6):222-9.

Gallagher B, Bradford M, Pease K. (2008). Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. Child Abuse Neglect; 32:517-28.

Garbois, J.A.; Sodré F; Dalbello-Araujo M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da Saúde. SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, jan-mar. p. 63-76.

García, A.J.Y. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas BARATARIA Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales N^o 18, pp. 147-159, 2014, ISSN: 1575-0825, e-ISSN: 2172-3184

González Virginia, Gutiérrez Stella, Quián Jorge. (2014). Profilaxis para evitar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Protocolo de manejo frente a abuso sexual o accidente con agujas en niños y adolescentes. Arch. Pediatr. Urug. vol.85 no.4 Montevideo dic. 2014

Guarin Lydia y Col. Panorama del maltrato y abuso sexual en América del Sur. Asociación Afecto - Save the Children Reino Unido. Bogotá, Colombia. Mayo 2001

Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/01/2020; consultado el 22/01/2023]. Disponible en <https://www.guia-abe.es>

Jewkes, R. (2002). "Intimate partner violence: Causes and prevention". The Lancet. Vol. 359. Pp. 1423-1429.

Johnson C.F. (2004) Child sexual abuse. Lancet, 9432, pp 462-70.

Heberle, V.; Ostermann, A. C. & Figueiredo, D. (orgs.). (2006). Linguagem e Gênero no trabalho, na mídia e em outros contextos. Florianópolis: Editora da UFSC.

Kanter, B. y Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma. Revista de Psicoterapia, 31(115), 197-212. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>

Kenny, M. C. (2001). Child abuse reporting: teachers' perceived deterrents. Child Abuse and Neglect, 25(1) 81-92. doi:10.1016/S0145-2134(00)00218-0

Krug E.G et al. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC, (Editores) Organización Panamericana de la Salud. p. 161-97.

Lalor K. (2004) Child sexual abuse in Sub-Saharan Africa: a literature review. Child Abuse Negl; 28 (4): 439-60.

Lemieux, S. R. y Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. Psychology of Women Quarterly, 32, 126-144.

Lippi, J.R.S. (2002). O momento e a oportunidade da criação da ABTOS. J Bras Prev Trat Ofensas Sex; 1(1): 1-4.

López Josep Ramón Juárez; Corres Montserrat Bravo. (2020) Violencia sexual infanto-juvenil, conductas contradictorias y modus operandi. Estrategias del agresor para conseguir la aparición de conductas contradictorias en las víctimas. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia).

López, O.L.; Bartolomé R.V. (2012). Violencia sexual contra niños y niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. Save the children.

López C. M.O. (2012). Código Penal Paraguayo. Reimpresión. Intercontinental Editora. Asunción – Paraguay. 423P

Lowenkron, L. (2013). A cruzada anti-pedofilia e a criminalização das fantasias sexuais. ex., Salud Soc. (Rio J.) (15) Dez. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000300003>

Loinaz I; Bigas N; de Sousa M.V. (2019). Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicotherma*, vol. 31, No 3, 271-276.

Losada, V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3, 201-229.

Matias P.J. (2016). *Manual de metodologia de pesquisa científica*. (4.^a ed.). São Paulo: Atlas.

MAFAMU-INAC, 2. (2019). *Fluxos e Parâmetros para o Atendimento de Crianças e Adolescentes Vitimas de Violência*. Luanda- Angola: KDA.

Machado, C (2003) Abuso sexual de crianças In: Gonçalves, R & Machado, C (Coords) *Violências e vítimas de crimes*. Coimbra. 2 ed. Edições Quarteto

Manita, C (2003) quando as portas do medo se abrem: do impacto psicológico aos testemunhos de crianças vítimas de abuso sexual. In: Sotttomayor, M e McCranna D, Lalor K, Katabaro JK. *Childhood sexual abuse among university students in Tanzania*. *Child Abuse Neglect*. 2006;30:1343–51.

Manuel E., Azeredo Z. (2020) Child sexual abuse in Angola: culture and punishment, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3): 146- 163

Mebarak M.R, Martínez M.L. Herrera, A.S, Lorenzo, J.E (2010). *Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil*. Psicología del Caribe: Revista de la universidad del Norte.

Medina, M.D. (2004). *Lei do Julgado de Menores e Códigos do Processo do Julgamento de Menores, Anotados* (1ª ed.). Luanda: Lito- Tipo Luanda

Medina, M.C. (2010). *Direito Infanto Juvenil*. Luanda: Edicções de Angola. Lda.

Ministério de Salud y Protección Social. (2012) *Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencias en víctimas de violencia sexual*. Colombia.

MINSVA. (2017). *Ministério de Salud de Angola. Serviços de testagem para o HIV. Protocolo*. Instituto Nacional de Luta contra SIDA. 3º edição. Luanda.

Miranda MHH, Fernandes FECV, Melo RA, Meireles RC. (2020). Sexual violence against children and adolescents: an analysis of prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*; 54:e03633. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013303633>

Muñoz, A.C. (2016). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes y maltrato infantil*. Boletín científico informativo. Núm. 3 jul/ago/sep/. [fecha de Consulta 15 de agosto de 2023]. Disponible en: www.academiamexicanadepediatria.com.mx

OMS, Organización Mundial de la Salud (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Sociedad internacional para la prevención del maltrato y el abandono de los niños.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS.

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Resumen del informe sobre la situación regional 2020. Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en las Américas*. Washington, D.C.

OPS, Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Washington, DC: OPS.

Oddone, P, Genuis, M. y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), pp. 17-36

Oliveira, E et al (2005) Atendimento as mulheres vitimas de violencia sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Publica*.

Pereda N, Forns M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Neglect*; 31:417-26

Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*. Vol, 30 (2), pp,3-13.

Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (7), 1–15. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>

Pimenta, M.E. (2016). Víctimas de Abuso Sexual, submetidas ao Silencio Sepulcral pela Força Cultural Africana e casos Atípicos. Lisboa-Portugal: Edição: Dikaion Unipessoal, Lda.

Pinheiro, P (2006). World Report on Violence Against Children. United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Children. [fecha de consulta 18 de Septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>

Pereda N (2009) Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Univesitat de Barcelona. *Papeles del Psicólogo*, 2009. Vol. 30(2), pp. 3-13 [fecha de consulta 25 de Octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>

Protocolos asistenciales en ginecología. (2004). Agresión sexual. *Prog Obstet Ginecol*; 47: 148-52.

PND. (2018). Plano de Desenvolvimento Nacional. 2018-2022. República de Angola.

PRADO, M.C.C.A. (2004). *O mosaico da violência*. São Paulo: Vetor.

Quezada V, Luzoro J, Neno R, Insunza A. (2006). sexual infantil ¿cómo conversar con los niños?. Programa de Prevención de Violencias Domésticas. 1ª Edición. Universidad Internacional SEK

Quimbanda, R.W. (2006). Excisão como iniciação sexual e religiosa em mulheres Negro- Bantu. *Revista de estudo da Religião*.

Quintero B.F; Cortés C.D; Delgadillo G.L.G. (2014). Caracterização da violência sexual durante a infância e a adolescência. *Psicologia Iberoamericana* [en linea] 22(1), 25-33 [fecha de Consulta 20 de Octubre de 2023]. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229004>

Reis J.N; Martin C.C.S; Bueno S.M.V. (2001). Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 13 (4): 40-5.

Ramos-Lira, L. et al. (2001). "Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud". *Salud Pública de México*. Vol. 43. No. 3. Pp. 182-191.

Romero J. (2019). Marco normativo nacional e internacional sobre el abuso sexual infantil y adolescente. Fundación Habla. Venezuela. Disponible en: www.hablafundacion.org

Rosa, R.; Boing A.F.; Schraiber, L.B.; Coelho, A.B.S. (2010). Violence: concept and experience among health sciences undergraduate students. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.32, p.81-90, jan./mar.

RSJCA (2016). Bié, Huíla, Luanda, Moxico Agosto: Relatório sobre o Sistema de Justiça para Crianças em Angola de 2015 a junho de 2016.

Sanz Santaefemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. (2020). Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) v.2.0.

Sanmartín E.J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (42), 9–21. Disponible en: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/95881>

Saywitz, K.J.; Mannarino, A.P.; Berliner, L. y Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>

Sánchez S. Ramona; Velázquez V.M.D. (2004). El médico de familia ante las agresiones sexuales. *Atención Primaria*. Vol 34, Issue 8, pp 437-441.

Schmickler, C.M (2006). O protagonista do abuso sexual: sua lógica e estratégias. Argos Editora Universitária. p 270

Schraiber, L.B; Díoliveira, A.F; Couto, M.T; Pinho, A.A ; Hanada, H; Felicõssimo, A; Kiss, L.B; Durand, J.G. (2003). Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher, São Paulo, FMUSP, 2003a (Relatório final de pesquisa a FAPESP)

Sedlak, A.J.; et al (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4). Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Disponível em: <http://cap.law.harvard.edu/wp-content/uploads/>

Schraiber L.B. et al. (2002). A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saúde Soc*; 9 (1-2): 3-15.

Silva, Eugenio Alves. (2011). Tradição e identidade de gênero em Angola: ser mulher no mundo rural. *Revista Angolana de Sociologia*. Julho. 21-34p. DOI: 10.4000/ras.508

Soeiro, C.B., Guerra, R. (2009). Perfis criminais e crime de abuso sexual de crianças: Caracterização de uma tipologia para a realidade portuguesa. *Ousar integrar: Revista de reinserção social e prova*, 2(4), 49-63.

Scarpato, A.T.E. (2004) stresse pós-traumático: a situação emocional de pessoas vítimas de violência. *Psicologia Brasil*, São Paulo, ano 2, n. 6. 2004.

Tice B.E. (2016). ASI: El rol de la familia ante el descubrimiento y sus posibles consecuencias. Trabajo final de grado: Monografía. Facultad de psicología. Universidad de la Republica de Paraguay.

Unbehaum S, Cvasin S, Silva V. (2005). Violência, sexualidade e saúde reprodutiva: contribuições para o debate sobre políticas públicas de saúde para rapazes. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcelos MPC, Organizadores. *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: p. 219-40.

UNICEF. (2018). Fundo de las Naciones Unidas para la Infancia. Flujo y parámetros para la atención a niños/niñas y adolescentes víctimas de violencia. República de Angola.

United Nation Children's Fund. (2017). A familiar face: violence in the lives of children and adolescents [Internet]. New York: UNICEF; Available from: https://www.unicef.org/publications/index_101397.html

UNICEF. (2018). Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional ; dirigido por Silvia Chejter. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 60p.

UNICEF (2003). Africa's Orphaned Generations. Nueva York, UNICEF.

United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children (2005). Regional Desk Review: Eastern and Southern Africa, pág. 25. Disponible en: <http://www.violencestudy.org/r27>.

United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children (2005). Regional Desk Review: East Asia and the Pacific, pág. 49. Disponible en: <http://www.violencestudy.org/r27>.

World Health Organization. (2002). World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

Waiselfisz JJ. (2012). Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; [citado 2022 dez. 12]. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf

APÉNDICE A



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nazaré Dos Santos Baptista, finalista del curso de Doctorado en Salud Pública, de LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES, se encuentra realizando su tesis doctoral, la cual tiene como tema: La Violencia sexual en niños angoleños de 5 a 10 años. Estudio Sobre Los Procedimientos de Protección a niños Abusados Sexualmente en Luanda durante los años 2016 y 2018, para adquirir el título de Doctor en Salud Pública, para ello quisiera contar con su participación respondiendo los instrumentos que contienen preguntas, que tienen como objetivo evaluar sus conocimientos respecto al tema. Su identidad se matendrá anónima y se garantizará la confidencialidad de la información que proporcione.

Sin ()

() No

Firma del entrevistado:

Firma del Autor:

MUCHAS GRACIAS

APÉNDICE B



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DE CRIANÇAS ABUSADAS SEXUALMENTE

Nº Notificação:		FICHA DE COLETA DE DADOS		1- Data compare URE ____/____/____		2- Nº da ficha no Epi-Info:		
3- Iniciais (Nome):		4- Sexo: 1- Masc. 2- Fem.		5- Idade em anos completos:		6- Escolaridade: 0- Sem informação 3- 4 a 7 anos 8- Não se aplica 1- nenhuma 4- 8 a 11 anos 9- Ignorado 2- 1 a 3 anos 5- 12 e mais		
7- Residência/morada			8- :		9- Local violência: <input type="checkbox"/> 0- Sem inform. 3- Outro: 1- Rua <input type="checkbox"/> 2- Residência		10- Debilidade mental: 0- Sem informação 1- Sim 2- Não 3- Prejudicado	
11 – Raça 0- S/ inf. 3-Branca 1- Negra 2- Mestiça			12-Município de residência:		13- Fluxo de Encaminhamento: 0- S/ inform 3- Outro (UBS,S. Casa): 1- Espontâneo 2-Delegacia, IML, CT			
14- Mês/ano da violência: 09 – Ignorado 00 – S/ inform ____/____		15 – Intimidação: 0- S/ inform. 1- Força física 2- Ameaça		3- Arma de fogo 4- Arma branca 5- Não houve / consensual 8- Não se aplica (<12 a)		10- Coação 12- Sob investigação 15- Perda de consciência 34- Revolver e faca		
16- Agressor: 0- Sem informação 1- Identificável 2- Não identificável 9- Ignorado 12- Sob investigação			17 – Relacionamento com agressor identificável: 1- Parente:..... 6- Colega do trabalho 2- Namorado 7- Ex-cônjuge ou ex-companheiro 3- Vizinho 8- Ex-namorado 12- Sob investigação 4- Cônjuge ou companheiro 14- Outro:..... 5- Colega da escola 19- Padrasto					
18-Tipo de exposição referida/ocorrida: 7- Voyerismo (sem contato físico) 1-Vaginal 4- Múltipla 2-Oral 5- Outro ato libininoso 12- Sob investigação 3- Anal 6- Manipulação física (toques)				19-Tempo da viol. ao compar.: 1-Menor que 24 h 3- De 72h a 10 dias <input type="checkbox"/> 2-De 24h a 72 h 4- Maior que 10 dias				
20-Profilaxia anti- HIV: 1- Indicada 11- Não indicada 14- Recusou iniciar		21- Profilaxia DSTs: 1- Indicada 11- Não indicada 14- Recusou iniciar		22 – Profilaxia gravidez: 1- Indicada 11- Não indicada 14- Recusou iniciar				
23-Tempo de uso da profilaxia ARV: 1- Usou esquema completo 2- Iniciou esquema e não retornou após 1ª consulta 3- Iniciou esquema e não retornou após 2ª consulta				4- Suspenso após resultado anti-HIV do agressor 11- Não indicada 14- Recusou iniciar 0- Sem informação				
24- Acompanhamento psicológico: 1-Não aceitou acompanhamento 2- Passou em 1 consulta 3- Passou em 2 consultas		4- Passou em 3 ou + consultas 6- Em acompanhamento 7- Referenciado p/ cidade de origem 10- Não agend. retorno pela instituição 11-Não indicado		13- Recebeu alta psicológica 16- Inst. não tem psicólogo 17-Encaminhado p/ outra inst 18-Acomp. em serviço particular 0- Sem informação				

25- Acompanhamento com infectologista:		
1-Não retornou para consulta	4- Passou em 3 consultas	11- Não indicado
2-Passou em 1 consulta	5- Passou em 4 consultas	13- Recebeu alta
3-Passou em 2 consultas	6- Em acompanhamento	0- Sem informação
	7- Referendado p/ cidade de origem	
	10-Não agend ret pela instit	18- Acomp em serviço particular
26- Acompanhamento com ginecologista:		
1-Não retornou para consulta	4- Passou em 3 consultas	10- Não agend. retorno pela inst.
2-Passou em 1 consulta	6- Em acompanhamento	11- Não indicado 0- Sem
3- Passou em 2 consultas	7- Referendado p/ cidade origem	13- Recebeu alta informação
	8- Não se aplica	18-Acomp em serviço particular
27- Seguimento ambulatorial:		
Em acompanhamento	4- Abandono entre 2ª a 4ª consulta ambulatorial 1-	
2- Abandono após consulta imediata	11- Não indicado	
3- Abandono após 1ª cons ambulat	13- Recebeu alta. Tempo acomp.	meses
	0- Sem informação	
28- Presença de conseqüências físicas à saúde:		
Não foram detectadas	3- Soroconversão para o HIV	15- Abandono não permitiu identificar 1-
2-Gravidez	4- Soroconversão para outras DSTs	5- Outras :.....
		0- Sem informação
29- Presença de transtornos psicológicos:		
1-Não foram detectados	3- Sim, teve alta	
<input type="checkbox"/>	4- Sim, mas abandonou seguim/	0- Sem informação
2-Sim, continua seguim/ psicológico	15- Abandono não permitiu identificar	
30- Observações:		

APÉNDICE C



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA TÉCNICOS DE SALUD (MÉDICOS, ENFERMEROS Y OTROS TÉCNICOS DE SALUD)

Datos Profesionales:

Nombre de la institución donde trabaja.

- 1- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con niños víctimas de violencia sexual?
- 2- ¿Cuándo un niño ha sufrido violencia sexual qué procedimientos se realizan?
- 3- ¿Cuáles son las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia sexual en los niños?
- 4- ¿Qué edades son las más afectadas por la violencia sexual?
- 5- ¿Es posible orientar al niño sobre lo que sería la violencia sexual?
- 6- ¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia sexual contra los niños?
- 7- ¿Cómo profesional de la salud, qué medidas se deben adoptar para prevenir la violencia sexual infantil?
- 8- ¿Maestro y profesionales de la salud pueden ayudar a identificar casos de violencia sexual contra niños?

APÉNDICE D



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

GUIÓN DE ENTREVISTA A TÉCNICOS RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN SOCIAL (PSICOLOGOS, SOCIOLOGOS Y TRABAJADORES SOCIALES).

Datos Profesionales:

Nombre de la institución donde trabaja.

- 1- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con niños víctimas de violencia sexual?
- 2- ¿Cuándo un niño ha sufrido violencia sexual qué procedimientos se realizan?
- 3- ¿Cuáles son las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia sexual en los niños?
- 4- ¿Qué mecanismos de protección social están vigentes en estos casos?
- 5- ¿Es posible orientar al niño sobre lo que sería la violencia sexual?
- 6 - ¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia sexual contra los niños?

7 – ¿Cómo profesional de protección infantil, qué medidas se deben adoptar para prevenir que los niños sufran violencia sexual?

8 - ¿Maestros y otros profesionales pueden ayudar a identificar casos de violencia sexual contra niños?

APÉNDICE E



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

LISTA DE COTEJO PARA INVESTIGACION GUIA DE COTEJO PARA HISTÓRIAS CLINICAS

TITULO DEL ESTUDIO.....
.....

AUTOR /RA.....
.....

DIRECTOR/RA DEL ESTUDIO:
.....
.....

Fecha:

Institución

Área -unidad- Servicio-.....

Criterios a considerar – NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE Y CON INTERVENCION DE PROCESOS CLINICOS Y POLICIALES	Si	No
Edad del menor (en años)		
1. Sexo del menor		
2. ESCOLARIDAD del paciente - VICTIMA		
3. RAZA DE LOS NIÑOS ABUSADOS		
4. Município de residência		

APÉNDICE I

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A NIÑOS Y NIÑAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

O GASFIGINAC TIENE QUE SER NOTIFICADO INMEDIATAMENTE: Registrar el caso , evaluar la necesidad de encaminar el caso y dar apoyo inmediato psicosocial y hacer acompañamiento del proceso hasta que este encerrado

Servicio de Urgencias. Evaluación clínica y tratamiento de la víctima Casos que ocurrieran menos de 72 horas hacer pericia médica.
Utilizar el Manual Orientador del Ministerio de Salud para notificación y atención a víctimas

Puertas de Entrada (Art. 24 da Ley n° 2511) Comunicar inmediatamente al Juzgado de menores Art. 2° e 3° da LIM

SI Necesita de atención médica de urgencia NO

Encaminar al Departamento de Violencia Doméstica, Servicio de Investigaciones Criminal (SIC). Dar conocimiento inmediato al Procurador junto al SIC

SIC encamina el proceso del agresor(a) para la Sala Criminal. Responsabilidad Criminal del agresor(a)
Art. 25, n° 2 e 6° de la Ley n° 25 11

Necesita alejar el o la agresor(a) de la residencia por medida cautelar

SI

NO

SIC Solicita al Procurador el alejamiento del agresor de la residencia por medida cautelar o otras medidas de protección a la víctima.

Cap 4° Artículo 12, Ley n° 25 11

Encaminar al Juzgado de Menores

Juzgado de Menores. Aplicar medidas de protección si necesario de forma inmediata.
Cap 4° artículo 12, Ley N° 25.11

Atención A la víctima. Aplicación de medidas de protección al niño (a).
Art 15, de la LIM, Art 11° de la Ley N° 25.11



ANEXO A

REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ DE ÉTICA

PARECER N.º 14 CC.E/MINSA.INIS/2022

Sobre o projecto de pesquisa intitulado "A Violência Sexual em Crianças dos 5 aos 10 anos de idade. Os Procedimentos de Protecção à Crianças Abusadas em Luanda entre os anos 2016 a 2018", submetido a este Comité pela pesquisadora Nazaré dos Santos Baptista, da Universidade de Ciências empresariais e Sociais (UCES) da Argentina.

Após apreciação do projecto de Pesquisa supracitado, o somos a tecer o seguinte:

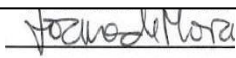
O Comité de Ética não se opõe a realização do referido estudo pois apresenta-se como de grande relevância para o país. Contudo, a pesquisadora deverá corrigir a ortografia, apresentar a declaração de garantia de publicação do resultado final e de partilha com o presente Comité, apresentar a ficha de análise de riscos bem como o consentimento informado a ser submetido aos participantes do estudo;

A pesquisa deverá pautar sempre pelos princípios da Bioética, autonomia, beneficências e justiça;

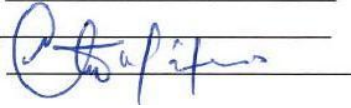
Conclusão: o Comité de Ética considera o estudo pertinente e aprova o projecto, pelo que, somos de parecer FAVORÁVEL a realização do presente Estudo.

LUANDA, AOS 16 DE JUNHO DE 2022

OS MEMBROS DO COMITE


JOANA DE MORAIS, PHD

O COORDENADOR AC

ANEXO B



Buenos Aires, 01 de febrero de 2022

A: Hospitais Municipais Luanda e Centros de Saúde de Luanda

Asunto: Solicitación de autorización para recolección de informaciones y datos para trabajo de tesis de Doctorado en Salud Pública, UCES – Buenos Aires – Argentina, 2022

La *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES*, solicita a la mencionada entidad autorice a Nazaré dos Santos Baptista, B.I. 001487433LA030 - Matrícula UCES 76360, carrera: Doctorado en Salud Pública, a realizar la recolección de informaciones y datos para el desarrollo de su tesis de Doctorado, con proyecto de tesis titulado: *Violência sexual em crianças. Os procedimentos à protecção de crianças abusadas entre los anos de 2016 à 2018 em Luanda, Angola*, aprobado con resolución, fecha 11 de febrero de 2020.

Sin otro particular, saluda cordialmente.



JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

ANEXO C



Buenos Aires, 01 de febrero de 2022

A: Comando Municipal da Polícia de Cacucaco

Asunto: Solicitud de autorización para recolección de informaciones y datos para trabajo de tesis de Doctorado en Salud Pública, UCES – Buenos Aires – Argentina, 2022

La *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES*, solicita a la mencionada entidad autorice a Nazaré dos Santos Baptista, B.I. 001487433LA030 - Matrícula UCES 76360, carrera: Doctorado en Salud Pública, a realizar la recolección de informaciones y datos para el desarrollo de su tesis de Doctorado, con proyecto de tesis titulado: *Violência sexual em crianças. Os procedimentos à protecção de crianças abusadas entre los anos de 2016 à 2018 em Luanda, Angola*, aprobado con resolución, fecha 11 de febrero de 2020.

Sin otro particular, saluda cordialmente.



JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

ANEXO D



Buenos Aires, 01 de febrero de 2022

A: Comando Provincial da Polícia de Luanda

Asunto: Solicitud de autorización para recolección de informaciones y datos para trabajo de tesis de Doctorado en Salud Pública, UCES – Buenos Aires – Argentina, 2022

La *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES*, solicita a la mencionada entidad autorice a Nazaré dos Santos Baptista, B.I. 001487433LA030 - Matrícula UCES 76360, carrera: Doctorado en Salud Pública, a realizar la recolección de informaciones y datos para el desarrollo de su tesis de Doctorado, con proyecto de tesis titulado: *Violência sexual em crianças. Os procedimentos à protecção de crianças abusadas entre los anos de 2016 à 2018 em Luanda, Angola*, aprobado con resolución, fecha 11 de febrero de 2020.

Sin otro particular, saluda cordialmente.



JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

ANEXO E




Buenos Aires, 01 de febrero de 2022

A: Gabinete de Acção Social, Família e Promoção da Mulher

Asunto: Solicitación de autorización para recolección de informaciones y datos para trabajo de tesis de Doctorado en Salud Pública, UCES – Buenos Aires – Argentina, 2022

La *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES*, solicita a la mencionada entidad autorice a Nazaré dos Santos Baptista, B.I. 001487433LA030 - Matrícula UCES 76360, carrera: Doctorado en Salud Pública, a realizar la recolección de informaciones y datos para el desarrollo de su tesis de Doctorado, con proyecto de tesis titulado: *Violência sexual em crianças. Os procedimentos à protecção de crianças abusadas entre los anos de 2016 à 2018 em Luanda, Angola*, aprobado con resolución, fecha 11 de febrero de 2020.

Sin otro particular, saluda cordialmente.



JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

JOSÉ LUIS FLIGUER
Vicerrector de Evaluación Universitaria
Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

