

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN  
ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL**

**INFORME DE INVESTIGACION**

*Penagos, G.; Reyes, Y.; Rodríguez, M.; Gantiva, C.*

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Facultad de Psicología**

**Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia**

**(Octubre, 2013)**

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN  
ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL**

**Esta investigación pertenece al Grupo de Investigación Contexto y Crisis de la  
Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Facultad de Psicología**

**Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia**

**(Octubre, 2013)**

*Tabla de Contenido*

	<i>Pág.</i>
Resumen/Abstract	6
Introducción	8
Justificación	10
Marco Teórico	12
Ansiedad	12
Depresión	15
Estrategias de Afrontamiento	21
Explotación sexual	25
Planteamiento del problema	31
Objetivos	32
Objetivo general	32
Objetivos específicos	32
Definición de variables	33
Método	34
Diseño de investigación	34
Participantes	34
Instrumentos	35
Procedimiento	37
Consideraciones éticas	38
Resultados	40
Discusión	44
Referencias	48
Apéndices	57

*Lista de Apéndices*

	<i>Pág.</i>
Apéndice A. Consentimiento informado (Fundación Renacer)	57
Apéndice B. Consentimiento informado Defensor de familia (Fundación Kiwanis)	58
Apéndice C. Asentimiento informado de los adolescentes	59
Apéndice D. Inventario de depresión de Beck (Beck,1996, versión español Sanz, Perdigan y Vázquez, 2003)	60
Apéndice E. Inventario de ansiedad de Beck (Beck,1988, versión revisada de Comeche, Díaz y Vallejo (1995 )	64
Apéndice F. Escala de afrontamiento para adolescentes ACS, (Frydenberg y Lewis, 1996)	65

*Lista de tablas*

	<i>Pág.</i>
<i>Tabla 1. Estadísticas descriptivas Ansiedad y Depresión</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 2. Estadísticas descriptivas Estrategias de Afrontamiento</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 3. Correlación Ansiedad, Depresión y Estrategias de Afrontamiento</i>	<i>42</i>

*Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual*

***Penagos, G.; Reyes, Y.; Rodríguez, M.; Gantiva, C.***

*Universidad de la Sabana: Instituto de Posgrados*

*Resumen*

La explotación sexual infantil ha incrementado el riesgo para la salud mental de dicha población. Esta investigación busco identificar la relación entre ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en 39 adolescentes entre 11 y 18 años de edad, explotados sexualmente ubicados en Bogotá e Ibagué. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, aplicando el BAI para medir síntomas de ansiedad, el BDI que midió niveles de depresión y la ACS para identificar estrategias de afrontamiento. Se identificó correlaciones positivas entre depresión y la estrategia ignorar el problema, ansiedad y reservarlo para sí, autoinculparse y reducción de la tensión con sintomatología ansiosa y depresiva. Se concluye que los adolescentes utilizan estrategias inadecuadas que generan sintomatología depresiva y ansiosa. Futuras investigaciones podrían apuntar a diseñar programas de intervención

*Palabras clave:* Ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento, explotación sexual, adolescencia.

*Abstract*

Child sexual exploitation has increased the risk for mental health of that population. This research sought to identify the relationship between anxiety, depression and coping strategies in 39 adolescents between 11 and 18 years old, sexually exploited located in Bogota and Ibague. We used a descriptive correlational design, using the BAI to measure anxiety symptoms, the BDI which measured levels of depression and ACS to identify coping strategies. We identified positive correlations between depression and the strategy to ignore the problem, anxiety and reserve it for themselves, self-incrimination and reducing stress with anxiety and depression symptoms. We conclude that adolescents use inappropriate strategies that generate depressive and anxious symptoms. Future research could point to design intervention programs.

*Keywords:* Anxiety, depression, coping strategies, sexual exploitation, adolescence.

*Introducción*

El placer sexual generado por la utilización de niños, niñas y adolescentes, ha significado un riesgo para la salud mental y psicológica de los menores, degradando sus derechos y evidenciando un problema tanto a nivel nacional como mundial.

La explotación sexual comercial infantil (ESCI) es entendida como todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un menor para sacar provecho de carácter sexual y/o económico, basándose en una relación de poder (Burciaga, López, Ortiz & Riovelasco, 2005), generando en el joven esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas (Richaud, 2006), de acuerdo a los recursos del individuo, que permiten a los menores vulnerables, expuestos a este tipo de vivencias contar con capacidades que les ayuda a enfrentar todas las secuelas resultantes de su experiencia. La vulnerabilidad a este tipo de actos trae consecuencias psicológicas como la ansiedad y depresión, en donde se evidencia un cambio del estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conducta (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). En las niñas hay una dependencia interpersonal y se internalizan los síntomas, y en los niños los síntomas se externalizan y se muestran como problemas de comportamiento, agresión y abuso de sustancias (Turner, Finkelhor, y Ormrod 2009, citado en García & Robles, 2011),

A pesar de las consecuencias que genera esta experiencia en la vida de los niños, niñas y adolescentes víctimas, esta problemática continúa en aumento, así lo demuestran cifras en donde se estima que alrededor de 10 millones de niños y niñas son explotados sexualmente en el mundo (Ramírez, Cuadros, García & Orjuela, 2005 citado en Baquero, Botero,

Pinzón & Ross, 2009). Según la Organización Mundial de la Salud, 150 millones de niñas y 73 millones de niños, han sufrido algún tipo de explotación sexual (Johnsson, 2007). En América el 65% de los niños que se encuentran en situación de calle están vinculados con la explotación sexual (Castanha, 2001; Forselledo, 2003). Y en Colombia 4.477 mujeres menores de 20 años y 35.000 jóvenes ejercen la prostitución (Sánchez, 1999; Baquero et al, 2009). Cifras contundentes, que evidencian la necesidad de crear políticas y vincular profesionales para disminuir el impacto en todas las esferas de desarrollo de los infantes que pasan por situaciones que vulneran sus derechos.

### *Justificación*

Sin duda alguna, la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA) es la actividad más denigrante a la que puede ser sometido un menor de edad, ya que configura una de las más graves formas de impedir su pleno y sano desarrollo (Organización Internacional de Trabajo, 2006).

A nivel mundial son múltiples las estrategias que se han dedicado a disminuir las cifras y la frecuencia con la que esta práctica se realiza, sin embargo, los índices siguen siendo altos. Como lo demuestra un estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños en 2006, en donde se encontró que cerca de 150 millones de niñas y 73 millones de niños se han visto obligados a mantener relaciones sexuales; además en el año 2000 la cifra de niños y niñas víctimas de prostitución y pornografía de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo, ascendía a 1,8 millones (ECPAT, Internacional, 2009).

Por otra parte, el Instituto Interamericano del Niño en América Latina menciona que aproximadamente 2.000.000 de niños y niñas son explotados sexualmente (Unicef, 2002). En Haití, más de 10.000 niños y niñas están involucrados en la prostitución (ECPAT, 2009); en República Dominicana 25.000 menores son sexualmente explotados muchos de ellos varones (UNICEF, 2001); en Brasil 65% de los niños y niñas de la calle ha estado involucrados, ocasional o sistemáticamente en alguna forma de explotación sexual y en México, las cifras oscilan entre 16.600 niños y niñas vinculados a esta actividad (Sistema Nacional DIF, 2001, citado en Castanha, 2001).

De igual forma, en Colombia aproximadamente 35 mil niños y niñas son explotados sexualmente. Se ha detectado en la última década un aumento del número de niñas y niños

inducidos a la prostitución y una creciente inducción en edades más tempranas, inclusive antes de los 10 años (Unicef, 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior, la explotación sexual se ha convertido en un evento de interés en salud pública por su impacto negativo sobre el individuo, su familia y la sociedad. Por el sufrimiento y el daño que genera, la violencia sexual requiere de máxima atención. El aumento de la cifras en niño/as y adolescentes víctimas de esta problemática en los últimos años ha evidenciado el impacto sobre la sociedad, y la necesidad de generar un conocimiento en cifras, factores de riesgo y consecuencias de éstos en la vida diaria de los niños, con la finalidad de obtener diferentes estrategias de abordaje que conlleven a la disminución y/o control de esta situación.

La experiencia de ser víctima de explotación sexual, y los diferentes factores involucrados generan consecuencias psicológicas negativas al individuo, entre éstos la ansiedad y la depresión, en donde los estilos de afrontamiento en interacción con el ambiente, permitirán un ajuste funcional o disfuncional en la calidad de vida del mismo. De aquí la importancia de brindar un abordaje psicológico a esta problemática, en donde se identifique el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento, el grado de ansiedad y depresión, así como la posible relación existente entre estas variables, brindando una oportunidad a los sujetos de continuar con su vida, de una manera efectiva. Desde allí, podrán generarse acciones y propuestas de evaluación, prevención e intervención que de manera propicia, brinden a los adolescentes estrategias que les permita mejorar su calidad de vida.

*Marco teórico*

*Ansiedad*

Según, Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor (2005), la ansiedad es un sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona (Fong, & Garralda, 2005).

Entonces, la ansiedad se convierte en un mecanismo adaptativo natural que permite a la persona estar alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente en algunas ocasiones. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera trastorno (Riveros, Hernández & Rivera, 2007; Mardomingo, 2010).

La respuesta emocional que se pone en marcha ante la percepción de amenaza o resultado incierto, genera un estado de alerta cognitivo (atención centrada, procesamiento

rápido de información), activación fisiológica del organismo (preparatoria para la acción) e inquietud motora (puesta en marcha de conductas rápidas), estado que podría mejorar el nivel de respuesta del individuo al entorno. En resumen, la ansiedad es una reacción en principio deseable, tiende a ayudar a buscar y generar respuestas alternativas que encuentren un mejor resultado, a no ser que se experimente de forma excesivamente intensa, frecuente o duradera, lo que daría lugar a posibles interferencias en la vida cotidiana de las personas, generando además un profundo malestar y conformando posibles trastornos (Cejudo & Vindel, 2008).

Por otro lado, el modelo cognitivo, considera la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas, postula que, la vulnerabilidad psicológica es una característica de quienes experimentan ansiedad, se sobrevalora el peligro y se subestiman los propios recursos (Díez & Sánchez, 2000 citado en Cejudo & Vindel, 2008). Sin embargo, no solo se centran en el contenido sino también en el proceso. Tanto la percepción como la interpretación de la información recibidas del entorno y cuáles son los sesgos cognitivos que se cometen en esta actividad (Quero, Baños, & Botella, 2001, citado en Cejudo & Vindel, 2008).

Entonces, la persona presta mayor atención a la información que pueda ser amenazante que a la neutral y casi cualquier dato o estímulo se interpreta en la misma dirección de peligro y riesgo. Este hecho inicia y mantiene la ansiedad, en concordancia con las creencias disfuncionales que cada uno presenta (Beck & Clark, 1988, citado en Gantiva, Viveros, Dávila & Salgado, 2010).

En niños, niñas y adolescentes la presencia de trastornos de ansiedad es frecuente. Al menos un tercio de éstos cumple con los criterios para dos o más diagnósticos (Fong & Garranga, 2005). Su existencia, repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen, afectando las esferas de desempeño, incluyendo el plano escolar y social. Es frecuente además, que se asocien a cuadros de depresión, suicidio y abuso de sustancias (Fong & Garranga, 2005).

Dadds, Seinen, Roth y Harnett (2000, citado en Campbell, 2010), encontraron un rango prevalente de ansiedad entre el 17% y el 21% de los jóvenes de los cuales el 8% requería tratamiento por su severidad. El género, al igual que la edad, es un factor importante en la prevalencia de la ansiedad en niños y adolescentes. En todas las edades, las niñas reportan niveles de ansiedad más altos que los niños (Vasey & Olledick, 2000), además, el 50% de los niños que cumplen con el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, lo mantienen hasta dos años después.

La ansiedad puede generarse en niños y adolescentes en una frecuencia alta como respuesta a una demanda del ambiente. Los ambientes que minimizan y culpan al niño del problema, o que le obligan a enfrentarse a la situación cuando él no tiene recursos personales para manejarla, estarán provocando un rechazo del niño a compartir sus problemas y a pedir ayuda y, por tanto, comprometerán su desarrollo (Ruiz, 2005).

Un ejemplo de esto, es la investigación realizada por Contreras, Espinoza, Esguerra, Haikal, Polania y Rodríguez (2005), altos niveles de ansiedad pueden conducir a errores ya sean psicomotores o intelectuales, debido al compromiso en los procesos de memoria, a la dificultad en la concentración y, en general, a la alteración del funcionamiento psicológico

del adolescente, en este caso, la ansiedad perturba en general el rendimiento de cualquier tarea que requiera atención, concentración y esfuerzo sostenido (Rains, 2004, citado en Contreras et al., 2005).

En personas que no padecen un trastorno de ansiedad, la exposición repetida a un estímulo potencialmente amenazante reduce su ansiedad. Sin embargo, en los sujetos con un trastorno de ansiedad, la exposición obligada, sin un apoyo terapéutico, puede resultar altamente perjudicial (Ruiz, 2005).

Además, existe comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión (Fernández, & Gutiérrez, 2009; Crane & Campbell, 2010). Estos dos trastornos pueden ser diagnosticados al mismo tiempo en la misma persona, ya que comparten síntomas similares como irritabilidad, fatiga, dificultad en concentrarse y problemas de sueño (Fernández & Gutiérrez, 2009).

### *Depresión*

Durante los últimos años la adquisición de problemas mentales a nivel mundial aumenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), describe que alrededor de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes tienen trastornos o problemas mentales, y cerca de 450 millones de personas en el mundo padecen de un trastorno mental o de comportamiento, lo que representa cerca del 12% de la carga de morbilidad a nivel mundial. La prevalencia global de este tipo de trastornos incluye trastornos neuróticos, afectivos, retardo mental, demencias y esquizofrenia, entre otras.

En el estudio transcultural llevado a cabo por la OMS (2001) en 14 centros de diferentes países demostraron claramente que alrededor del 24% de todos los pacientes padecía un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes en los centros de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad. Además de demostrar una alta comorbilidad con deficiencias e incapacidad en el ámbito social, familiar, escolar o laboral de quienes padecen esta sintomatología (Cassano & Fava, 2002; Kohn, Levav, Caldas, Caraveo & Saraceno, 2005).

Lo que manifiesta una problemática que aumenta los gastos en salud de los diferentes países y la deficiencia en la calidad de vida de las personas que son diagnosticadas con este tipo de problemáticas.

En Colombia se llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad. Los resultados de la encuesta muestran que alrededor de 8 de cada 20 colombianos, presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, los trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3%), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias psicoactivas (10.6%). Bogotá, es la región que presenta la prevalencia más elevada con el 46.7% de personas que alguna vez en la vida presentó algún tipo de trastorno psiquiátrico (Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia, 2003).

La Organización Mundial de la Salud estima que la depresión se convertirá en la principal causa de discapacidad y la segunda carga mundial de enfermedad para el año 2020 (OMS, 2001; Spielberger, Ritterband, Reheiser, & Brunner, 2003).

Índices preocupantes, si se estima que cerca del 25% de la población colombiana es diagnosticada con depresión, esto sugiere que el 10.3% del grupo de hombres tiene

depresión leve, un 3.4% moderada y el 0.6% depresión severa, cifras menores a lo observado en el grupo de mujeres, donde el 14.7% presenta depresión leve, el 5.3% depresión moderada y el 1.3% depresión severa. Lo que demuestra es que las mujeres tienden a deprimirse más que los hombres y que esta tendencia es independiente de la severidad con que se presente la depresión (Santacruz, Gómez, Posada & Viracaha, 1995, citado en Pardo, et. al, 2004).

Según, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM,IV), la depresión se define como el estado de ánimo reducido de interés o placer, acompañado de, al menos cuatro síntomas vegetativos, cognitivos y psicomotores, que duran por lo menos 2 semanas. Los síntomas se acompañan con insomnio o hipersomnia, pérdida de energía (fatiga), pérdida o aumento de apetito o de peso, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, agitación o retardo psicomotor, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. . Pero si su duración es de por lo menos 2 semanas se llama depresión menor. La persistencia de este síndrome durante al menos 2 años se llama el trastorno distímico (APA, 2003).

Entonces, la depresión es una alteración patológica del estado anímico, con un descenso del humor que se convierte en tristeza (García, 2006). Además, se evidencia fluctuaciones bajas del estado de ánimo normal, puede ser vista como un estado emocional de tristeza o dolor emocional, que se presenta como reacción a una situación o evento displacentero, que habitualmente es considerada como la causa de tal respuesta emocional (Montenegro, 1994, citado en Gómez, Porras & Castro, 2010).

En la depresión, de acuerdo al modelo cognitivo de Beck (1987), el individuo genera creencias negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro, asociados a inferencias

arbitrarias, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico. Es de tener en cuenta que este modelo propone la existencia de representaciones estructurales de la experiencia humana, llamados esquemas, con los cuales las personas pueden identificar, interpretar, categorizar o evaluar su experiencia. Por lo general en individuos con depresión, estos esquemas son rígidos, impermeables y absolutos y son producto de la representación sesgada de la experiencia, se activan con facilidad por una serie de estímulos que afectan el estado de ánimo (Beck & Clark, 2010; Gómez, Porras & Castro 2010).

Los pacientes que sufren de trastornos depresivos se presentan típicamente con una constelación de síntomas psicológicos, conductuales y físicos, presentan la pérdida de interés o el placer en la mayoría de las actividades. Es así, que el conjunto de síntomas asociados, la duración del síndrome, así como el grado de deterioro funcional son esenciales para distinguir los trastornos depresivos de la variabilidad fisiológica del estado de ánimo (Cassano & Fava, 2002).

Los síntomas de la depresión varían en severidad, por un periodo corto de tiempo la persona puede sentirse triste o melancólico, puede aparecer una profunda desesperación, culpabilidad extrema, desesperanza y pensamientos de muerte que pueden resultar en suicidio. Si se evidencia depresión persistente existirán síntomas conductuales y físicos tales como la fatiga, el insomnio, impotencia, llanto frecuente, dolores crónicos, y excesivo ganancia o pérdida de peso (Rosenfeld, 1999, citado en Spielberger et al., 2003).

Desde algunos años, se consideraba a la depresión como una problemática que solo afectaba a los adultos, sin embargo esta mirada a evolucionado y hoy en día se habla y

estudia la existencia de este cuadro en niños y adolescentes (Méndez, Olivares & Ros, 2001; Israel & Wicks, 2001).

Según García (2006), actualmente se considera que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se puede manifestar en cualquier edad, siendo, en los niños y adolescentes, modulado por el período evolutivo que se encuentra, pudiendo expresarse en diferentes conductas disfuncionales, afectando el desarrollo normal del individuo.

Sumado a lo anterior, Israel y Wicks (2001), mencionan la importancia de distinguir entre el fenómeno o síntoma de depresión y el síndrome o trastorno denominado depresión, en niños y adolescentes, ya que por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, la pérdida de interés que se utilizan para describir el estado de ánimo negativo. Por el contrario, el trastorno depresivo se entiende como un grupo de atributos que se dan en forma conjunta, además del estado de ánimo negativo, se acompaña de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta.

Méndez et. al. (2001), sugieren que el trastorno repercute negativamente a nivel personal, (malestar físico o psicológico), familiar (deterioro de las relaciones), escolar (bajo rendimiento académico), y social (aislamiento). De acuerdo a la edad se manifiestan las áreas afectadas. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores. Con el paso de los años afecta el nivel cognitivo, sexual o legal.

En cuanto a las manifestaciones clínicas en la adolescencia, el síntoma característico en la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conducta. Un ejemplo de ello es como los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y en ocasiones

alucinaciones. Además de una incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen (Pardo et al., 2004).

De acuerdo a la etapa del ciclo vital, la población adolescente parece ser especialmente vulnerable a la depresión, cifras de prevalencia del 4% al 8% en población no clínica y del 27% al 40% en población clínica (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007), en donde la ideación suicida se manifiesta como consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Benjet et al., 2009), o el suicidio consumado en el 15% al 20% de los que la presentan (OMS, 2001). A mediano plazo la depresión predice conducta antisocial, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; y actúa como factor de riesgo para el desarrollo de cualquier otro tipo de psicopatología (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano, 2004; Beltrán y Freyre, 2011).

En consecuencia, la depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, a cargo del periodo evolutivo que atraviesan los jóvenes. Sin embargo, puede considerarse como una enfermedad peligrosa que genera conductas autodestructivas. Según Dallal y Castillo (2002, citado en Pardo et al., 2004), la depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Adicionalmente, suceden varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno.

En relación a lo anterior algunos jóvenes, además de experimentar cambios físicos, psicológicos y emocionales, deben atravesar situaciones que ponen en riesgo su integridad física y moral, como lo es la explotación sexual, generando situaciones de maltrato, desprecio y abandono que expone al adolescente a estrés prolongado, aumentando la

probabilidad de que el joven forme un trastorno psicológico grave en este tipo de situaciones, como la depresión y la ansiedad, siendo estos trastornos consecuencia de la vulneración de los derechos (PLAN, Fundación Renacer, Fundación Antonio Restrepo Barco, 2008).

### *Estrategias de afrontamiento*

Lazarus y Folkman (1986, citados en Gómez y Fraguera, 2006), definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos” (p. 164). Es decir, el comportamiento emitido por el individuo depende de la percepción que éste tenga de la situación amenazante generadora de estrés. De acuerdo a Frydenberg, 1994, citado en González, 2002), el afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción

Cuando se percibe una serie de demandas inusuales o excesivas que amenazan el bienestar o integridad de una persona, emerge lo que autores como Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez (2003), denominan estrés, que involucra tanto la presencia de eventos externos como activación interna del organismo y la interacción entre estos dos, teniendo en cuenta variables como intensidad, duración, etc.

Desde el modelo transaccional del estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986, citado en Giraldo, 2006), la experiencia que el individuo experimenta al no contar con las capacidades para sobrellevar las demandas del ambiente, al igual que la percepción de un estímulo como estresante se hace a través de un “doble proceso de valoración”. La

valoración primaria, en donde, el individuo evalúa la importancia del estímulo, su signo y naturaleza, y como resultado obtiene un juicio acerca del nivel de estrés que genera el estímulo. Y, la valoración secundaria, donde el individuo evalúa su capacidad para hacer frente al estímulo, apareciendo estrés al no tener los recursos suficientes para enfrentarlo. En este momento el individuo utiliza las estrategias de afrontamiento como procesos concretos y específicos que pueden ser cambiantes dependiendo las condiciones desencadenantes (Cassareto et al., 2003; Solís y Vidal, 2006).

En este punto es necesario diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento. De acuerdo a Solís y Vidal (2006), los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento. Por su parte, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo las condiciones desencadenantes (Carver& Scheier, 1994; citado en Cassareto et al., 2003).

Folkman y Lazarus (1985, citado en Gómez y Fraguera 2006), propusieron dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional). La utilización de uno o el otro no radica en que uno sea mejor que el otro, sino en qué tan apropiado es para la situación estresante a la que se enfrenta, Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral (2006), menciona que el focalizado en el problema suele ser el más adecuado en situaciones relacionadas a la solución de problemas y el focalizado en la emoción es más funcional en situaciones que no se pueden cambiar.

Parafraseando a Gómez et, al. (2006), a partir de las investigaciones y trabajos realizados por Lazarus y su equipo (1986), varios han sido los modelos alternativos propuestos. Por ejemplo, algunos han cuestionado la concepción del afrontamiento como un proceso continuamente cambiante y fuertemente determinado por el proceso de evaluación cognitiva. Desde estos planteamientos se han concebido los estilos de afrontamiento como patrones de conducta relativamente estables que pueden ser vistos como características de personalidad que interactúan con el ambiente (Gómez et, al, 2006).

Otros autores han señalado clasificaciones alternativas de las estrategias de afrontamiento; así, la propuesta por Moos (1994, citado en Gómez et, al. 2006), distingue entre un estilo de afrontamiento de aproximación al problema, pudiendo ser ésta conductual o cognitiva, y un estilo de afrontamiento de evitación. A diferencia de la propuesta de Lazarus (1986, citado en Gómez et, al. (2006), el primer estilo de afrontamiento sería funcional, facilitando el ajuste del individuo, mientras el estilo de evitación sería disfuncional, aumentando la probabilidad de que apareciesen problemas físicos y psicológicos.

Teniendo en cuenta las condiciones de la población a trabajar, adolescentes víctimas de explotación sexual, estas teorías ofrecen diversos aportes a la manera como ellos enfrentan la situación de continuo estrés a la que se encuentran expuestos, llevándolos a reaccionar ante el evento estresante con ciertas estrategias de afrontamiento que han obtenido de su propio entorno, que en su medio pueden ser funcionales y adaptativas, pero que, dificultan su desarrollo óptimo para evolucionar a la adultez, existe una disfuncionalidad latente cuando se visualiza el estilo de evitación que ellos mantienen por temor a enfrentar otro tipo de situaciones estresantes por las cuales han pasado y/o que acompañan la condición de vida actual que mantienen (Moos, 1994, citado en Gómez et, a.l, 2006).

Las estrategias de afrontamiento se han visualizado en las diferentes escalas desarrolladas por diversos autores. Especificándose en el afrontamiento en adolescentes, Frydenberg (1986, citado en Solís & Vidal, 2006), menciona tres estilos; el primero es el de “Resolver problemas”, que comprende las estrategias concentrarse a resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí; el segundo es el “Referencia a los otros”, que contiene como estrategias buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional; el tercero es “afrontamiento no productivo”, que tiene como estrategias preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema.

Teniendo en cuenta que el afrontamiento media entre los eventos estresores y los recursos del individuo, este proceso es de gran importancia en la adolescencia por los diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que se generan en esta etapa del desarrollo. De acuerdo a Ávila y colaboradores (1996, citado en Figueroa & Cohen, 2006), la adolescencia es una etapa de conflictos, que se caracteriza por situaciones de crisis de la personalidad y de turbulencia emocional, en la que el joven se vuelve más vulnerable y más proclive a ser dañado física o psicológicamente por el proceso de cambios en este momento vital y por las exigencias que el medio le plantea. Sin embargo, no se da necesariamente una etapa de patologías, pero sí es un momento del desarrollo donde el niño genera cambios y debe atravesar situaciones propias de la etapa evolutiva.

Teniendo en cuenta que, los adolescentes protagonistas de este ejercicio investigativo han pasado por situaciones de alto grado de estrés que ha podido ser permanente en el

tiempo, es necesario visualizar las estrategias de afrontamiento que desarrollan y la funcionalidad de éstas en la evolución de estos sujetos.

### *Explotación sexual*

El código de infancia y adolescencia establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que les causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. Además, define el maltrato infantil como toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico, sexual o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos, la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010).

Por lo tanto, la explotación sexual es una forma de violencia contra los niños, niñas y adolescentes y es definido por la Organización Mundial de la Salud 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” (Grajales, 2008, p. 193)

De acuerdo a lo anterior, la Explotación Sexual constituye una vulneración a los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados en la ley de infancia y adolescencia, ya que la explotación sexual conlleva el abuso sexual por parte de una

persona mayor, por lo cual el niño recibe algún tipo de remuneración ya sea monetaria o en especie para él o para una tercera persona o grupo de personas (I Congreso Mundial Contra la Explotación Sexual Comercial de la Niñez, 1996; Citado por Grajales, 2008; ICBF, UNICEF, OIT, IPEC & Fundación Renacer, 2006; Amar, Castro, Madariaga, Rodríguez & Suarez, 2006).

No existen datos claros ni exactos acerca de la cantidad de niños, niñas y adolescentes involucrados en esta problemática, sin embargo para el 2001 se estimó que 35.000 niños y niñas menores de 18 años son explotados en Colombia y se ha detectado un aumento significativo en el número de niños y niñas inducidos a la prostitución, iniciando además desde edades cada vez más tempranas (UNICEF, 2001). Además, en lo corrido del año 2013 se han presentado 221 denuncias por explotación sexual en todo el país (Cárdenas, 2013).

Para el caso de la ciudad de Ibagué, se desconocen cifras claras acerca de la vinculación de niños y niñas en la explotación sexual. Sin embargo, es importante tener en cuenta que debido a la localización central de la ciudad y su fácil acceso a otras ciudades como Armenia, Espinal y Girardot, es alta la presencia de la problemática en la ciudad. En cuanto a la ciudad capital en lo transcurrido del año 2013, se han presentado 112 denuncias por explotación sexual, sin contar los casos que no se están denunciando por diferentes circunstancias como el temor o el desconocimiento de la ruta de atención a víctimas de violencia sexual (Cárdenas, 2013).

Es por esto que se hace necesario adelantar investigaciones en dichas ciudades que identifiquen con claridad los datos estadísticos de la explotación sexual en niños y niñas menores de 18 años.

Las investigaciones que se han realizado en el tema por parte de instituciones como ICBF, UNICEF, OIT, IPEC, Fundación Renacer (2006, citado en Grajales, 2008), han concluido que la explotación sexual comprende seis modalidades principales: prostitución, pornografía, turismo sexual, trata con fines sexuales, matrimonio servil y utilización sexual de niños, niñas y adolescentes (NNA) por distintos grupos armados ilegales.

Existe una relación clara y directa entre el delito de explotación sexual y el de trata de personas, que además constituye el indicador más alto, siendo las mujeres las víctimas por excelencia; presentándose como la práctica más deplorable la explotación de niñas, en ocasiones inducida o facilitada por los mismos familiares (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010; McMahon, & Reimers, 2013).

La explotación sexual genera gran impacto en la población infantil, trasciende las fronteras mediante redes internacionales de trata de personas y además de generarse un abuso sexual vulnera los derechos de los niños, niñas y adolescentes permitiendo que estos sean tratados como mercancía u objetos de intercambio (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010).

Es así como diferentes circunstancias llevan al niño a ser víctimas de explotación sexual, situaciones como el abandono por parte de alguno de los padres, en ocasiones de los dos padres, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual y estos vinculados a dificultades económicas, sociales y culturales, son factores que inducen a los niños, niñas y

adolescentes a la vinculación de actividades de explotación sexual, dejándolos desprotegidos y vulnerando sus derechos que como ciudadanos tienen. Además, factores como la pobreza, la falta de oportunidades, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el desplazamiento forzado, la marginalidad y el conflicto armado, son algunos potenciadores de las redes de comercializadores que captan a sus víctimas en ambientes hostiles de violencia intrafamiliar, maltrato, abandono o negligencia de padres y cuidadores, que son los escenarios naturales de las víctimas (Fundación Renacer; ECPAT Colombia, 2011; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010; Oficina Internacional del Trabajo, 2006).

Es por esto que, la Explotación Sexual es un aprovechamiento de condiciones como la desigualdad económica y social, la indefensión de la víctima y su vulnerabilidad física, emocional y mental, que busca lesionar, degradar o expresar dominio o presión, sobre una persona que se encuentra o es puesta en condiciones de inferioridad. El carácter de vulnerabilidad, inherente a la etapa de la niñez, sugiere que su desarrollo biológico y psicoafectivo está en proceso de construcción, es decir que requiere de condiciones especiales de protección integral y no de un aprovechamiento de estas (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010).

Sin embargo, en ocasiones algunas personas mencionan que los menores de edad consienten dichas situaciones de abuso, tanto así que en muchos casos la víctima no se percibe como tal. Pero Shaw (1999; citado por ICBF, 2010), indica que el consentimiento implica un acuerdo que engloba el entendimiento de la propuesta, el conocimiento de las implicaciones sociales de lo que se está proponiendo, el conocimiento y entendimiento de las consecuencias y las alternativas, la certeza que se respeta el acuerdo o desacuerdo

concertado, que la decisión sea completamente voluntaria y que exista la competencia mental para tomar la decisión. Además el supuesto consentimiento no exime de su responsabilidad al adulto implicado.

La vulneración de los derechos en las víctimas de explotación sexual genera afectación en la psiquis del niño, que además de encontrarse en la etapa de desarrollo de su personalidad y de su identidad, viéndose afectada esta, también debilita su autoestima y facilita que suceda el abuso sexual en lugar de generar una orientación que le permita prevenir y protegerse de conductas sexuales nocivas (PLAN, Fundación Renacer & Fundación Antonio Restrepo, 2008).

Debido a que los niños y niñas no tienen conciencia clara de su propio valor, ni los criterios de juicio suficientes para discernir cuando ese valor está amenazado, una baja autoestima convierte a los niños y niñas en sujetos vulnerables a la presión de personas que los explotan y los utilizan para cualquier clase de fines. Lo cual los lleva a involucrarse en relaciones que aparentemente no representan peligro alguno, ofreciéndoles una mínima seguridad, lo que hace que los niños permanezcan en ellas a pesar de las situaciones de maltrato y daños a su integridad (PLAN, Fundación Renacer & Fundación Antonio Restrepo, 2008).

Además de esto, la dificultad para elaborar emocionalmente una situación de abuso sexual, genera que exista reiteración del abuso, el cual sucede durante la prostitución, comprendiéndose como un mecanismo en el cual el niño se estaría vengando de las agresiones recibidas y el abandono o desprotección de sus padres. Ya que el abuso sexual distorsiona la relación del niño o niña consigo mismo, incluyendo su autoconcepto del

valor de sí mismo y de su propio cuerpo, se genera en él culpa y vergüenza, sobre todo cuando el agresor es el padre o padrastro (PLAN, Fundación Renacer & Fundación Antonio Restrepo, 2008).

El maltrato, el desprecio y el abandono generan en el niño crisis, depresión o conflicto interior que se hace difícil de manejar para él. Por lo cual la probabilidad de que el niño presente un trastorno psicológico grave en situaciones de crisis, como la depresión y la ansiedad, es alta, siendo estos trastornos consecuencia de la vulneración de los derechos y la vinculación a la explotación sexual (PLAN, Fundación Renacer & Fundación Antonio Restrepo, 2008).

*Planteamiento del problema*

La adolescencia es una etapa donde se desarrollan características de personalidad teniendo en cuenta las experiencias vividas en el contexto, determinando la presencia o ausencia de comportamientos saludables o trastornos futuros en las personas.

La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes es una realidad a nivel mundial que afecta los autoconceptos y determina comportamientos. Sin duda alguna, es la actividad más denigrante a la que puede ser sometido un menor de edad, ya que configura una de las más graves formas de impedir su pleno y sano desarrollo (OIT, 2006).

En los niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual los comportamientos inadecuados surgen como respuesta a los estímulos estresores del medio, utilizando estrategias de afrontamiento que permiten un ajuste funcional o disfuncional en la calidad de vida de éste (Carver & Scheier, 1994; Fernández, Abascal, Palmero, Chóliz & Martínez, 1997; en Cassareto et al., 2003), aumentando la probabilidad de presentar trastornos como la ansiedad y la depresión, afectando su desarrollo psicosocial (Amar, Masías & Jiménez, 2005).

Algunas investigaciones han apuntado a evaluar las estrategias de afrontamiento en población con trastorno de ansiedad o con trastorno depresivo (Gantiva, Viveros & Salgado, 2010), sin embargo, no se conocen estas investigaciones con población víctima de explotación sexual, ya que la bibliografía acerca de estos temas no es muy prolífica, y tiende a contribuir en la comprensión y caracterización del tema (OTI, 2006), abriendo puertas para investigaciones como esta que permita ampliar los recursos para futuras intervenciones psicológicas en dicha población.

Es por esto que la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:  
¿Cuál es la relación existente entre estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión en adolescentes víctimas de explotación sexual?

*Objetivos*

*General*

Identificar la relación entre ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual en las ciudades de Bogotá e Ibagué (Colombia).

*Específicos*

- Evaluar el nivel de ansiedad en niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual ubicados en instituciones de protección en las ciudades de Ibagué y Bogotá.
- Evaluar el nivel de depresión en niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual ubicados en instituciones de protección en las ciudades de Ibagué y Bogotá.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños, niñas y adolescentes víctimas explotación sexual ubicados en instituciones de protección en las ciudades de Ibagué y Bogotá.

### *Definición de Variables*

*Ansiedad*: conjunto de reacciones físicas y psicológicas, que se perciben como una señal de alerta ante un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida, (Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor, 2005), es una reacción en principio deseable, tiende a ayudar a buscar y generar respuestas alternativas que encuentren un mejor resultado, a no ser que se experimente de forma excesivamente intensa, frecuente o duradera, lo que daría lugar a posibles interferencias en la vida cotidiana de las personas, generando además un profundo malestar y conformando posibles trastornos (Cejudo & Vindel, 2008). Esta variable fue medida con el *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI), (Beck, 1988, versión revisada de Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

*Depresión*: alteración patológica del estado anímico, con un descenso del humor que se convierte en tristeza (García, 2006). Además, se evidencia fluctuaciones bajas del estado de ánimo normal, puede ser vista como un estado emocional de tristeza o dolor emocional, que se presenta como reacción a una situación o evento displacentero, que habitualmente es considerada como la causa de tal respuesta emocional (Montenegro, 2005, Gómez, Porras & Castro, 2010). esta variable fue evaluada con la *Escala de Depresión de Beck* (BDI-II) (Beck, 1996; adaptado a población española por Sanz, Perdigan & Vásquez, 2003).

*Estrategias de afrontamiento*: procesos concretos y específicos que utiliza el individuo para enfrentar las situaciones en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo las condiciones desencadenantes (Carver & Scheier, 1994, citado en Cassareto et al., 2003). Para evaluar esta variable se aplicó la *Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes* (ACS), (Frydenberg y Lewis, 1996).

## *Método*

### *Diseño de investigación*

Este ejercicio investigativo se desarrolló dentro de un modelo de investigación empírico-analítico. Se utilizó un diseño descriptivo-correlacional, el cual, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), pretende medir dos o más variables con el fin de identificar y describir las posibles relaciones que se establecen entre ellas. Así, la presente investigación pretende identificar la relación existente entre ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento.

### *Participantes*

Para el presente estudio se obtuvo una muestra de 39 adolescentes, de los cuales 32 pertenecen a la ciudad de Bogotá y 7 adolescentes a la ciudad de Ibagué. 27 mujeres y 12 hombres. La edad de los participantes oscila entre los 11 y 18 años, con una media de 14.6 años ( $DE=1.62$ ). El grado de escolaridad de los participantes se encuentra entre 5° y 10° grado, con una mayor proporción en los grados 6° y 7°. 12 adolescentes cuentan con familia nuclear, 11 jóvenes con familia reconstruida, 10 adolescentes pertenecen a una familia monoparental y 6 reportan contar con familia extensa. Los adolescentes se encuentran en el sistema de protección de restablecimiento de derechos, de los cuales 20 jóvenes pertenecen a modalidad externado y 19 adolescentes están ubicados en la modalidad internado. El tiempo de vinculación de estos jóvenes al sistema de protección se encuentra entre 1 y 36 meses con una media de 13.74 meses ( $DE=9.19$ ).

*Instrumentos*

*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, fue desarrollado por Beck (1988). Es un inventario autoaplicado, que consta de 21 ítems, que describen diversos síntomas físicos y somáticos relacionados con ansiedad. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 y en donde, la suma de todos los ítems proporciona el nivel de ansiedad. El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7 (DE 11.4) y en sujetos normales 15.8 (DE 11.8), (Beck, Brown, Stree, 1988). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.90 a 0.94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0.30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0.67 a 0.93 y tras 7 semanas de 0.62 (Beck, 1988; versión revisada de Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

*Inventario de depresión de Beck (BDI- II)*, el cual consta de 21 ítems que evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos y cada uno se compone de cuatro afirmaciones acerca de la intensidad del síntoma, desde 0 (ausente o leve) hasta 3 (muy intenso). Los ítems cubren los siguientes ámbitos: afecto, pesimismo, sentimiento de fracaso, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, malestar consigo mismo, autoacusaciones, deseos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición en el trabajo, problemas de sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida del interés sexual. Es una prueba autoaplicable, (Beck, Steer y Brown, 1996, Gantiva y cols, 2010). La adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II), muestra los datos sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de 590

estudiantes universitarios españoles, la consistencia interna del BDI-II fue elevada (coeficiente alfa de 0.89) (Gómez et al., 2010).

*Escala de Estrategias de afrontamiento para adolescentes (ACS)*. Construido con 80 ítems, agrupados en 18 factores, con ítems de respuesta tipo Likert en un rango de frecuencia de 1 a 5 desde *no me ocurre nunca o no lo hago* hasta *me ocurre o lo hago con mucha frecuencia*. Menciona tres estilos:

El primero es el de “*Resolver problemas*”, que comprende las estrategias: a) Buscar diversiones relajantes, describe actividades relajantes (escuchar música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc.); b) Esforzarse y tener éxito, (compromiso, ambición y dedicación para estar mejor); c) Distracción física, (hacer deporte, mantenerse en forma, etc.); d) Fijarse en lo positivo, busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado; e) Concentrarse en resolver el problema, acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación.

El segundo es el “*Referencia a los otros*”, que contiene como estrategias: a) Buscar apoyo espiritual, supone recurrir a la ayuda de un ser superior para solucionar los conflictos; b) Buscar ayuda profesional, consiste en buscar la opinión de profesionales (maestros, terapeutas o a una persona competente); c) Invertir en amigos íntimos, se refiere búsqueda de relaciones personales íntimas; d) Buscar apoyo social, consiste en una estrategia de compartir los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución; e) Buscar pertenencia, implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que los otros piensan; f) Acción social, supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos.

El tercero es “*afrontamiento no productivo*”, que presenta como estrategias: a) Autoinculparse, verse como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen; b) Hacerse ilusiones, elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva; c) Ignorar el problema, rechazar conscientemente la existencia del problema; d) Falta de afrontamiento, incapacidad personal para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos; e) Preocuparse, indica preocupación por el futuro y la felicidad futura; f) Reservarlo para sí, expresa que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas; g) Reducción de la Tensión, utilización de elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión (Fumar, beber, drogarse), (Frydenberg & Rowley, 1998, citado en Solís y Vidal, 2006). Coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.75 (Figuroa et al., 2005).

### *Procedimiento*

*Fase 1. selección de participantes:* La población objeto de estudio se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia en adolescentes ubicados en una institución de protección de la ciudad de Ibagué y una fundación en la ciudad de Bogotá, dedicadas al restablecimiento de derechos de población víctima de explotación sexual.

*Fase 2. Aplicación de los instrumentos:* Para esta fase se realizó una única sesión de aproximadamente 2 horas con cada grupo divididas de la siguiente manera: en un primer momento se aplicó el BAI con el fin de evaluar el estado ansiogeno de los participantes. Posteriormente se aplicó el BDI para evaluar el nivel de depresión de la población. Y finalmente se aplica la prueba ACS con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes en diferentes situaciones. La participación de los

adolescentes fue voluntaria posterior a la firma de los asentimientos y consentimientos informados.

*Fase 3. Análisis de los resultados:* Se realiza a través de la tabulación de los datos recolectados y posterior revisión por medio del programa estadístico SPSS versión 20, mediante el cual se realizó un análisis comparativo de medias y descriptivo correlacional.

#### *Consideraciones éticas*

El siguiente estudio no acomete ningún riesgo para los participantes, de acuerdo con las directrices de la American Psychological Association (APA) para la investigación con seres humanos y el código deontológico del sujeto objeto de la investigación, se informó por escrito sobre las condiciones y objetivos de la misma, además de la importancia de la colaboración voluntaria del sujeto para el avance científico de la psicología y de la confidencialidad de los datos y los resultados obtenidos de dicha aplicación.

Estas consideraciones se basan en los siguientes artículos, de las disposiciones generales de la ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código deontológico y Bioético, en donde se hace referencia a la investigación con participantes humanos:

La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación

respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos (título II, artículo 9).

La profesión de Psicólogo/a se rige por principios comunes a toda deontología y ética profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales (Título III, artículo 9).

En la investigación, el/la Psicólogo/a se abstendrá y se negará absolutamente a causar en la persona daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados (Título IX, artículo 50).

Teniendo en cuenta lo anterior, se firmó un consentimiento informado por parte del Defensor de Familia quien es la autoridad administrativa del proceso de restablecimiento de derechos y el director de la Fundación Renacer y un asentimiento informado, firmado por los adolescentes participantes de la investigación.

*Resultados*

La aplicación de las pruebas de depresión y ansiedad de Beck (1988), así como la escala de afrontamiento ACS de Frydenberg y Lewis (1996), permitió identificar la presencia de manifestaciones y de algunos criterios relacionados con dichos estados emocionales y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes. Se observa que la ansiedad total se encuentra en una media de 21.28 (DE= 12.51), la ansiedad fisiológica presenta una media de 11.69 (DE = 7.22), y la ansiedad social tiene una media de 9.59 (DE= 5.95). Así mismo, se observa que la depresión tiene una media de 19.72 (DE= 8.39) (Tabla 1). Los participantes de este estudio en promedio presentan ansiedad baja y depresión moderada.

*Tabla 1. Estadísticas descriptivas Ansiedad y Depresión*

	Media	Desviación Estándar
Ansiedad fisiológica	11.69	7.22
Ansiedad social	9.59	5.95
Ansiedad total	21.28	12.51
Depresión	19.72	8.39

Dentro de las estrategias de afrontamiento descritas por Frydenberg y Lewis (1996), se observa que las estrategias más utilizadas son: Buscar diversiones relajantes (M=71.08, DE=20.24); Preocuparse (M=68.10, DE=15.61); Buscar pertenencias y hacerse ilusiones (M= 65.44, DE=15.47). Por otro lado, las estrategias menos utilizadas por los jóvenes son: acción social (M= 40.13, DE= 15.06), reducción de la tensión (M=45.23, DE=15.11) y autoinculparse (M=48.85, DE=21.65) (Tabla 2).

*Tabla 2. Estadísticas descriptivas Estrategias de Afrontamiento*

	Media	Desviación Estándar
Buscar apoyo social (AS)	59.79	15.89
Concentrarse en resolver el problema (RP)	59.79	17.28
Esforzarse y tener éxito (ES)	63.08	17.68
Preocuparse (PR)	68.10	15.61
Invertir en amigos íntimos (AI)	63.08	18.77
Buscar pertenencia (PE)	65.44	15.47
Hacerse ilusiones (HI)	65.44	15.47
Falta de afrontamiento (NA)	62.77	17.84
Reducción de la tensión (RT)	45.23	15.11
Acción social (SO)	40.13	15.06
Ignorar el problema (IP)	59.10	20.41
Autoinculparse (CU)	48.85	21.65
Reservarlo para sí (RE)	57.56	18.09
Buscar apoyo espiritual (AE)	60.38	17.10
Fijarse en lo positivo (PO)	65.00	16.10
Buscar ayuda profesional (AP)	61.79	20.24

Buscar diversiones relajantes (DR)	71.08	21.57
Distracción física (FI)	65.33	17.61

---

Se encontraron correlaciones positivas y significativas entre las estrategias de afrontamiento de reducción de la tensión y autoinculparse con los procesos emocionales de ansiedad fisiológica, ansiedad social, ansiedad total y depresión.

Así mismo, se evidenció una correlación positiva y significativa entre ignorar el problema y depresión; y entre reservarlo para sí y ansiedad fisiológica, social y total (tabla 3).

Tabla 3. Correlación Ansiedad, Depresión y Estrategias de Afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Ansiedad fisiológica	Ansiedad social	Ansiedad total	Depresión
Buscar apoyo social (AS)	.11	.01	.07	.02
Concentrarse en resolver el problema (RP)	-.10	-.05	-.08	.02
Esforzarse y tener éxito (ES)	-.20	-.10	-.16	-.08
Preocuparse (PR)	-.006	.001	.008	.07
Invertir en amigos íntimos (AI)	.05	.008	.02	.05

Buscar pertenencia (PE)	0.18	.12	.17	-.04
Hacerse ilusiones (HI)	.18	.12	.17	-.04
Falta de afrontamiento (NA)	.14	.22	.19	.20
Reducción de la tensión (RT)	.48**	.52**	.53**	.44**
Acción social (SO)	-.07	-.12	-.10	-.11
Ignorar el problema (IP)	.21	.27	.23	.42**
Autoinculparse (CU)	.32*	.44**	.38*	.40*
Reservarlo para sí (RE)	.39*	.52**	.45**	.30
Buscar apoyo espiritual (AE)	-.13	-.09	-.12	-.16
Fijarse en lo positivo (PO)	-.06	-.04	-.04	-.12
Buscar ayuda profesional (AP)	-.29	-.16	-.24	-.16
Buscar diversiones relajantes (DR)	.09	.12	.09	.07
Distracción física (FI)	-.005	-.07	-.04	.01

---

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

### *Discusión*

Dado que, son pocas las investigaciones que se han realizado sobre explotación sexual relacionadas con depresión, ansiedad y las estrategias utilizadas para el afrontamiento de las diferentes consecuencias que acarrea el sometimiento a experiencias traumáticas como la explotación sexual en menores de edad (Díaz & Rodríguez, 2006; OIT, 2006), el objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual ubicados en centros de protección en las ciudades de Bogotá e Ibagué (Colombia).

Dentro de los resultados obtenidos en esta investigación, se evidencia que los adolescentes participantes presentan niveles de ansiedad bajos, y niveles de depresión moderada. A diferencia de lo encontrado en investigaciones realizadas en Colombia y otros países, en adolescentes con otro tipo de condiciones de vida, donde se ha evidenciado la presencia de ansiedad y depresión de manera conjunta.

Estudios realizados por Álvarez, Ramírez, Prieto y Otálvaro (2012) en Colombia; Czernik, Dabski, Canteros, y Almirón (2006), en Argentina; y Fernández y Gutiérrez (2009), en España, encontraron en sus resultados que los adolescentes investigados con sintomatología ansiosa también presentaron sintomatología depresiva y viceversa.

Desde la teoría cognitiva de Beck (1987), los resultados del presente estudio señalan que los adolescentes víctimas de explotación sexual cuentan con una valoración esperada de las propias capacidades de afrontamiento, lo que garantiza bajos niveles de ansiedad. En cambio, los puntajes significativos en depresión están asociados a la valoración excesiva de los sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, generando un

sesgo en el procesamiento de la información conocido como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (Agudelo, Casadiegos, Sánchez, 2009).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son mecanismos cognoscitivos y conductuales que se van apropiando a través de las experiencias de vida, es decir, los aprendizajes de la infancia y del inminente reforzamiento social obtenido (Beltrán & López, 2010). Es por esto que las estrategias de afrontamiento utilizadas son la respuesta a dichas experiencias de vida, lo que implica que las situaciones adversas están relacionadas con la utilización de estrategias de afrontamiento improductivas, mientras que el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas corresponde a un nivel alto de bienestar psicológico.

Los resultados mencionados anteriormente se relacionan con los datos obtenidos en la prueba de afrontamiento para adolescentes (ACS), encontrando que las estrategias reducción de la tensión, autoinculparse e ignorar el problema, son estrategias enfocadas en la emoción para hacer frente a la adversidad que se traduciría en un estilo de afrontamiento improductivo, es decir, en un menor empleo de estrategias dirigidas a solucionar los problemas, centradas en la evitación y asociadas a un mayor desajuste, generando estados de depresión y afecto negativo (Espinosa, Contreras & Esguerra , 2009), lo que explica la presencia de síntomas depresivos en niveles moderados en la población objeto de este trabajo.

A pesar que los niveles de ansiedad fueron bajos, los resultados demuestran que la estrategia “reservarlo para sí” esta correlacionada positiva y significativamente con el mantenimiento e incremento de síntomas ansiosos, llevando al adolescente a ocultar sus

emociones y sentimientos motivados por conductas de evitación, permitiéndoles tener el control de la situación de manera momentánea, y prolongar el momento en que enfrentarán el evento aversivo, regulando el resultado de las emociones (Compas, 1987, citado en Gantiva, 2010).

Resultados similares en adolescentes con problemáticas diferentes encontraron que la estrategia que más utilizaron los jóvenes con trastorno alimenticio fue autoinculparse (Bahamón, 2012), otro estudio, encontró que los adolescentes con bajo bienestar psicológico emplearon estrategias como falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse, que supone la ausencia de recursos para enfrentar las dificultades. Sin embargo, en dicha investigación la población con un nivel de bienestar psicológico alto utiliza con mayor frecuencia estrategias dirigidas a resolver los problemas como: preocuparse, buscar diversiones relajantes, fijarse en lo positivo, buscar pertenencia y distracción física (Figueroa et. al., 2005). Al igual que en la investigación de Veloso, Caqueo, Muñoz, Villegas (2010).

En conclusión, las estrategias de afrontamiento pueden considerarse en el plano preventivo para estimular el uso de habilidades dirigidas a la solución de problemas de manera que las acciones sean más productivas y los adolescentes perciban mayor eficacia; formulando líneas de prevención que pueden dirigir su atención hacia la capacidad de afrontamiento de los jóvenes frente a situaciones adversas y/o estresantes y la percepción de los problemas como oportunidades de mejoramiento; y, en el plano interventivo, para reestructurar las interpretaciones negativas de sí mismos al hacer frente a las múltiples situaciones problemáticas que pueden activar y mantener los síntomas depresivos y ansiosos (Quiles & Terol, 2008).

Finalmente, este estudio logra relacionar aspectos como la elección de estrategias de afrontamiento en la generación de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes víctimas de explotación sexual.

Dentro de las limitaciones de este, se plantea que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados debido al tamaño de la muestra. Por otro lado, la prueba de estrategia de afrontamiento aplicada, no se encuentra validada en Colombia a pesar de ser utilizada en diversas investigaciones en el país, es necesario evaluar, teniendo en cuenta dicha variable que podría modificar los resultados por diferencias generadas por la población.

Líneas futuras de investigación podrían apuntar al diseño de programas de evaluación e intervención que consideren estas diferencias en las formas de afrontamiento con el objeto de favorecer mecanismos de resolución más efectivos, lo que podría incluso prevenir la aparición de posibles trastornos psicológicos en los adolescentes.

*Referencias*

- Agudelo, D., Casadiegos, C., Sánchez, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, Colombia, 8 (1), 87-103.
- Álvarez, M., Prieto, G., Ramírez, C. & Otálvaro, F. (2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 41 (3), 606-619.
- Amar, J., De Castro, A., Madariaga, C., Rodríguez, B. & Suarez, R. (2006). Explotación sexual comercial infantil en el distrito turístico y portuario de Santa Marta. *Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 24 (2), 175 – 182.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameter for de assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1503-1526.
- Asociación americana de psiquiatría (2003). DSM- IV- TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Texto revisado. (4ª ed), Barcelona Masson.
- Bahamón, M., (2012). Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. *Revista de Psicología desde el caribe*, 29 (1), 105-122.
- Baquero, M., Botero, J., Pinzón, A. & Ross, T. (2009). Prevalencia y factores asociados a enfermedades de transmisión sexual en menores explotados sexualmente en Bogotá, Colombia. *Revista de salud Pública*, (11), 468.

- Beck AT, Brown G, Epstein N. & Steer A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 893-897.
- Beck, A.. & Clark. D. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Science*,14 (9), 418-424.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, g. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, T: Psychological Corporation.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, Fleiz, C., & Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46, 417-424
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencia de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32, 155-163.
- Beltrán, C., Freyre, M., (2011). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30 (1), 5-13.
- Beltrán, A.,& López, J. (2010), Comprensión desde las historias de vida de los estilos de afrontamiento ante el estrés en un grupo de trabajadoras sexuales de Bogotá, *Psychologia. Avances de la disciplina*, Bogotá, Colombia, 4 (2), 131-141.

Burciaga, J., López, M., Ortiz, O. & Riosvelasco, L. (2005). *Análisis de las intervenciones para la atención de la explotación sexual comercial infantil en la ciudad de Juárez*. Universidad autónoma de ciudad de Juárez. México.

Campbell, M., Crane, A. (2010). A cross-cultural comparison of anxiety symptoms between Colombian and Australian children. *Electronic Journal of research in Education & Psychology*. Editorial EOS, 8 (21), 497-516.

Cárdenas, S. (2013). *Fiscalía Investiga más de 200 denuncias por Explotación Sexual de Menores de Edad*. Extraído el 14 de Mayo de 2013 de la fuente <http://www.rcnradio.com/noticias/fiscalia-investiga-mas-de-200-denuncias-por-explotacion-sexual-de-menores-de-edad-71714>.

Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21 (2), 364-392.

Cassano P, y Fava M., (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (4), 849–857.

Castanha, N., (2001). Hacia la definición de una norma modelo sobre abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en las Américas. *Documento interno del Instituto interamericano del niño*. 2-167.

Cejudo R., Vindel, C. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo. *Revista de ansiedad y estrés* 14(2-3) ,305-319.

- Comeche, M.I., Díaz, M.I. & Vallejo, M.A. (1995). Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: UNED y Fundación Universitaria – Empresa.
- Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J. & Almirón, L. (2006). Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. *Revista de posgrado de la vía catedra de medicina*, 162, 1-4.
- Díaz, O. & Rodríguez, R., (2006). La explotación sexual en niños en Cartagena de Indias y Bogotá, Colombia. *Revista infancia y adolescencia*, 1(2), 247-258.
- ECPAT internacional, (2009). *Informe del III congreso mundial contra la explotación sexual niños y adolescentes*. Bangkok, Tailandia.
- Espinosa, J., Contreras, F. & Esguerra, G. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 5 (1), 87-95.
- Fernández, A. & Gutierrez, M. (2009). Selective attention, anxiety, depressive symptoms and academic achievement in adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7 (17), 49-76.
- Figuroa, M; Cohen, S (2006). Pensar en la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico. *Cuadernos de Evaluación Psicológica*: Paidós. Buenos Aires.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacuza, A., Levín, M., Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21 (1), 66-67.

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF, (2001). *Profiting from Abuse: An Investigation into the Sexual Exploitation of our Children*, Naciones Unidas. Nueva York.

Fong, G., Garralda, E. (2005) Anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical syndromes. Psiquitria*, 4 (8), 77-81.

Forselledo, A. (2003). *La Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en América Latina. La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual*. 7- 21.

Fundación Renacer, ECPAT Colombia (2011). *Aproximación a la Explotación Sexual Comercial de niños, niñas y adolescentes de sexo masculino en Bogotá y Cartagena de Indias Colombia*.

Gantiva, C., Viveros, A., Salgado, M, (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad, *Psicología: avances de la disciplina*, 4 (1), 63-70.

García. R., (2006). Trastornos del estado del ánimo, *Psicopatología infantil y de la adolescencia, mediterráneo*, Santiago de Chile.

García, D. & Robles, A. (2011). *Abuso sexual infantil y sus implicaciones*. Rayuela Revista Iberoamericana. 94-99.

Giraldo, D (2006). Estrés y Depresión. *Universidad de la Sabana*. Chía.

Gómez, A., Porras, C., Castro, C. (2010). *Relación de las estrategias de afrontamiento con los niveles de depresión en las adolescentes escolarizadas*. Chía, Colombia.

- Gómez, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. & Sobral, J., (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and health Psychology*, 6 (3), 581-597.
- González R, Montoya I, Casullo M & Bernabéu J (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 14 (2) 363-368.
- Grajales, N. (2008). Dimensiones cualitativas de la explotación sexual infantil en la localidad de Chapinero: Límites de la Política Pública Distrital y Alternativas de Intervención. *Revista Papel Político*. Bogotá, Colombia, 4 (1), 191-212.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Tercera Edición. McGraw Hill. México.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2010). *Carta de Derecho de Familia. Explotación Sexual Comercial, Trata de Personas*. Tercera Edición. Bogotá Colombia.
- Israel, A. & Wicks, R., (2001). *Psicopatología del niño y del adolescente*, 3ª edición, editorial Prentice Hall. España.
- Johnsson, A. (2007), *Cómo eliminar la violencia contra los niños y niñas. Manual para parlamentarios*. N° 13. UNICEF.

- Kohn R, Levav I, Caldas, J, Vicente B, Andrade L, Caraveo, J., Saraceno S., (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229–40.
- Macías, M., Amar, J., Jiménez, M. (2005). Dinámica de las familias de menores con problemas psicosociales: el caso del menor infractor y el menor explotado sexualmente en Barranquilla. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 3 (2), 141-174.
- Mardomingo, M. (2010). Trastorno de ansiedad en el adolescente, *Pediatría integral*, 2, 125-134.
- McMahon, J & Reimers, B. (2013). An evaluation of a child welfare training program on the commercial sexual exploitation of children (CSEC). *Evaluation and Program Planning*, 40 (1) 9.
- Méndez F, Olivares, J., Ros, M. (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Ediciones pirámide, Madrid España.
- Ministerios de la protección social (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental*; Colombia, Bogotá.
- Ministerios de la protección social (2006). Ley 1090, código deontológico del psicólogo. Colombia.
- Montelongo, R., Lara, A., Morales, G., Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad, *Revista Digital Universitaria*, 6 (11).

- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo, salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*; Biblioteca de la OMS. Francia.
- Organización Internacional del Trabajo (2006). *Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia. Estudio de Línea Base en Cundinamarca, Quindío y Valle del Cauca*. Primera edición. 136.
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarilla, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de psicología*, Colombia, 13, 17-32.
- PLAN, Fundación Renacer, Fundación Antonio Restrepo Barco (2008), *Escenarios de la Infamia. Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes*. Segunda Edición, 14 – 34.
- Quiles, Y. & Terol, M. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (02), 259-280.
- Richaud, M., (2006). Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), 193-201.
- Riveros, M., Hernández, H., Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Revista IIPSI*, 10 (1).
- Ruiz, A., (2005), *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*, ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid. Exlibris Ediciones. 265-280.
- Sanz, J., Perdigon, A., Vázquez, C. (2003), Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II: 2. Propiedades psicométricas en población general. *Red de revistas científicas de América latina, el Caribe, España y Portugal*. Sistema de información científica. *Clínica y salud*, 14 (3), 249-280.

- Solís, C., Vidal, A. (2006). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizan*, 7 (1), 33-39.
- Spielberger, C., Ritterband, L., Reheiser, E., & Brunner T., (2003). The nature and measurement of depression, *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (2), 209-234.
- Vasey, M. & Olledick, T. (2000). Handbook of developmental psychopathology, *Kluwer academic/Plenum Publishers*. New York. 511-529.
- Veloso, C., Caqueo, W., Caqueo, A, Muñoz, Z., Villegas, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psicología*, 22 (1), 23-34.



## Apéndice A.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO FUNDACIÓN RENACER

Teniendo en cuenta que he sido informado del objetivo de la investigación que adelantarán profesionales estudiantes de la Universidad de la Sabana, en la cual se pretende identificar la relación entre depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual, ubicadas en centro de atención, de la Fundación Renacer. Manifiesto mi consentimiento para que el/la adolescente \_\_\_\_\_ participe en las actividades propias de la mencionada investigación, siempre y cuando se dé cumplimiento a lo establecido en Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 del 2006) en relación con el derecho a la intimidad de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Así mismo, manifiesto que:

1. He sido informado del procedimiento que se va a realizar.
2. Se han resuelto mis dudas antes de iniciar la aplicación de las pruebas.
3. El procedimiento se llevará a cabo bajo los lineamientos de la ética en investigación.
4. Por ningún motivo los datos de identificación de las adolescentes serán revelados.
5. Consiento utilizar los resultados obtenidos para el análisis requerido y publicación posterior.
6. La participación de las adolescentes es voluntaria.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nelson Rivera  
Sub. Director fundación Renacer

Dado en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2013.



## Apéndice B.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEFENSOR DE FAMILIA (FUNDACIÓN KIWANIS)

Teniendo en cuenta que he sido informado del objetivo de la investigación que adelantarán profesionales estudiantes de la Universidad de la Sabana, en la cual se pretende identificar la relación entre depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual, ubicadas en centro de protección del ICBF en Ibagué. Manifiesto mi consentimiento para que el/la adolescente \_\_\_\_\_ participe en las actividades propias de la mencionada investigación, siempre y cuando se dé cumplimiento a lo establecido en Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 del 2006) en relación con el derecho a la intimidad de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Así mismo, manifiesto que:

1. He sido informado del procedimiento que se va a realizar.
2. Se han resuelto mis dudas antes de iniciar la aplicación de las pruebas.
3. El procedimiento se llevará a cabo bajo los lineamientos de la ética en investigación.
4. Por ningún motivo los datos de identificación de las adolescentes serán revelados.
5. Consiento utilizar los resultados obtenidos para el análisis requerido y publicación posterior.
6. La participación de las adolescentes es voluntaria.

Atentamente,

\_\_\_\_\_

Defensor de Familia

Centro Zonal

Dado en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2013.



**Apéndice C.  
Asentimiento Informado  
Adolescentes**

Bogotá, \_\_\_\_\_ de 2013

Yo, \_\_\_\_\_

Identificado (a) con TI No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

En forma voluntaria y sin ninguna presión, manifiesto mi consentimiento para ser entrevistado por el equipo de investigación conformado por los profesionales de la Universidad de la Sabana, entendiendo la importancia de mi participación en la investigación “Depresión y Estrategias de afrontamiento en Adolescentes víctimas de explotación sexual” de acuerdo al principio de corresponsabilidad consagrado en el artículo 10 de la ley 1098 de 2006 Código de infancia y adolescencia.

Así mismo, manifiesto que:

1. He sido informado del procedimiento que se va a realizar.
2. Se han resuelto mis dudas antes de iniciar el procedimiento.
3. El procedimiento se llevará a cabo bajo los lineamientos de la ética en investigación.
4. La información que proporcione, estará acorde con la realidad y en caso tal que no comprenda alguna de las preguntas que se me realicen, podré solicitar al entrevistador la aclaración correspondiente.
5. Por ningún motivo mis datos de identificación serán revelados.
6. Consiento utilizar los resultados obtenidos para el análisis requerido y publicación posterior.
7. Mi participación es estrictamente voluntaria.

En constancia firma:

Firma \_\_\_\_\_

TI. \_\_\_\_\_

**Apéndice D.**

## Inventario de Depresión de Beck II

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- \_ No creo tener peor aspecto que antes.
- \_ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- \_ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- \_ Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- \_ Trabajo igual que antes.
- \_ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- \_ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- \_ No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- \_ Duermo tan bien como siempre.
- \_ No duermo tan bien como antes.
- \_ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- \_ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- \_ No me siento más cansado de lo normal.
- \_ Me canso más fácilmente que antes.
- \_ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- \_ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- \_ Mi apetito no ha disminuido.
- \_ No tengo tan buen apetito como antes.
- \_ Ahora tengo mucho menos apetito.
- \_ He perdido completamente el apetito.

19).

- \_ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- \_ He perdido más de 2 kilos y medio.
- \_ He perdido más de 4 kilos.
- \_ He perdido más de 7 kilos.

20).

- \_ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- \_ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- \_ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil

pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.



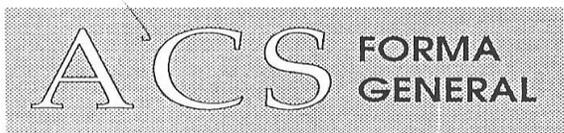
**Apéndice E.**  
**Inventario de Ansiedad de Beck**

**Instrucciones:** En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy.

Síntomas	En absoluto	Levemente	Moderado	Severa mente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto e inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				



## Apéndice F. Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)



### INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este Cuestionario encontrarás una

lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la Hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema .....  A  B  C  D  E

**DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.  
NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.**

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.</li> <li>2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.</li> <li>3. Seguir con mis tareas como es debido.</li> <li>4. Preocuparme por mi futuro.</li> <li>5. Reunirme con amigos.</li> <li>6. Producir una buena impresión en las personas que me importan.</li> <li>7. Esperar que ocurra lo mejor.</li> <li>8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.</li> <li>9. Llorar o gritar.</li> <li>10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema.</li> <li>11. Ignorar el problema.</li> <li>12. Criticarme a mí mismo.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Guardar mis sentimientos para mí solo.</li> <li>14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.</li> <li>15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.</li> <li>16. Pedir consejo a una persona competente.</li> <li>17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.</li> <li>18. Hacer deporte.</li> <li>19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.</li> <li>20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.</li> <li>21. Asistir a clase con regularidad.</li> <li>22. Preocuparme por mi felicidad.</li> <li>23. Llamar a un amigo íntimo.</li> </ol> |
|---|---|



24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.
25. Desear que suceda un milagro.
26. Simplemente, me doy por vencido.
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.
29. Ignorar conscientemente el problema.
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.
31. Evitar estar con la gente.
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.
36. Mantenerme en forma y con buena salud.
37. Buscar ánimo en otros.
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.
39. Trabajar intensamente.
40. Preocuparme por lo que está pasando.
41. Empezar una relación personal estable.
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.
44. Me pongo malo.
45. Trasladar mis frustraciones a otros.
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.
47. Borrar el problema de mi mente.
48. Sentirme culpable.
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.
50. Leer un libro sagrado o de religión.
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.
52. Pedir ayuda a un profesional.
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica.
60. Mejorar mi relación personal con los demás.
61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando.
62. No tengo forma de afrontar la situación.
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.
66. Considerarme culpable.
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.
68. Pedir a Dios que cuide de mí.
69. Estar contento de cómo van las cosas.
70. Hablar del tema con personas competentes.
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.
74. Inquietarme por el futuro del mundo.
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.
76. Hacer lo que quieren mis amigos.
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.
78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.
80. Anota en la Hoja de respuestas cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas.