

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Efecto de la Terapia Dialéctica Conductual en Trabajadoras
Sexuales Diagnosticadas con Trastorno Límite de
Personalidad
Proyecto de Investigación**

Rafaela Joyce Lepoutre Rose

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicología Clínica

Quito, 17 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efecto de la Terapia Dialéctica Conductual en Trabajadoras Sexuales
Diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad**

Rafaela Joyce Lepoutre Rose

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Mariel Paz y Miño, P.h.D.

Firma del profesor _____

Quito, 17 de mayo de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Rafaela Joyce Lepoutre Rose

Código: 00108176

Cédula de Identidad: 1714041355

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2016

RESUMEN

Antecedentes: Diversas investigaciones han descubierto una relación entre la prostitución y el trastorno límite de personalidad (Bermúdez, Gavina & Fernández, 2007; Kafka, 2010; Rondón, 1996). Marsha Linehan, propuso en la década de los 90s, una terapia enfocada en el tratamiento de este trastorno, llamada terapia dialéctica conductual (O'Connell & Dowling, 2014). Por ende, este estudio se enfoca en brindar terapia dialéctica conductual a un grupo de trabajadoras sexuales diagnosticadas con el trastorno límite de personalidad para investigar el efecto que tiene la misma sobre este trastorno y la prostitución. **Metodología:** Se utilizó una muestra de 5 trabajadoras sexuales, diagnosticadas con el trastorno límite de personalidad, mediante la evaluación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II). Se les brindó la terapia dialéctica conductual por una duración de 1 año y finalmente, se las evaluó nuevamente con el MMPI-II. **Resultados:** Los resultados esperados según la revisión literaria fueron: una mejoría en el funcionamiento psicológico de las participantes; la reducción de síntomas como ansiedad, depresión, ira, conductas auto-destructivas, impulsividad e ideación suicida; la mejoría del trastorno límite de personalidad y la reducción en la prevalencia de la prostitución. **Conclusiones:** La terapia dialéctica conductual afecta positivamente a aquellas trabajadoras sexuales que son diagnosticadas con trastorno límite de personalidad. Asimismo, esta intervención psicoterapéutica tiene un efecto en la prostitución como tal.

Palabras clave: terapia dialéctica conductual, trastorno límite de personalidad, prostitución, trabajadoras sexuales, DSM-V, CIE-10, personalidad.

ABSTRACT

Background: Multiple studies have discovered a relationship between prostitution and borderline personality disorder (Bermúdez, Gavina & Fernández, 2007; Kafka, 2010; Rondón, 1996). At the same time, in the 90`s, Marsha Linehan´s dialectic behavioral therapy was proposed to treat borderline patients (O´Connell & Dowling, 2014). This study focuses in providing dialectic behavioral therapy to a group of sexual workers that are diagnosed with borderline personality disorder, in order to analyze its effect on the disorder and on prostitution. **Methodology:** A sample of 5 sexual workers diagnosed with borderline personality disorder was used. They were assessed with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-II) at the beginning and end of the dialectic behavioral therapy intervention that lasted for 1 year. **Results:** Based on the literature review, the expected results involve an improvement in the psychological functioning of the participants; a decrease of symptoms such as anxiety, depression, anger, self-destructive conducts, impulsivity and suicidal ideation, an improvement of the disorder and a reduction in prostitution prevalence. **Conclusions:** Dialectic behavioral therapy has a positive effect in sexual workers that are diagnosed with borderline personality disorder and in prostitution.

Key words: dialectic behavioral therapy, borderline personality disorder, prostitution, sexual workers, DSM-V, CIE-10, personality.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Introducción al problema	9
Antecedentes	10
El problema	12
Pregunta de investigación	13
Resumen	13
Revisión de la literatura	14
Revisión de literatura	14
Formato de la revisión de la literatura	14
Metodología y diseño de la investigación	32
Justificación de la metodología seleccionada	32
Herramientas de investigación utilizada	33
Descripción de participantes	36
Reclutamiento de los participantes	36
Resultados esperados	38
Discusión	40
Limitaciones del estudio	43
Recomendaciones para futuros estudios	43
Referencias bibliográficas	45
ANEXO A: Solicitud para aprobación del estudio y formulario de consentimiento informado	48
ANEXO B: Anuncio para reclutamiento de participantes	58
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	59

INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española (2016) define a la prostitución como cualquier actividad sexual que se da con el propósito de intercambio por dinero. De igual manera, Carrasquillo (2014) declara que la prostitución es, sin duda, la profesión más antigua del mundo. A pesar de representar una actividad económica común en la mayoría de las sociedades, la misma constituye uno de los conflictos sociales más difíciles de resolver (Carrasquillo, 2014; Trejo, 2007). Con el propósito de explicar por qué diversos individuos escogen la prostitución como una profesión, autores como Rondón (2016), Bermúdez, Gavina & Fernández (2007), Vallejo (2001) y Kafka (2010) han descubierto una estrecha relación entre la prostitución y la presencia de un diagnóstico de trastorno límite de personalidad, definido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) como un patrón de inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales como en la autoimagen y en los afectos.

Elaborando sobre este descubrimiento, este estudio pretende brindar terapia dialéctica conductual, propuesta por Marsha Linehan en la década de los 90's para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, a cinco trabajadoras sexuales de Quito, Ecuador, que sean diagnosticadas, mediante una evaluación con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II), con este trastorno. En el Ecuador, no existen investigaciones acerca de intervenir psicoterapéuticamente a trabajadoras sexuales que padezcan del trastorno límite de personalidad. Por ende, la importancia de este estudio recae sobre cómo se puede mejorar el funcionamiento psicológico de estas personas y cómo se puede utilizar la terapia dialéctica conductual para disminuir la prevalencia de la prostitución en el Ecuador.

A continuación, se introducirá el problema principal de esta investigación, después se presentará la revisión literaria donde se explicará acerca de la personalidad, la clasificación de los trastornos de personalidad, el trastorno límite de la personalidad, la terapia dialéctica

conductual, la prostitución y la relación entre la prostitución y el trastorno límite de personalidad. Luego, se explicará la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación y finalmente se expondrán los resultados y se discutirá acerca de ellos.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La Organización mundial de la Salud define a la prostitución como cualquier intercambio de servicios sexuales por dinero u otro bien (Trejo, 2007). Asimismo, la prostitución es considerada como la profesión más antigua del mundo y también uno de los conflictos sociales más difíciles de resolver ya que ha existido desde el comienzo de la humanidad (Carrasquillo, 2014; Trejo, 2007). Como un intento de explicar la prostitución como una decisión personal, autores como Rondón (2016), Bermúdez, Gavina & Fernández (2007), Vallejo (2001) y Kafka (2010), han descubierto que existe una relación entre la misma con el trastorno límite de personalidad, definido como un patrón de inestabilidad emocional, relaciones interpersonales tempestuosas y una tendencia constante a actuar impulsivamente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Por otro lado, Marsha Linehan propuso la terapia dialéctica conductual para tratar a aquellas personas que sufren de este trastorno psiquiátrico (Bliss & McCardle, 2014). Actualmente, la misma es considerada como el tratamiento más efectivo para este trastorno (Andreasson, Krogh, Rosenbaum, Gluud, Jobes & Nordentoft, 2014; O'Connell & Dowling, 2014; Goodman, Carpenter, Tang, Goldstein, Avedon, Fernandez, Mascitelly, Blair, New, Triebwasser, Siever & Hazlett, 2014). Por ende, este estudio pretende investigar el efecto que tiene la terapia dialéctica conductual en aquellas trabajadoras sexuales que son diagnosticadas con trastorno límite de personalidad. Para esto, se utilizarán trabajadoras sexuales que vivan en la ciudad de Quito, Ecuador y se les aplicará el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) para separar aquellas que padecen del trastorno y aquellas que no. Además, el estudio intentará encontrar el efecto que tiene esta terapia sobre la prevalencia de

prostitución. A continuación, se elaborará sobre estos temas y luego se explicará la metodología que se utilizará en este estudio para investigar lo propuesto anteriormente.

Antecedentes

La historia de la terapia dialéctica conductual y el trastorno límite de personalidad.

El trastorno límite de personalidad es definido por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* como “un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad“ (Pichot, López, & Valdés, 1995). El mismo afecta aproximadamente del 1% al 2% de la población general y representa casi el 10% al 20% de pacientes psiquiátricos (Andreasson, et al., 2014). Este trastorno está asociado con un deterioro funcional significativo y es manifestado por un amplio rango de síntomas como los cambios repentinos de humor, la ansiedad, la autoimagen distorsionada, las relaciones interpersonales tormentosas, las conductas auto-lesivas, las tendencias suicidas, la inestabilidad emocional, entre otras (Gregory & Remen, 2008). Según Linehan, la etiología de este trastorno puede explicarse por la interacción de factores biológicos y ambientales que contribuyen directamente a las distorsiones de pensamiento y las dificultades para regular las emociones (Bliss & McCardle, 2014).

Según O`Connell & Dowling (2014), en el año 1961, Marsha Linehan fue diagnosticada con trastorno límite de personalidad al presentar conductas de auto-mutilación, tales como cortarse los brazos, las piernas, el estómago y quemarse las muñecas con cigarrillos encendidos. Como consecuencia de esto, dicen estos autores, la misma ingresó a un hospital psiquiátrico donde logró superar el trastorno. Finalizado su tratamiento, Linehan decidió estudiar Psicología Clínica con el propósito de ayudar a aquellas personas que padecían del trastorno límite de personalidad.

Al culminar sus estudios, Marsha Linehan desarrolló la terapia dialéctica conductual, combinando la teoría cognitiva conductual y diversas filosofías orientales de meditación, para el tratamiento de los problemas principales de la personalidad límite, especialmente para aquellos relacionados a la regulación emocional, las conductas auto lesivas y las tendencias suicidas (Andreasson, et al., 2014; O'Connell & Dowling, 2014; Bliss & McCardle, 2014). Esta terapia se enfoca en el rol de la regulación emocional y se concentra en que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para estimular el control cognitivo sobre aquellos patrones conductuales que son mal-adaptativos para la persona (Andreasson, et al., 2014; Goodman, et al., 2014). Además, la misma consiste de cuatro componentes principales: el entrenamiento de habilidades (*mindfulness*, efectividad interpersonal), la terapia individual, el contacto telefónico con el terapeuta y la supervisión (Andreasson, et al., 2014). Cada una de ellas tiene un propósito diferente, sin embargo, todas intentan cambiar la conducta del paciente y manejar sus emociones para encontrar un equilibrio entre la aceptación y el cambio (Bliss & McCardle, 2014; O'Connell & Dowling, 2014).

Actualmente, Andreasson, et al. (2014) y Goodman, et al. (2014) declaran que la terapia dialéctica conductual es reconocida por ser el tratamiento terapéutico más efectivo para aquellas personas con personalidad límite. Asimismo, estos autores explican que el tratamiento basado en esta terapia ha demostrado ser efectiva en la reducción de la sobre-activación de la amígdala, resultado en una disminución de conductas auto-lesivas y en el incremento de la regulación emocional.

Estudios que serán explicados más adelante han descubierto que existe una relación entre el trastorno límite de personalidad y aquellas personas que son trabajadoras sexuales (Bermúdez, Gavina & Fernández, 2007; Kafka, 2010; Rondón, 1996; Vallejo, 2001). Elaborando sobre la idea de que la terapia dialéctica conductual es la terapia más efectiva para tratar este desorden psiquiátrico, este estudio propone tratar a aquellas personas que son

diagnosticadas con el mismo con esta terapia y ver qué efectos tiene en la prevalencia de la prostitución.

El problema

La prostitución ha existido desde hace siglos atrás en la historia humana (Carrasquillo, 2014). En los últimos años, se han realizado investigaciones que intentan explicar las personalidades de las trabajadoras sexuales. Muchas de estas investigaciones, han encontrado que existen estilos de personalidad que prevalecen dentro de esta población, siendo el trastorno límite de personalidad una de ellas. Por ejemplo, Rondón (1996) investigó a trabajadoras sexuales en Venezuela y encontró que el 22.5% de las mismas tenían un trastorno de personalidad, siendo el trastorno límite de personalidad el más frecuente con el 77.7%. Asimismo, Bermúdez, Gavina & Fernández (2007) aplicaron el Inventario de Millón de Estilos de Personalidad a un grupo de cuarenta y cuatro trabajadoras sexuales “prepagado” en la ciudad de Medellín y encontraron que los rasgos de personalidad que estaban presentes dentro de esta población eran la comunicatividad (95.4%), el individualismo (86.4%), la insatisfacción (86.4%), la extraversión (84.1%) y la discrepancia (84.1%). Finalmente, en Ecuador, Rojas & Ruiz (2012) aplicaron un Cuestionario exploratorio de la personalidad I (CEPER) y un cuestionario con variables relacionadas y encontraron que dentro de los rasgos de personalidad más frecuentes se encontraba el trastorno límite de personalidad con un 16.3%.

Dentro del Ecuador, no existe ninguna investigación que se ha realizado para tratar a aquellas trabajadoras sexuales que padecen del trastorno límite de personalidad. Asimismo, no se ha estudiado cómo la terapia psicológica puede ayudar a que estas personas mejoren su estado psicológico y como resultado, la prevalencia de la prostitución disminuya. Entonces, partiendo desde la idea que un gran porcentaje de trabajadoras sexuales tienen rasgos del

trastorno límite de personalidad, este estudio pretende aplicar la terapia dialéctica conductual, propuesta por Marsha Linehan para tratar específicamente este desorden, e investigar el efecto que tiene sobre aquellas trabajadoras sexuales que sean diagnosticadas con el mismo (O'Connell & Dowling, 2014).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la terapia dialéctica conductual incide en las trabajadoras sexuales diagnosticadas con un trastorno límite de personalidad?

El significado del estudio.

En el Ecuador, se han realizado pocos estudios sobre los rasgos de personalidad que poseen las trabajadoras sexuales. Por ejemplo, Rojas & Ruiz (2012), estudiaron sobre los estilos de personalidad de trabajadoras sexuales que acuden al centro de atención integral de salud sexual en Quito. Sin embargo, ninguno de estos estudios intenta aplicar una terapia focalizada en estos rasgos para investigar el efecto que la misma puede tener en estas personas y en la prevalencia de la prostitución. Este estudio, por tanto, sería el primero que utilice la terapia dialéctica conductual para conocer su efecto en aquellas trabajadoras sexuales que estén diagnosticadas con un trastorno límite de personalidad. Por esto, el mismo es útil ya que permite conocer si existe una manera de reducir la prevalencia de prostitución y una forma de ayudar a aquellas personas que ejercen este trabajo.

Resumen

Elaborando lo dicho, este estudio, entonces, investigará el efecto de la terapia dialéctica conductual, propuesta por Marsha Linehan, en aquellas trabajadoras sexuales que sean diagnosticadas con trastorno límite de personalidad en la ciudad de Quito, Ecuador. Esta investigación es sumamente importante ya que amplía el entendimiento sobre cómo se puede

ayudar a estas personas y cómo se puede reducir la prevalencia de prostitución dentro del país. A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura donde se explicará más acerca de los trastornos de personalidad y la prostitución. Esto está seguido de la explicación de la metodología de investigación que se utiliza en este estudio, el análisis de los datos encontrados y las conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de literatura

Fuentes.

La información que se utilizará para la revisión bibliográfica de esta investigación provendrá de revistas indexadas, libros populares, trabajos de investigación y artículos científicos. Para acceder a esta información, se utilizarán palabras clave como prostitución, trastorno límite de personalidad, terapia dialéctica conductual, efectividad de la terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad, síntomas de trastorno límite de personalidad, impulsividad sexual, historia de prostitución, historia de personalidad, DSM-V, y CIE-10. Asimismo, la mayoría de la información es obtenida de bases de datos tales como EBSCO, Proquest y Jstor. Además, mucha de la información proviene de libros.

Formato de la revisión de la literatura

A continuación, se revisará la literatura acerca de la personalidad, el trastorno límite de personalidad, la terapia dialéctica conductual y la prostitución. Además, se relacionará el trastorno límite de personalidad con la prostitución. Para esto, esta revisión se hará por temas. El último tema integrará los demás temas y relacionará la prostitución con el trastorno límite de personalidad.

Historia del entendimiento de la personalidad.

Según Dumont (2010), el entendimiento de la naturaleza humana, es un tema que el ser humano ha intentado obtener desde hace aproximadamente dos mil a tres mil años atrás, cuando las primeras civilizaciones alfabetizadas aparecieron en el Mediterráneo Oriental. Asimismo, en Grecia, los seguidores de Pitágoras, Heracles, Demócrito, Platón, Aristóteles, Epicuro y Sócrates, se enfocaban en un mundo de leyes globales donde el raciocinio era la base de la creación de sociedades estructuradas. De igual manera, el autor explica que entre los Socráticos, Hipócrates y Galeno, los padres de la medicina occidental, postularon la teoría de la personalidad, en el año 400 a.C., basada en cuatro humores físicos del cuerpo humano: el sanguíneo, la bilis negra, la bilis amarilla y el flemático. Además, relacionaron estos humores corporales con diferentes tipos de personalidad: el sanguíneo con la personalidad optimista, la bilis negra con la personalidad deprimida o melancólica, la bilis amarilla con el tipo colérico e irritable, y el flemático con el tipo calmado y de trato fácil (Dumont, 2010; Frager & Fadiman, 2010; Ortuño, 2010).

Algunos años después, apareció el siguiente gran influyente de la teoría de la personalidad, conocido como Platón. Aparte de ser una de las figuras centrales de la tradición filosófica, fue también un gran contribuidor de una amplia gama de principios fundamentales sobre el desarrollo psicológico (Dumont, 2010). Frager & Fadiman (2010) mencionan que en su libro llamado *República*, Platón escribe acerca de tres fuerzas fundamentales que constituyen la personalidad: la voluntad, el intelecto y las emociones. Asimismo, explican que según él, la voluntad es aquella que ayuda al intelecto a superar las influencias de las emociones. Es decir, la voluntad y la cognición son aquellos que dan un significado a las emociones que pueda sentir la persona en una situación determinada (Frager & Fadiman, 2010). Después de Platón, los griegos, los romanos y los cristianos definían de diferentes formas la personalidad y fueron apareciendo diversas teorías (Dumont, 2010; Frager & Fadiman, 2010; Ortuño, 2010).

A finales del siglo XIX, algunos científicos plantearon diversos conceptos respecto a las teorías de personalidad. Robert Koch propuso el término de psicopatía, en el año 1891, Emil Kraepelin conceptualizó el término de personalidades morbosas, en el año 1896, y Kurt Schneider, en el año 1923, definió la personalidad como un complejo de emociones, sentimientos, valores y tendencias, sin incluir las cogniciones y las sensaciones corporales (Ortuño, 2010).

A comienzos del siglo XX, según Ortuño (2010), el interés por la personalidad se incrementa nuevamente y psiquiatras como Kahn y Allport publican escritos acerca de las personalidades psicopáticas y la personalidad en sí. Asimismo, este autor menciona a Eynseck, un psicólogo inglés, que elabora la idea de que los variantes del comportamiento y las diversas formas de sentir de los individuos pueden ser explicadas por la neurobiología. Partiendo desde esta hipótesis, el mismo define la personalidad desde tres dimensiones: neuroticismo-estabilidad, extraversión-intraversión, psicoticismo-normalidad (Ortuño, 2010). Paralelamente, Frager & Fadiman (2010) nombran a Freud, que al ver que sus pacientes evidenciaban patrones repetitivos de pensamientos y conductas, propuso que estos patrones eran versiones distorsionadas en comparación a las personas normales. Además, los mismos autores mencionan a Jung que veía la personalidad como el resultado de la combinación entre los recuerdos personales y el inconsciente colectivo que toda la humanidad comparte. Y así, tantos otros psicólogos y psiquiatras, tales como Adler, Karen Horney, William James, George Kelly, Carl Rogers, Abraham Maslow, Otto Kernberg, Millon, y Cloninger son nombrados por estos autores como teorizadores de la personalidad y sus constructos.

En el año 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) crea el primer manual de diagnóstico DSM I, donde se incluyen los trastornos de personalidad con sus respectivas clasificaciones (Frances, Pincus & First, 2000; López & Álamo, 2007). Después, en 1980, los trastornos de personalidad son nuevamente clasificados y desde ese momento hasta la

actualidad, las clasificaciones se han mantenido estables, sin embargo autores como George Kelly, Millon, Cloninger y otros, han propuesto teorías nuevas de la personalidad desde perspectivas diferentes (Ortuño, 2010). A continuación, se explicará sobre las clasificaciones de los trastornos de personalidad que se observan en los principales manuales de psicología: CIE-10 y DSM-V.

Clasificación de los trastornos de personalidad.

Según López & Álamo (2007), Regier, Kupfer & First (2004) y Frances, Pincus & First (2000), desde que los seres humanos comenzaron a comprender su naturaleza y los trastornos psiquiátricos que se podían encontrar dentro de su especie, surgió la necesidad de organizar la información, definir los conceptos y delimitar las fronteras entre cada uno de ellos. Sin embargo, López & Álamo (2007) declaran que esta manera de ordenar la información, dentro de la psiquiatría y la psicopatología, significó un problema ya que causó varios interrogantes respecto a las distinciones entre los trastornos, los límites entre los diversos cuadros clínicos y la frontera entre la normalidad y la anormalidad. Asimismo, explican que cada clasificación representaba el mundo según los conocimientos del momento en que era creada, razón por la cual están siempre actualizándose.

En las décadas de 1960 y 1970, el psicoanálisis se encontraba en su auge y el descubrimiento de los psicofármacos, efectivos para el tratamiento de los síntomas psicóticos y afectivos, impulsó las investigaciones del cerebro humano, las cuales crearon, como consecuencia, la necesidad de elaborar criterios diagnósticos para que los resultados de las investigaciones puedan estandarizarse (López & Álamo, 2007). A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había elaborado una lista internacional de las causas de muerte llamada Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en 1948, Frances, Pincus & First (2000) y López & Álamo (2007) explican que recién en su sexta

edición fue que la misma incluyó 26 categorías de trastornos mentales. Asimismo, según estos autores, esta actualización afectó a aproximadamente cinco países incluyendo a Estados Unidos, donde la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) rechazó esta nueva edición de la OMS y elaboró el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, también conocido como DSM-I. Este, a diferencia del CIE-6, aportaba un glosario de definiciones de cada cuadro clínico, facilitando así la comprensión de cada uno de ellos (Frances, Pincus & First, 2000). Sin embargo, este nuevo manual no fue acogido fácilmente por la sociedad de psiquiatría ya que sus términos tenían un enfoque psicoanalítico, el cuál era criticado por no tener suficientes bases empíricas (López & Álamo, 2007).

En el año 1968, la APA saca la segunda edición del DSM, el cual seguía diferenciándose bastante del, para ese entonces, CIE-8 (López & Álamo, 2007). Sin embargo, en 1978, la psiquiatría americana se encargó de actualizar el manual de la APA, y con la colaboración de autores como Robert L. Spitzer, Jean Endicott y Eli Robins, elaboró la tercera edición, la cuál fue utilizada como base para la producción del CIE-10 (Frances, Pincus & First, 2000; López & González, 2007). Este manual, a diferencia de los anteriores, se basa en la tradición nosológica de la primera mitad del siglo XX en Alemania, la cual era altamente respetada (López & González, 2007). Asimismo, fue el primer manual en proponer el sistema multiaxial de diagnóstico y comorbilidad (Frances, Pincus, & First, 2000).

A partir de este momento, revisiones constantes se han hecho a estos manuales, permitiendo la aparición del DSM-IV, DSM-IV-TR y el DSM-V. La diferencia entre estos manuales con el CIE-10 es mínima, sin embargo el CIE-10 añade un trastorno de personalidad adicional al del DSM (el tipo depresivo) y aumenta un apéndice sobre síndromes pertenecientes a la cultura, comprendiendo más de 100 categorías codificadas por un sistema alfanumérico (López & González, 2007).

Según López & González (2007), la aparición de estas clasificaciones en la psiquiatría brindaron diversos beneficios. En primer lugar, según éstos, las clasificaciones permitieron que exista un manual de guía para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Asimismo, la comunicación de los profesionales se vio beneficiada ya que ahora existía una terminología común que todos podían utilizar y comprender. De igual manera, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes se vieron facilitados ya que estas clasificaciones definían los cuadros clínicos y precisaban los límites entre ellos. Finalmente, la investigación de cada trastorno se vio estimulada ya que la etiología de cada cuadro clínico era brevemente explicada en cada una de sus clasificaciones (López & González, 2007). Actualmente, los profesionales dentro del campo de la psiquiatría y la psicología pueden dar un diagnóstico y tratamiento estandarizado para todo aquello que utilice estos manuales.

Respecto a los trastornos de personalidad, la CIE-10 incluye diversos tipos que se encuentran bajo la categoría de trastornos específicos de la personalidad y del comportamiento del adulto (Organización Panamericana de la Salud, 1995). La Organización Panamericana de la Salud explica:

Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales como de experiencias sociales, mientras otros se adquieren más tarde (1995).

Por otro lado, el DSM-V define los trastornos de personalidad como aquellos rasgos de personalidad que son inflexibles, mal-adaptativos y que causan disfunción en la vida diaria de

la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El DSM-V clasifica los trastornos de personalidad dentro de tres secciones diferentes que pretenden similitudes descriptivas. En primer lugar, la sección A incluye todos los trastornos de personalidad que se caracterizan por ser raros o excéntricos (Frances, Pincus & First, 2000). Dentro de esta sección se encuentra el trastorno paranoide, el trastorno esquizoide y el trastorno esquizotípico de la personalidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En segundo lugar, la sección B contiene a aquellos trastornos que evidencian pacientes dramáticos, emocionales o erráticos (Frances, Pincus & First, 2000). Estos trastornos son: trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno histriónico y trastorno narcisista de la personalidad. Finalmente, la sección C comprende el trastorno evitativo, el trastorno dependiente y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Los individuos que padecen con estos trastornos son, normalmente, ansiosos y temerosos (Frances, Pincus & First, 2000).

Como este estudio se enfoca en el trastorno límite de personalidad, a continuación se definirá el mismo según los dos manuales de diagnóstico que han sido explicados en esta sección: el DSM-V y el CIE-10.

Concepto de trastorno límite de personalidad.

El trastorno límite de personalidad es un desorden psiquiátrico que afecta, aproximadamente, del 1% al 2% de la población, el cual representa el 10% al 20% de la población psiquiátrica (Andreasson, et al., 2014). El mismo es caracterizado por una disfunción significativa y se manifiesta por medio de un amplio rango de síntomas, tales como perturbaciones en el humor, la percepción, la auto-imagen, la conducta, la ansiedad y las relaciones interpersonales (Gregory & Remen, 2008). Asimismo, la inestabilidad emocional o los cambios repentinos del humor son responsables de aquellas conductas específicas de este trastorno, tales como la ira intensa, el sentimiento crónico de vacío, las

tendencias suicidas y de auto-mutilación (Goodman, et al., 2014). Al ser uno de los trastornos de personalidad más comunes dentro de esta población clínica, representando del 30% al 60%, es considerado como un trastorno difícil de tratar, tanto para el terapeuta como el paciente (Frances, Pincus & First, 2000).

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), el trastorno de la personalidad límite se encuentra bajo el grupo B, el cual incluye aquellos individuos con trastornos de personalidad que se caracterizan por ser dramáticos, emocionales y/o erráticos, y es codificado 301.83 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Frances, Pincus & First, 2000). Asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define este trastorno como un patrón de inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales como en la autoimagen y en los afectos. Además, agrega que aquellos individuos que padecen de este desorden psiquiátrico presentan impulsividad intensa que, generalmente, comienza en las primeras etapas de la edad adulta y se manifiesta en varios contextos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Bliss & McCardle, 2014). De igual manera, la APA considera que para el diagnóstico de tal desorden, el individuo debe cumplir con cinco o más de los siguientes criterios clínicos: a) demostrar esfuerzos desesperados para evitar el desamparo; b) manifestar un patrón de relaciones interpersonales inestables y polarizadas; c) la existencia de una inestabilidad intensa de la autoimagen; d) presentar conductas impulsivas que puedan ser auto-destructivas (gastos, drogas, sexo, atracones alimenticios, conducción arriesgada); e) exhibir conductas, amenazas o ideación suicida o de automutilación; f) manifestar inestabilidad afectiva por fluctuaciones en el estado de ánimo; g) tener sensación constante de vacío; h) dificultad para regular la ira; y i) manifestar ideas paranoides causadas por estrés o síntomas disociativos graves (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Es importante recalcar que individuos con familiares con este trastorno tienen un riesgo cinco veces mayor a obtenerlo (Frances, Pincus & First, 2000). Asimismo, existe una comorbilidad bastante alta entre este trastorno y desórdenes de sustancias, trastorno de personalidad antisocial y desórdenes del humor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Frances, Pincus & First, 2000).

Por otro lado, la décima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), llama al trastorno límite de personalidad como trastorno de la personalidad emocionalmente inestable y lo codifica F60.3 (Organización Panamericana de la Salud, 2008). A pesar de que este manual no consta de criterios diagnóstico como lo hace el DSM-V, el mismo describe el trastorno como sigue:

Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (2008) distingue dos tipos dentro de este trastorno de personalidad: el impulsivo y el limítrofe. Por un lado, según la misma, el impulsivo se caracteriza por inestabilidad emocional y por una carencia de control de los impulsos. Por otro lado, el limítrofe tiene las mismas características que el trastorno de personalidad límite que define el DSM-V: perturbaciones de la autoimagen, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales tormentosas, tendencia a conductas autodestructivas, como acciones de auto-mutilación e intentos suicidas, A pesar de ser dos tipos diferentes del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, la Organización

explica que la personalidad predominante de aquellos individuos que poseen cualquiera de los dos se define por ser agresiva, explosiva y limítrofe.

Existen diversas teorías que intentan explicar la etiología de este trastorno. En primer lugar, Marsha Linehan, creadora de la terapia dialéctica conductual, explica que tanto la interacción biológica como diversos factores ambientales contribuyen a las perturbaciones de pensamiento y a la dificultad para regular la emociones que manifiestan los pacientes con este trastorno (Bliss & McCardle, 2014). De igual manera, según Goodman et al. (2014), la teoría biosocial de Linehan, propuesta en el año 1993, clarifica que las respuestas emocionales disfuncionales de estas personas se deben a la combinación de una vulnerabilidad genética, eventos traumáticos en la infancia y ambientes invalidantes. Además, estos autores explican que esta teoría sugiere que existe un déficit en el funcionamiento de la amígdala, estructura neurológica que se encuentra en las regiones de la corteza prefrontal, en aquellas personas que sufren de este trastorno, resultando en la dificultad para controlar las emociones y los impulsos. De igual manera, diversos estudios de imagen de resonancia magnética funcional han demostrado que la inestabilidad afectiva de los pacientes con trastorno límite de personalidad se debe a una disfunción metabólica o una atrofia en diversas áreas del cerebro tales como el hipocampo, la amígdala, el giro cingular anterior y otras regiones de la corteza prefrontal (Gregory & Remen, 2008). Finalmente, otros estudios también han señalado que individuos con trastorno límite de personalidad tienden a tener una amígdala hiperactiva, la cual se manifiesta como una dificultad para modular las emociones, los sentimientos y los impulsos (Goodman, et al., 2014).

Al ser un trastorno tan complejo, Marsha Linehan creó una terapia enfocada en el mismo, llamada terapia dialéctica conductual (O'Connell & Dowling, 2014). A continuación, se explicará cómo surgió esta terapia y sus fundamentos principales.

Terapia dialéctica conductual.

Según O'Connell & Dowling (2014), en el año 1961, Marsha Linehan fue diagnosticada con trastorno de personalidad límite y como consecuencia, la misma fue ingresada a un hospital psiquiátrico al manifestar conductas autodestructivas, tales como cortarse los brazos, las piernas, el estómago y quemarse las muñecas con cigarrillos encendidos. Una vez finalizado el tratamiento y evidenciar un cambio, el autor explica que Linehan fue dada de alta y decidió estudiar psicología clínica para ayudar a aquellas personas que sufrían del mismo trastorno. Al culminar sus estudios, la misma desarrolló la terapia dialéctica conductual para el tratamiento enfocado en pacientes con una personalidad limítrofe, especialmente aquellos que presentaban dificultad para regular las emociones, comportamientos de auto-mutilación y tendencias suicidas (Andreasson, et al., 2014; O'Connell & Dowling, 2014).

La terapia dialéctica conductual es un tratamiento estandarizado y complejo que se enfoca en el rol de la regulación emocional y pretende instruir habilidades que permiten el control cognitivo sobre los patrones mal-adaptativos que manifiestan aquellos individuos que padecen de este trastorno (Andreasson, et al., 2014; Goodman, et al., 2014). Para el desarrollo de esta terapia, Linehan incorporó la terapia cognitiva conductual con diversas filosofías orientales enfocadas en la meditación, tales como el conocido *mindfulness* (Bliss & McCardle, 2014). A comienzos de la década de los 90's, la terapia dialéctica conductual ganó evidencia empírica y demostró ser efectiva para el tratamiento del trastorno de personalidad límite (O'Connell & Dowling, 2014). Desde este momento, psicólogos y terapeutas procuran utilizar esta terapia para el tratamiento de este desorden psiquiátrico ya que es un trastorno difícil y complejo de tratar.

La terapia dialéctica conductual consiste de cuatro componentes principales: el entrenamiento de habilidades, la terapia individual, el contacto telefónico con los terapeutas y

las reuniones de supervisión y consulta grupales (Andreasson, et al. 2014). Una de las características principales de las personas que padecen de trastorno límite de personalidad es que son impulsivos y no tienen las habilidades necesarias para actuar de manera adecuada (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Frances, Pincus & First, 2000). Por esto, según O'Connell & Dowling (2014) el entrenamiento de habilidades debe ser deliberado en grupos y es diseñado para incrementar la capacidad del individuo para solucionar problemas. Según ellos, esta sección de la terapia permite al paciente practicar estas habilidades con el grupo con el que está trabajando. En segundo lugar, los mismos explican que la terapia individual se debe dar, normalmente, una vez por semana con una duración entre 60 y 90 minutos. Esta terapia tiene el propósito de relacionar aquellas habilidades que el paciente adquiere dentro del grupo con la situación personal del mismo (Bliss & McCardle, 2014). De igual manera, el contacto telefónico con el terapeuta permite que el paciente pueda contactar a su terapeuta a cualquier hora del día para poder ser asistido con cualquier obstáculo que se le pueda presentar fuera de sesión (O'Connell & Dowling, 2014). Asimismo, esto permite incrementar la alianza terapéutica, el componente más importante para que se de un cambio en terapia, entre paciente y terapeuta. Finalmente, las reuniones de supervisión y consulta grupales se deben dar semanalmente para facilitar la discusión de cada caso y para proveer apoyo y motivación a los terapeutas (Bliss & McCardle, 2014; O'Connell & Dowling, 2014).

Cada modalidad de la terapia dialéctica conductual tiene su propio propósito, sin embargo, todas intentan cambiar los patrones inestables que manifiestan los pacientes con este trastorno. Asimismo, intentan modificar la desregulación emocional de los pacientes, para poder así encontrar un equilibrio entre la aceptación y el cambio (Bliss & McCardle, 2014; O'Connell & Dowling, 2014). Por esto, durante todo el proceso terapéutico, el terapeuta instruye a los pacientes habilidades específicas tales como el *mindfulness*, la efectividad interpersonal, la regulación emocional y la tolerancia a situaciones estresantes

(Bliss & McCardle, 2014). Así, los pacientes aprenden a lidiar con la intensidad de sus emociones y regular las conductas consecuentes a esta intensidad.

Por otra parte, la terapia dialéctica conductual ha sido sujeta a diversos estudios que han demostrado su efectividad para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. Por ejemplo, un estudio meta-analítico demostró que esta terapia es la que más evidencia tiene en tratar efectivamente a personas con una organización de personalidad límite. Asimismo, el mismo indicó que este tipo de terapia reduce la hiperactividad de la amígdala la cual se responsabiliza de las conductas impulsivas y el cambio repentino de humor en estas personas. Como resultado, la misma es útil para reducir las conductas auto-destructivas que presentan los pacientes con este trastorno y para incrementar la regulación emocional de las mismas (Andreasson, et al., 2014; Goodman, et al., 2014). Por ende, esta terapia es la adecuada para tratar este trastorno de personalidad.

A pesar de que esta terapia fue creada para el tratamiento del trastorno de personalidad límite, la misma también funciona para asistir diversos síntomas conductuales, cognitivos y emocionales. Entre estos, se pueden incluir tanto los intentos suicidas, la depresión, la expresión de la ira, los problemas de ajuste social, los conflictos con la identidad y el abuso de sustancias (Bliss & McCardle, 2014). La misma es efectiva para tratar estos problemas ya que esta terapia no solo se enfoca en analizar las distorsiones cognitivas de los pacientes, como lo hace la terapia cognitiva conductual, sino que también se enfoca en instruir a los pacientes diversas habilidades que les permitirán desenvolverse fuera de sesión (O'Connell & Dowling, 2014). Como resultado, los pacientes son capacitados para regular sus emociones y disminuir su pensamiento polarizado, como el de “todo o nada“ o “blanco o negro“. Además, el trabajo en grupo que requiere esta terapia permite que los pacientes puedan practicar aquellas habilidades que van adquiriendo con otras personas. De esta forma,

cuando se enfrenten a la vida real, los mismos sepan como actuar sin ser impulsivos y sin manifestar los patrones mal-adaptativos que son característicos de este desorden psiquiátrico.

Ya que este estudio se concentra en trabajadoras sexuales que son diagnosticadas con trastorno de personalidad límite, a continuación se hablará sobre la prostitución en general, sobre la misma en Ecuador y sobre estudios que han demostrado un gran porcentaje de trabajadoras sexuales que padecen de este trastorno.

La prostitución.

La prostitución es conocida por ser la profesión más antigua del mundo (Carrasquillo, 2014). Las primeras señales de prostitución datan en el año 2400 A.C, en Mesopotamia, donde se ha encontrado evidencia lingüística, literaria, pictórica y legal de actividades sexuales con prostitutas (Carrasquillo, 2014; Lerner, 1986). Asimismo, hay evidencia de que existió Ishtar, la diosa de la fertilidad, la promiscuidad y la prostitución, la cual era considerada ser una figura erótica, capaz de conquistar a cualquier hombre (Carrasquillo, 2014). Además, el código de Hammurabi distinguió diferentes tipos de prostitución tales como las esclavas que podían ser vendidas como prostitutas, las prostitutas independientes y las prostitutas del templo, que a diferencia de las demás, no pertenecían a la clase social baja (Lerner, 1986). De igual manera, en Atenas, las mujeres no podían andar solas y tenían una obligación dentro de la sociedad: ser portadoras de hijos. Sin embargo, las hetairas (prostitutas finas) y las pornoi (prostitutas de baja categoría) podían andar públicamente con distintos hombres (Vera-Gamboa, 1998). Además, en Grecia, aparecieron los burdeles, donde los dueños utilizarían a las esclavas como prostitutas y los hombres debían pagar para entrar y disfrutar de sus servicios (Carrasquillo, 2014).

Por otro lado, en Roma, la actitud frente a la prostitución era ambivalente ya que las prostitutas pertenecían a la clase social más baja de todas en la sociedad, sin embargo era

común que los hombres se acostaran con ellas recurrentemente (Carrasquillo, 2014). Como resultado de esto, el autor afirma que Roma fue la primera civilización en regular a la misma, requiriendo que las prostitutas sacaran una licencia para serlo. Asimismo, el apareamiento del Cristianismo prohibió toda actividad sexual fuera del matrimonio y declaró que la misma debe darse solo con el objetivo de reproducción (Vera-Gamboa, 1998). Sin embargo, la prostitución era considerada necesaria para combatir actos demoníacos tales como la violación, la masturbación y la sodomía (Carrasquillo, 2014). Además, el Cristianismo definió a las prostitutas como mujeres pobres que necesitaban ser salvadas más que castigadas. Esto permitió formar una nueva actitud frente a la prostitución y tuvo una gran influencia en cómo la prostitución sería percibida en el futuro (Carrasquillo, 2014; Rattner, 2002).

A finales del siglo XV, en Europa y América, se dieron los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual, las cuales fueron directamente relacionadas a la prostitución (Vera-Gamboa, 1998). Desde este momento en adelante, cada país comenzó a regular la prostitución de diferentes maneras, la más frecuente, deslegalizándola (Carrasquillo, 2014). Hoy en día, la prostitución sigue siendo una profesión presente en todos los países, así sea ilegal. Como Rattner (2002) explica, es la estructura social lo que da origen a la prostitución y es por esto que la misma no ha podido erradicarse en tanto tiempo de existencia. La sexualidad es un instinto humano, por ende la prostitución es una profesión que ha existido desde la aparición de la humanidad.

Actualmente, la prostitución representa una actividad económica común dentro de diversas sociedades. Sin embargo, también constituye uno de los conflictos sociales más difíciles de resolver ya que, como se vio anteriormente, ha existido durante tanto tiempo en la historia de la humanidad (Carrasquillo, 2014; Trejo, 2007). La Organización Mundial de la Salud considera a la prostitución como cualquier intercambio de servicios sexuales por dinero

o cualquier otro bien (Trejo, 2007). Asimismo, el diccionario de la Real Academia Española (2016) define a la prostitución como aquella “actividad de quien mantiene relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero“. Por ende, para este trabajo de titulación, se utilizará como definición de la prostitución cualquier actividad sexual que se de con el propósito de intercambio por dinero.

En el Ecuador, Rojas y Ruiz (2012) declaran que en el año 2007, la Intendencia de Policía en Pichincha identificó 107 casas de tolerancia en funcionamiento con los permisos referentes. Por otro lado, los mismos manifiestan que en el año 2008, el Cuerpo de Bomberos encontró 82, el Municipio de Quito 157 y el Servicio de Rentas Internas 169. Sin embargo, es importante recalcar que estos datos son de aquellas casas de tolerancia que no operan clandestinamente. Por lo tanto, las cifras son más altas de lo que se reportan ya que existen muchas otras que son camufladas por otros negocios .

Prostitución y trastorno límite de personalidad.

Una vez explicado lo que es el trastorno límite de personalidad, conocer su clasificación y sus criterios diagnósticos, podemos, finalmente relacionar la prostitución con el mismo. Como se dijo anteriormente, el trastorno límite de personalidad se caracteriza específicamente por la impulsividad que manifiestan estas personas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Frances, Pincus & First, 2000). Un estudio, desarrollado por Barker, Romaniuk, Cardinal, Pope, Nicol & Hall (2015), demostró que los individuos con trastorno límite de personalidad manifiestan impulsividad de decisión, caracterizada por tomar decisiones sin pensar en las consecuencias futuras. Este síntoma puede explicarse por una investigación de neuroimagen que demostró la existencia de un déficit en el funcionamiento de la corteza orbitofrontal medial y lateral en pacientes con personalidad limítrofe (Wolf, Thomann, Sambataro, Vasic, Schmid, & Wolf , 2012). Estos estudios científicos demuestran

que una característica principal del trastorno límite de personalidad es que los mismos actúan de manera impulsiva, sin pensar en las consecuencias de sus actos.

Entre los impulsos más comunes, que caracterizan a los individuos con trastorno límite de personalidad, están: el uso equivocado de sustancias, desórdenes alimenticios, actividades auto-destructivas y prácticas sexuales inseguras (Barker, et al., 2015). Para el propósito de esta investigación, se hablará específicamente del impulso sexual. Sansone, Barnes, Muennich & Wiederman (2008) afirman que existen muy pocas investigaciones que se enfocan en confirmar o definir la naturaleza de la impulsividad sexual en pacientes con trastorno límite de personalidad. Por eso, formaron un estudio con 76 mujeres que lo padecían y les aplicaron una batería de pruebas psicométricas que tenía como fin conocer sus historias sexuales. Al finalizar el estudio, los autores concluyeron que las personas con una organización de personalidad limítrofe reportaban haber tenido relaciones sexuales a más temprana edad que la normalidad. Sin embargo, no encontraron que estas personas hayan tenido más parejas sexuales o más enfermedades de transmisión sexual que el grupo control. Por otro lado, Frances, Pincus, & First (2000) midieron la impulsividad de 30 pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad y la compararon con 28 personas sanas. Los mismos concluyeron que aquellos que tenían el trastorno, manifestaban más impulsividad en general y preferían la gratificación inmediata. Por ende, las personas con el trastorno tienden a tener más impulsividad sexual ya que buscan satisfacer sus necesidades sexuales sin pensar en las consecuencias de hacerlo. De igual manera, Kafka (2010) hace referencia a un estudio que Black, Kekhrberg, Fumerfelt & Schlosser (1997) realizaron y explica que de un muestra de 36 participantes con conductas sexuales compulsivas, el 44% tenían un diagnóstico en el eje II (trastornos de personalidad), uno de ellos siendo el trastorno límite de personalidad. Sin embargo, la prevalencia de este era baja en comparación a otros trastornos de personalidad pertenecientes al grupo B.

Elaborando sobre la definición de prostitución propuesta anteriormente, se puede fácilmente relacionar a la misma con el trastorno límite de personalidad. Es decir, se puede pensar que un porcentaje de aquellas personas que ejercen la prostitución como profesión de elección, son individuos que manifiestan impulsividad sexual y que pueden padecer del trastorno límite de personalidad. Existen estudios que han tratado de demostrar esta relación. Por ejemplo, Rondón (1996) entrevistó a una muestra de 40 prostitutas para determinar la prevalencia de trastornos de personalidad dentro de la misma. El investigador encontró que de las 40 participantes, el 22.5% tenían un trastorno de personalidad, siendo el trastorno límite de personalidad el más frecuente con un porcentaje del 77.7%. Por otro lado, Bermúdez, Gavina & Fernández (2007) aplicaron el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) en 44 mujeres que ejercían la prostitución “prepago“ en Medellín, Colombia y encontraron que los estilos psicológicos que predominaban en esta muestra eran: extraversión, individualismo, insatisfacción, discrepancia, sensación, firmeza, acomodación, modificación, reflexión, innovación y control. Muchos de estos estilos son características del trastorno límite de personalidad. Además, Vallejo (2001) afirma que pacientes que padecen de este trastorno suelen dedicarse a la prostitución y a frecuentar ambientes marginales. Finalmente, en el Ecuador, se realizó, en el año 2012, un trabajo de titulación en el cuál se investigaba los estilos de personalidad de trabajadoras sexuales en Quito. Los autores, Rojas & Ruiz (2012) encontraron que de 162 trabajadoras sexuales, el 16.3% padecía de un estilo de personalidad limítrofe.

Como se mencionó anteriormente, la terapia dialéctica comportamental fue creada por Marsha Linehan para tratar el trastorno límite de personalidad (Roney & Cannon, 2014). Además, se ha demostrado que este tipo de terapia es la más efectiva para tratar este desorden psiquiátrico, el cual se caracteriza por su dificultad y complejidad (O’Connell & Dowling, 2014). Según Bloom, Woodward, Susmaras & Pantalone (2012), la terapia dialéctica

conductual es eficaz en reducir síntomas como la ideación suicida, las conductas auto-destructivas, la depresión, la ansiedad, la ira y las conductas violentas. Asimismo, McMain, Links, Gnam, Guimond, Cardish, Korman & Streiner (2009) compararon la terapia dialéctica conductual con un manejo general psiquiátrico, y concluyeron que ambos son eficaces para tratar diversos síntomas del trastorno límite de personalidad. Sin embargo, Williams, Hartstone & Densone (2010) demostraron, mediante un cuasi-experimento, que la terapia dialéctica conductual mejora el funcionamiento psicológico de los pacientes que padecen de este trastorno.

Entonces, conociendo la eficacia de la terapia dialéctica comportamental y entendiendo por qué diversas trabajadoras sexuales son diagnosticadas con trastorno límite de personalidad, se puede proponer brindar esta terapia a las mismas para intentar reducir la prevalencia de prostitución.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Basándonos en que esta investigación se pregunta ¿cómo y hasta qué punto la terapia dialéctica conductual incide en las trabajadoras sexuales diagnosticadas con un trastorno límite de personalidad?, la metodología que se utilizará para responderla será cuantitativa con un diseño de pre prueba-post prueba.

Justificación de la metodología seleccionada

El presente estudio tiene como objetivo explorar si la terapia dialéctica conductual tiene efecto en aquellas trabajadoras sexuales que padecen del trastorno límite de personalidad. Para esto, es necesario medir, mediante un inventario de personalidad (MMPI-II), si existe un trastorno límite de personalidad antes de la intervención terapéutica y después

de la misma. De esta forma, se podrán analizar estas mediciones y ver si existe un cambio antes de proveer terapia dialéctica conductual y después de hacerlo.

Entonces, la metodología cuantitativa es adecuada para esta investigación ya que la misma “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, p. 4). La medición numérica será adquirida del inventario de personalidad (MMPI-II) que se aplicará antes y después de la intervención psicoterapéutica. Asimismo, este tipo de metodología necesita de variables, las cuales son, en este experimento, la terapia dialéctica conductual la variable independiente y el efecto en el trastorno límite de personalidad la variable dependiente. Al finalizar el experimento, se analizarán las mediciones obtenidas (utilizando métodos estadísticos) y se establecerán una serie de conclusiones respecto a la hipótesis planteada en un principio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Herramientas de investigación utilizada

Para el propósito de esta investigación, se aplicará el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) a una muestra de trabajadoras sexuales que serán reclutadas por un método no probabilístico de casos en la ciudad de Quito, Ecuador. Luego, con un muestreo probabilístico aleatorio simple, se escogerán 5 participantes que cumplan con los criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad y que hayan tenido resultados válidos en el MMPI-II. A estas participantes, se les aplicará la terapia dialéctica conductual propuesta por Marsha Linehan por un tiempo de 1 año y finalmente, se aplicará nuevamente el mismo inventario de personalidad. Se analizarán los cambios entre el inventario aplicado al comienzo de la intervención psicoterapéutica y los del final.

El inventario de personalidad que se utilizará para medir el efecto de la terapia dialéctica conductual en aquellas trabajadoras sexuales que padecen del trastorno límite de personalidad será el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II). Este inventario fue creado por Starke Hathaway y J.C. McKinley en el año 1940, donde crearon una lista de 1,000 ítems, recolectados de textos psiquiátricos, inventarios de personalidad y experiencia clínica. Tras una amplia revisión, eliminaron algunos ítems repetidos e insignificantes y se quedaron con 504 ítems que fueron escritos como enunciados declarativos, afirmativos y en primera persona. Estos enunciados constituían las preguntas de la primera edición del MMPI y debían ser contestados como “Verdadero” o “Falso” (Greene , 2011).

Después, en 1989, según Greene (2011) el MMPI fue re-estandarizado y una segunda edición del mismo fue creada. Entre las diferencias con la primera edición, el lenguaje de 68 ítems, especialmente las de contenido sexual, cambió; se retiró la mayoría de ítems relacionados con la religión; se aumentó la importancia en las escalas de abuso de sustancias y los problemas relacionados con el ámbito laboral; y se incluyó más ítems de abuso de sustancias a causa del aumento de drogas en la sociedad. Actualmente, según el autor, el MMPI-II consta de 567 ítems de “Verdadero” y “Falso”, 10 escalas clínicas, 4 escalas principales de validez, 15 escalas de contenido y 15 escalas suplementarias.

De igual manera, el autor explica que el grupo normativo consta de una muestra de aproximadamente 2,500 personas con una edad entre 18 a 80 años. En comparación con el MMPI, el MMPI-II está representado con una diversidad más amplia con personas de diferentes niveles de educación, grupos étnicos, estados civil y regiones geográficas. Sin embargo, los blancos siguen siendo los más representados con un 81.4% y los asiáticos-americanos los menos representados con un 0.7%. Actualmente, el MMPI-II es el inventario de personalidad objetivo más utilizado en el mundo y el más traducido en todos los idiomas.

Asimismo, es el inventario más confiable y válido con un puntaje entre 0.80 y 0.95 (Greene , 2011).

Si las escalas de validez muestran puntajes válidos, entonces el evaluador debe fijarse en las 10 escalas clínicas que tiene el inventario ya que estas son las que describen la personalidad del sujeto. Según Greene (2011) la escala 1, llamada hipocondriasis, mide una amplia variedad de preocupaciones neuróticas no específicas sobre el funcionamiento corporal. La escala 2, conocida como depresión, mide tanto la depresión situacional como la caracterológica. La escala 3, definida como histeria, evalúa si la persona es egocéntrica, inmadura, infantil y/o desinhibida. La escala 4, llamada desviación psicopática, mide la inadaptación general del evaluado y la ausencia de experiencias placenteras en la vida del mismo. La escala 5, masculinidad y feminidad, evalúa los intereses vocacionales, la actividad o pasividad del sujeto y la sensibilidad personal. Además, la escala 6, llamada paranoia, es medianamente caracterológica y mide la sensibilidad interpersonal del sujeto. La escala 7, psicoastenia, mide la ansiedad, los miedos anormales, los sentimientos de culpa y la dificultad de concentración de la persona evaluada. La escala 8, esquizofrenia, evalúa procesos de pensamientos bizarros, la alienación social, la relaciones familiares conflictivas y la falta de interés del individuo. La escala 9, hipomanía, mide niveles medianos de excitación maníaca caracterizados por un estado de ánimo inestable. Finalmente, el autor define la escala 0 como introversión social y explica que la misma evalúa la introversión o la extraversión del evaluado.

Para entender mejor los puntajes en las escalas clínicas, el MMPI-II tiene 15 escalas de contenido y 15 escalas suplementarias que sirven como una lupa de las escalas clínicas (Greene, 2011). Es decir, si el evaluador quiere entender de mejor forma la escala clínica y su puntaje, el mismo debe referirse a estas sub escalas.

Finalmente, se escogió este inventario de personalidad por su confiabilidad y validez en describir la personalidad de una persona. Ya que este estudio se enfoca en el trastorno límite de personalidad, es necesario utilizar una prueba psicométrica que describa con exactitud la personalidad del individuo y desde eso se logre hacer un diagnóstico confiable. Sin embargo, es necesario recalcar que el evaluador que vaya a utilizar este inventario de personalidad debe estar capacitado para hacerlo y para interpretar sus resultados.

Descripción de participantes

Para el propósito de esta investigación se requerirá que participen 5 trabajadoras sexuales que ejerzan la profesión por elección, de sexo femenino y mayores de edad, que sean diagnosticadas con trastorno límite de personalidad. Para esto, se colgará un anuncio en el boletín de un centro de atención de trabajadoras sexuales en Quito donde se solicitará la participación de personas que ejerzan la prostitución y sean mayores de edad. A aquellas personas que acepten participar, se les aplicará el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) y se escogerá un muestreo probabilístico aleatorio simple de 5 participantes que cumplan con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad y que hayan obtenido resultados válidos en el inventario de personalidad.

Reclutamiento de los participantes

Para definir las participantes, se colgará un anuncio en el boletín de un centro de atención de trabajadoras sexuales en Quito donde se pedirá la participación de personas que ejerzan la prostitución que sean mayores de edad. A aquellas personas que decidan participar, se les dará un incentivo económico de 20 dólares. Una vez que las participantes se hayan contactado e informado sobre los objetivos del estudio, las participantes deberán firmar los documentos de consentimiento informado y finalmente se procederá a aplicar la metodología anteriormente mencionada. Primero, se les aplicará el MMPI-II a todas las participantes.

Luego, a las que cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad y hayan obtenido resultados válidos, serán separadas y, mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, se escogerán 5 participantes. A estas 5 participantes se les dará terapia dialéctica conductual, siguiendo los pasos propuestos por Marsha Linehan, y luego de 1 año de intervención serán evaluadas nuevamente con el MMPI-II.

Consideraciones éticas.

En este estudio, se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. En primer lugar, todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo a su participación, donde se especificarán los objetivos del estudio y se aclarará que su participación es completamente voluntaria, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas por si deciden no participar o retirarse en cualquier momento del estudio. En segundo lugar, para asegurar el anonimato de las participantes, se les asignará un código a cada participante, el cuál solo el investigador sabrá a quién le pertenece. A lo largo de la investigación se trabajará con este código para que no se pueda relacionar el documento que se está analizando con el participante. Asimismo, todas las muestras que se tomen de los participantes serán utilizadas solo para la investigación y destruidas tan pronto termine el estudio. En caso de que un participante se sienta abrumado o lastimado por cualquier tema que se tope durante las sesiones terapéuticas, se les pedirá que asistan algunas sesiones adicionales para poder trabajar sobre los mismos. Asimismo, se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar en temas que no quieran o no se sientan preparados para trabajar. Es importante recalcar que la terapia que se dará es estandarizada y tiene un bagaje de evidencia empírica acerca de su eficacia.

Es importante recalcar que aunque se tomen en cuenta todas las consideraciones éticas necesarias para asegurar la integridad del paciente, el estudio puede, de todas formas, afectar el ánimo de los participantes. Sin embargo, se pretende minimizar el daño al máximo.

RESULTADOS ESPERADOS

Basándonos en la revisión literaria que se hizo para esta investigación, se esperaría que los resultados de este estudio muestren una disminución en la impulsividad de las trabajadoras sexuales mediante la terapia dialéctica conductual, específicamente la sexual (Bloom, Woodward, Susmaras, & Pantalone, 2012). Además, se esperaría que la intensidad del trastorno límite de personalidad, que tienen las trabajadoras sexuales participantes del estudio, disminuya drásticamente con este tipo de terapia ya que se ha demostrado ser la más efectiva para tratar este trastorno (O'Connell & Dowling, 2014). De igual manera, se esperaría que después de culminar esta investigación, se pueda observar una mejoría en el funcionamiento psicológico de las participantes, con una reducción significativa en síntomas como la ansiedad, la depresión, la ira, las conductas auto-destructivas y la ideación suicida (Bloom, Woodward, Susmaras, & Pantalone, 2012; McMMain, et al., 2009).

Basándonos en los criterios de diagnóstico para el trastorno límite de personalidad según el DSM-V, se esperaría que exista una mejoría significativa en la inestabilidad emocional de las participantes, en el patrón de relaciones interpersonales inestables, en la impulsividad, en la sensación crónica de vacío y en la regulación emocional de las participantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Asimismo, se esperaría, siguiendo la definición del trastorno del CIE-10, que el humor se vuelva más predecible, que no existan tantos arrebatos emocionales y que haya una mejoría en el control de las conductas (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Si elaboramos sobre la teoría biosocial de Linehan que explica que el trastorno límite de personalidad se debe a una vulnerabilidad genética y ambientes desvalidantes (Goodman, et al, 2014); los estudios de Bliss & McCardle (2014) que han encontrado un déficit en el funcionamiento de la amígdala; las investigaciones de Gregory & Remen (2008) que explican que el trastorno se debe a una disfunción metabólica o una atrofia en distintas áreas del cerebro; y los estudios de Goodman, et al. (2014) que han demostrado que los pacientes que sufren de este trastorno tienen una amígdala hiperactiva, se esperaría que exista una mejoría en todas estas áreas del cerebro después de la terapia dialéctica conductual, siendo esta una de las más efectivas para tratar el trastorno límite de personalidad (Andreasson, et al., 2014).

El efecto de la terapia dialéctica conductual sobre el trastorno límite de personalidad, se evidenciará en una diferencia significativa entre los resultados del Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota (MMPI-II), obtenidos antes de la intervención psicoterapéutica, con los resultados conseguidos después de la misma. Es decir, se esperaría encontrar una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje de las escalas del inventario de personalidad utilizado para la investigación (MMPI-II). Por ejemplo, se esperaría observar una disminución en los puntajes de las escalas que, juntos, construyen el trastorno límite de personalidad: depresión, desviación psicopática, psicastenia, introversión social. Mediante un análisis estadístico profundo, se podría observar que esta diferencia es estadísticamente significativa y se podría concluir que la terapia dialéctica conductual es eficaz en disminuir los síntomas que se manifiestan por el trastorno límite de personalidad.

Sin embargo, si elaboramos sobre la teoría biosocial de Linehan, se podría esperar que algunos resultados no se den ya que el trastorno límite de personalidad se debe a una vulnerabilidad genética y ambientes desvalidantes (Bliss & McCardle, 2014). De igual manera, según los mismos autores, el trastorno es la consecuencia de un déficit en el

funcionamiento de la amígdala, por lo cuál se esperaría no encontrar tantos resultados positivos después de culminar la investigación.

Finalmente, conociendo que existe una relación bastante fuerte entre la prostitución y el trastorno límite de personalidad, se esperaría que después de intervenir psicoterapéuticamente con la terapia dialéctica conductual, se evidencie una disminución en la prevalencia de prostitución dentro de las participantes del estudio (Rondón, 1996; Bermúdez, Gavina & Fernández, 2007). Es decir, se esperaría que, al finalizar la investigación, algunas de las participantes decidan renunciar a la prostitución y quieran dedicarse a otro trabajo. Asumiendo que el trastorno límite de personalidad y su relación con la impulsividad sexual es lo que causa que estas personas busquen la prostitución como una forma de ganar dinero, se esperaría que la mejoría en el trastorno provoque la renuncia a este trabajo y la búsqueda de otro menos dañino para el cuerpo y la sociedad.

Discusión

Al culminar el estudio, la pregunta de investigación “¿Cómo y hasta qué punto la terapia dialéctica conductual incide en las trabajadoras sexuales diagnosticadas con un trastorno límite de personalidad?” puede ser respondida de diversas maneras. Por un lado, basándonos en el estudio de Bloom, Woodward, Susmaras, & Pantalone (2012), se puede decir que la terapia dialéctica conductual disminuye la impulsividad que manifiestan las trabajadoras sexuales con trastorno límite de personalidad. Por otro lado, sabiendo que la terapia dialéctica conductual es la más efectiva para tratar el trastorno límite de personalidad, se puede responder a la pregunta de tal forma que esta terapia afecta positivamente a las trabajadoras sexuales diagnosticadas con este desorden psiquiátrico ya que mejora su funcionamiento psicológico y reduce síntomas como la ansiedad, la ira, la depresión, las conductas auto-destructivas y la ideación suicida – si es que está presente – (Bloom,

Woodward, Susmaras, & Pantalone, 2012; McMMain, et al., 2009; O'Connell & Dowling, 2014).

De igual manera, se puede responder a la pregunta de investigación mediante los resultados del Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI-II) que se utilizó para el diagnóstico del trastorno límite de personalidad y para el seguimiento del paciente al finalizar la terapia. Al analizar los puntajes de las escalas antes y después de la investigación, se podría concluir que la terapia dialéctica conductual tuvo un efecto estadísticamente significativo ya que los mismos disminuyeron al finalizar la intervención. Sin embargo, podemos concluir también que la herramienta que se utilizó para el seguimiento de los pacientes (MMPI-II) no fue la adecuada ya que en este estudio no se consideró la limitación que tiene este inventario de personalidad con respecto a la educación de la persona que está siendo evaluada (Greene , 2011). Según Greene (2011), la educación tiene un gran impacto en los puntajes de las escalas del MMPI-II, por ende, esta herramienta no fue la más adecuada para el propósito de este estudio. Para esto, se hubiera podido utilizar otros inventarios, tales como el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS).

Además, elaborando sobre el estudio de Bermúdez, Gavina & Fernández (2007) y Rondón (1996), podríamos concluir que esta investigación tiene una implicación tanto social como personal ya que la prostitución se vería directamente afectada después de que las trabajadoras sexuales, participantes de este estudio, hayan recibido terapia dialéctica conductual. Siguiendo las ideas propuestas por estos autores, se podría decir que la mayoría de las participantes, que padecían de trastorno límite de personalidad al comienzo del estudio, decidan renunciar a esta profesión y busquen ejercer otros trabajos que sean menos dañinos tanto para ellas como para la sociedad, ya que la terapia dialéctica conductual mejora el funcionamiento psicológico que es el que las lleva, en un comienzo, a buscar la prostitución como manera de ganarse la vida.

De igual manera, al basarnos sobre los criterios de diagnóstico del DSM-V, se podría decir que la terapia dialéctica conductual es óptima para la inestabilidad emocional de las personas con este trastorno, el patrón de relaciones interpersonales inestables, la impulsividad, la sensación crónica de vacío y la regulación emocional de los pacientes, mostrando una mejoría drástica en cada uno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Además, sería interesante ver una neuroimagen de las participantes antes y después del estudio ya que según los estudios de Bliss & McCardle (2014), las investigaciones de Gregory & Remen (2008) y los descubrimientos de Goodman, et al. (2014), la terapia dialéctica conductual mejora el funcionamiento de la amígdala y el metabolismo de distintas áreas del cerebro que se ven afectadas por el trastorno límite de personalidad. Esto sería una manera de confirmar los resultados de los estudios mencionados.

Sin embargo, si los resultados no se dan como se esperaría que se den, podríamos concluir que es por lo que Linehan propuso con la teoría biosocial. Los resultados podrían ser sesgados ya que el trastorno límite de personalidad es también una consecuencia de vulnerabilidad genética y ambientes desvalidantes (Bliss & McCardle, 2014). Por ende, si no existe mejoría después de la intervención psicoterapéutica, se podría deber a que estas personas siguen teniendo vulnerabilidad genética que influye en su trastorno y siguen viviendo en ambientes desvalidantes que no permiten su mejoría.

Finalmente, se puede concluir que la metodología de este estudio fue adecuada para responder a la pregunta de investigación. Sin embargo, hubiera sido interesante escoger un grupo control, que no reciba terapia dialéctica conductual, para poder comparar los resultados con aquellas que si recibieron la intervención psicoterapéutica. De esta forma, la investigación hubiera sido más completa y se hubiera podido concluir con mayor certeza que la terapia dialéctica conductual tiene un efecto positivo en aquellas trabajadoras sexuales que padecen del trastorno límite de personalidad.

Limitaciones del estudio

Al finalizar este estudio, se pudo encontrar algunas limitaciones que pudieron haber sesgado los resultados del mismo. En primer lugar, no se consideró el efecto que tiene el nivel de educación sobre los puntajes de las escalas clínicas del MMPI-II, causando un sesgo en los resultados de la investigación (Greene , 2011). En segundo lugar, el estudio se limitó a un número bastante pequeño de participantes ya que la intervención era de tipo psicoterapéutico, el cual contaba con varias horas de trabajo y dedicación. En tercer lugar, el estudio se basó en aquellas trabajadoras sexuales que acudían a un centro de atención en Quito, Ecuador y no consideró trabajar con trabajadoras sexuales externas al centro. Finalmente, al ser un tema del cuál no se ha investigado mucho, no se encontró mucha información sobre la relación entre la prostitución y el trastorno límite de personalidad. Por ende, el estudio tuvo una limitación de información sobre este tema.

En caso de aplicar la investigación, una posible limitación metodológica es que dentro del centro de atención donde se escogieron las participantes, no existan trabajadoras sexuales que cumplan con los criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad. Por lo tanto, el investigador tendría que buscar otros centros u otros métodos para reclutar a las participantes necesarias para el estudio. De igual manera, otra limitación metodológica podría ser el tiempo de intervención psicológica que propone esta investigación: 1 año de terapia dialéctica conductual.

Recomendaciones para futuros estudios

Al culminar esta investigación, se puede observar que la terapia dialéctica conductual es efectiva para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, tal como lo manifiesta Roney & Cannon (2014). Asimismo, se puede ver que además de mejorar el trastorno, la misma mejora el funcionamiento psicológico de las participantes y reduce síntomas como la

depresión, la ansiedad, la ira, las conductas auto-destructivas, la impulsividad y la ideación suicida (Bloom, Woodward, Susmaras, & Pantalone, 2012; Williams, Hartstone & Densone, 2010). Sin embargo, se piensa que sería interesante investigar más a fondo este tema, utilizando un grupo control con el que se comparen los resultados entre aquellas trabajadoras sexuales con trastorno límite de personalidad y aquellas que no lo tienen. O de la misma forma, comparar las trabajadoras sexuales que fueron intervenidas con la terapia dialéctica conductual y las que no. De igual manera, sería interesante investigar si el trastorno límite de personalidad que manifiestan estas personas es la causa de escoger la prostitución como profesión o es la prostitución en sí la que causa que estas personas manifiesten este trastorno.

Finalmente, se recomienda aplicar esta investigación en diferentes culturas para poder precisar el impacto de la terapia dialéctica conductual. Asimismo, se recomienda utilizar una muestra de trabajadoras sexuales más grande, de diferentes lugares del Ecuador y de ambos géneros para poder profundizar la investigación y poder obtener resultados más exactos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreasson, K., Krogh, J., Rosenbaum, B., Gluud, C., Jobes, D. A. & Nordentoft, M. (2014). The DiaS trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and borderline personality disorder traits - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15194. doi:10.1186/1745-6215-15-194
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Barker, V., Romaniuk, L., Cardinal, R. N., Pope, M., Nicol, K. & Hall, J. (2015). Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 45(9), 1955-1964. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714003079
- Bermúdez, Á., Gavina, A. & Fernández, H. (2007). Psicológicos de Personalidad en un Grupo de Mujeres Adultas Jóvenes Dedicadas a la Prostitución "Prepago" en la Ciudad de Medellín. *Terapia Psicológica*, 25(1), 25-37.
- Bliss, S. & McCardle, M. (2014). An exploration of common elements in dialectical behavior therapy, mentalization based treatment and transference focused psychotherapy in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 42(1), 61-69. doi:10.1007/s10615-013-0456-z
- Bloom, J. M., Woodward, E.N., Susmaras, T. & Pantalone, D.W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(9), 881-888. doi:10.1176/appi.ps.201100311
- Carrasquillo, T. (2014). Understanding prostitution and the need for reform. *Touro Law Review*, 30(3), 697-721.
- Dumont, F. (2010). *A History of Personality Psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Fragar, R. & Fadiman, J. (2010). *Teorías de la Personalidad*. México D.F: Alfaomega.
- Frances, A., Pincus, H. A. & First, M. B. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., & ... Hazlett, E. A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric Research*. 57108-116. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.06.020
- Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF*. Boston : Pearson.

- Gregory, R. J. & Remen, A. L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(1), 15-27. doi:10.1037/0033-3204.45.1.15
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación..* México D.F.: McGraw Hill.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7
- Lerner, G. (1986). The origin of prostitution in ancient mesopotamia. *Signs: Journal Of Women In Culture & Society*, 11(2), 236-254
- López, F. & Álamo, C. (2007). *Historia de la psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-74. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220478119?accountid=36555>
- O`Connell, B. & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(6), 518-525. doi:10.1111/jpm.12116
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Vol. 1)*. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pichot, P., López, J. J. & Valdés, M. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: American Psychiatric Association de Washington.
- Rattner, J. (2002). *Psicología y psicopatología de la vida amorosa*. México D.F.: Psicología y Etología.
- Real Academia Española. (2016). *Real Academia Española*. Obtenido el 31 de marzo de 2016 de RAE: <http://dle.rae.es/?id=UQxO9nC>
- Regier, D. A., Kupfer, D. J. & First, M. B. (2004). *Agenda de Investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson, S.A.

- Rojas, M. & Ruiz, D. (2012). *Estilos de Personalidad de Trabajadoras Sexuales que acuden al Centro de Atención Integral en Salud No. 1 en Quito, durante el mes de Noviembre del 2011*. Licenciatura. Pontifica Universidad Católica del Ecuador.
- Rondón, R. D. (1996). Prevalencia de trastornos de personalidad en un grupo de prostitutas. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 42(87), 83-85.
- Roney, T. & Cannon, J. (2014). Dialectical behavior group therapy for borderline personality disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 64(3), 400-8. doi:<http://dx.doi.org/101521ijgp2014643400>
- Sansone, R. A., Barnes, J., Muennich, E. & Wiederman, M. W. (2008). Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(1), 53-60. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/196305949?accountid=36555>
- Trejo, E. d. (2007). *Estudio de Legislación Internacional y Derecho Comparado de la Prostitución*. Subdirección de Política Exterior, Centro de Documentación, Información y Análisis. Mexico D.F.: Cámara de Diputados.
- Vallejo, J. (2001). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad . *Revista Biomed* , 9, 116-121.
- Williams, S. E., Hartstone, M. D., & Denson, L. A. (2010). Dialectical behavioural therapy and borderline personality disorder: Effects on service utilisation and self-reported symptoms. *Behaviour Change*, 27(4), 251-264. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/854464752?accountid=36555>
- Wolf, R. C., Thomann, P. A., Sambataro, F., Vasic, N., Schmid, M. & Wolf, N. D. (2012). Orbitofrontal cortex and impulsivity in borderline personality disorder: An MRI study of baseline brain perfusion. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(8), 677-85. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-012-0303-1>

ANEXO A: SOLICITUD PARA APROBACIÓN DEL ESTUDIO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Título de la Investigación	
Efecto de la terapia dialéctica conductual en trabajadoras sexual diagnosticadas con trastorno límite de personalidad	
Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>	
Rafaela Joyce Lepoutre Rose, Universidad San Francisco de Quito, rafaelalepoutre@hotmail.com	
Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>	
No aplica.	
Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>	
Rafaela Joyce Lepoutre Rose, 022893399, 0984532832, rafaelalepoutre@hotmail.com	
Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i>	
Mariel Paz y Miño, mpazymino@usfq.edu.ec	
Fecha de inicio de la investigación <i>Enero 2016</i>	
Fecha de término de la investigación <i>Mayo 2016</i>	
Financiamiento <i>No aplica.</i>	

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>	
Analizar el efecto que tiene la terapia dialéctica conductual en trabajadoras sexuales que sean diagnosticadas con trastorno límite de personalidad. Se evaluará con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota (MMPI-II) antes y después de la intervención psicoterapéutica para medir el efecto de la terapia sobre los síntomas que construyen el trastorno límite de personalidad.	
Objetivos Específicos	

- Evaluar a trabajadoras sexuales con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II)
- Intervenir por una duración de un año con terapia dialéctica conductual.
- Evaluar nuevamente con el MMPI-II.
- Analizar los cambios en los resultados de la evaluación antes y después de la intervención psicoterapéutica.
- Analizar el efecto de la terapia dialéctica conductual sobre el trastorno límite de personalidad en trabajadoras sexuales.

Diseño y Metodología del estudio *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

Este estudio es de tipo cuantitativo con un diseño de pre prueba-post prueba. Para el propósito de esta investigación se requiere que participen 5 trabajadoras sexuales que ejerzan la profesión por elección, de sexo femenino y mayores de edad, que sean diagnosticadas con trastorno límite de personalidad. Para esto, se utiliza un listado de las trabajadoras sexuales que asisten a un centro de atención en Quito y que ejercen la prostitución por elección, mas no por necesidad. A las mismas, se les aplicará el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) y se escogerá un muestreo probabilístico aleatorio simple de 5 participantes que cumplan con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad y que hayan obtenido resultados válidos en el inventario de personalidad. Al culminar la intervención psicoterapéutica, se analizará si existe una diferencia entre los resultados antes del estudio y después del mismo.

Procedimientos *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

1. Contactar al centro de atención en Quito y pedir un listado de las trabajadoras sexuales que asistan al mismo.
2. Contactar por teléfono a las trabajadoras sexuales del listado, preguntar los criterios de inclusión mencionados anteriormente, y si cumplen con los mismos, explicarles el estudio y pedirles que participen.
3. Evaluar a las trabajadoras sexuales que aceptaron ser participantes con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II).
4. Escoger, por un método probabilístico de aleatorio simple, 5 participantes que cumplan con los criterios del trastorno límite de personalidad (según los puntajes en las escalas del MMPI-II).
5. Intervenir con la terapia dialéctica conductual por una duración de un año a estas 5 participantes.
6. Al culminar la intervención, evaluar nuevamente a las participantes con el MMPI-II.
7. Analizar si existe una diferencia entre los puntajes antes y después de la intervención.

Recolección y almacenamiento de los datos *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

En este estudio, se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. En primer lugar, todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo a su participación, donde se especificarán los objetivos del estudio y se aclarará que su participación es completamente voluntaria, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas por si deciden no participar o retirarse en cualquier momento del estudio. En segundo lugar, para asegurar el anonimato de las participantes, se les asignará un código a cada participante, el cuál solo el investigador sabrá a quién le pertenece. A lo largo de la investigación se trabajará con este código para que no se pueda relacionar el documento que se está analizando con el participante. Asimismo, todas las muestras que se tomen de los participantes serán utilizadas solo para la

investigación y destruidas tan pronto termine el estudio. En caso de que un participante se sienta abrumado o lastimado por cualquier tema que se tope durante las sesiones terapéuticas, se les pedirá que asistan algunas sesiones adicionales para poder trabajar sobre los mismos. Asimismo, se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar en temas que no quieran o no se sientan preparados para trabajar. Es importante recalcar que la terapia que se dará es una terapia estandarizada y con evidencia empírica de su eficacia.

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II)

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

En el Ecuador, se han realizado pocos estudios sobre los rasgos de personalidad que poseen las trabajadoras sexuales. Por ejemplo, Rojas & Ruiz (2012), estudiaron sobre los estilos de personalidad de trabajadoras sexuales que acuden al centro de atención integral de salud sexual en Quito. Sin embargo, ninguno de estos estudios intenta aplicar una terapia focalizada en estos rasgos para investigar el efecto que la misma puede tener en estas personas y en la prevalencia de la prostitución. Este estudio, por tanto, sería el primero que utilice la terapia dialéctica conductual para conocer su efecto en aquellas trabajadoras sexuales que estén diagnosticadas con un trastorno límite de personalidad. Por esto, el mismo es útil ya que permite conocer si existe una manera de reducir la prevalencia de prostitución y una forma de ayudar a aquellas personas que ejercen este trabajo.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

Andreasson, K., Krogh, J., Rosenbaum, B., Glud, C., Jobes, D. A. & Nordentoft, M. (2014). TheDiaS trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and borderline personality disorder traits - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15194. doi:10.1186/1745-6215-15-194

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.

Barker, V., Romaniuk, L., Cardinal, R. N., Pope, M., Nicol, K. & Hall, J. (2015). Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 45(9), 1955-1964. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714003079

Bermúdez, Á., Gavina, A. & Fernández, H. (2007). Estilos Psicológicos de Personalidad en un Grupo de Mujeres Adultas Jóvenes Dedicadas a la Prostitución "Prepago" en la Ciudad de Medellín. *Terapia Psicológica*, 25(1), 25-37.

Bliss, S. & McCardle, M. (2014). An exploration of common elements in dialectical behavior therapy, mentalization based treatment and transference focused psychotherapy in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 42(1), 61-69. doi:10.1007/s10615-013-0456-z

Bloom, J. M., Woodward, E.N., Susmaras, T. & Pantalone, D.W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(9), 881-888. doi:10.1176/appi.ps.201100311

Carrasquillo, T. (2014). Understanding prostitution and the need for reform. *Touro Law Review*, 30(3), 697-721.

Dumont, F. (2010). *A History of Personality Psychology*. New York: Cambridge University Press.

Frager, R. & Fadiman, J. (2010). *Teorías de la Personalidad*. México D.F: Alfaomega.

Frances, A., Pincus, H. A. & First, M. B. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Arlington: American Psychiatric Association.

Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., & ... Hazlett, E. A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric Research*. 57108-116. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.06.020

Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF*. Boston : Pearson.

Gregory, R. J. & Remen, A. L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(1), 15-27. doi:10.1037/0033-3204.45.1.15

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. Méxco D.F.: McGraw Hill.

Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7

Lerner, G. (1986). The Origin of Prostitution in Ancient Mesopotamia. *Signs: Journal Of Women In*

Culture & Society, 11(2), 236-254

López, F. & Álamo, C. (2007). *Historia de la psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-74. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220478119?accountid=36555>

O'Connell, B. & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(6), 518-525. doi:10.1111/jpm.12116

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Vol. 1). Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.

Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Pichot, P., López, J. J. & Valdés, M. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: American Psychiatric Association de Washington.

Rattner, J. (2002). *Psicología y psicopatología de la vida amorosa*. México D.F.: Psicología y Etología.

Real Academia Española. (2016). *Real Academia Española*. Obtenido el 31 de marzo de 2016 de RAE: <http://dle.rae.es/?id=UQxO9nC>

Regier, D. A., Kupfer, D. J. & First, M. B. (2004). *Agenda de Investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson, S.A.

Rojas, M. & Ruiz, D. (2012). *Estilos de Personalidad de Trabajadoras Sexuales que acuden al Centro de Atención Integral en Salud No. 1 en Quito, durante el mes de Noviembre del 2011*. Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Rondón, R. D. (1996). Prevalencia de trastornos de personalidad en un grupo de prostitutas. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 42(87), 83-85.

Roney, T. & Cannon, J. (2014). Dialectical behavior group therapy for borderline personality disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 64(3), 400-8. doi:<http://dx.doi.org/101521ijgp2014643400>

Sansone, R. A., Barnes, J., Muennich, E. & Wiederman, M. W. (2008). Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(1), 53-60.

Obtenido en <http://search.proquest.com/docview/196305949?accountid=36555>

Trejo, E. d. (2007). *Estudio de Legislación Internacional y Derecho Comparado de la Prostitución*. Subdirección de Política Exterior, Centro de Documentación, Información y Análisis. Mexico D.F.: Cámara de Diputados.

Vallejo, J. (2001). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, España: Editorial Masson.

Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad . *Revista Biomed* , 9, 116-121.

Williams, S. E., Hartstone, M. D. & Denson, L. A. (2010). Dialectical behavioural therapy and borderline personality disorder: Effects on service utilisation and self-reported symptoms. *Behaviour Change*, 27(4), 251-264. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/854464752?accountid=36555>

Wolf, R. C., Thomann, P. A., Sambataro, F., Vasic, N., Schmid, M., & Wolf, N. D. (2012). Orbitofrontal cortex and impulsivity in borderline personality disorder: An MRI study of baseline brain perfusion. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(8), 677-85.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-012-0303-1>

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

Trabajadoras sexuales que ejerzan la profesión por elección, de sexo femenino y mayores de edad, que sean diagnosticadas con trastorno límite de personalidad y que hayan obtenido resultados válidos en el inventario de personalidad (MMPI-II).

Riesgos *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

Las participantes pueden tener el riesgo de experimentar sentimientos abrumadores o de angustia durante la evaluación y/o la intervención terapéutica. En caso de que un participante se sienta abrumado o lastimado por cualquier tema que se toque durante las sesiones terapéuticas, se les pedirá que asistan algunas sesiones adicionales para poder trabajar sobre los mismos. Asimismo, se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar en temas que no quieran o no se sientan preparados para trabajar. Es importante recalcar que la terapia que se dará es una terapia estandarizada y con evidencia empírica de su eficacia.

Beneficios para los participantes *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Las participantes se verán beneficiadas al final del estudio ya que la terapia que se les brindará durante un año les ayudará a trabajar con diversos conflictos personales que puedan tener. Asimismo, su funcionamiento psicológico mejorará, permitiéndolas llevar una vida más sana. Se esperaría que la terapia dialéctica conductual tenga un efecto en la decisión de ejercer la prostitución.

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

Si la terapia dialéctica conductual tiene efecto en el trastorno límite de personalidad en las trabajadoras sexuales, se podría utilizar para las demás trabajadoras sexuales, reduciendo así la prevalencia de la prostitución en el Ecuador.

Derechos y opciones de los participantes del estudio *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

Las participantes tienen el derecho a negarse o renunciar a su participación en cualquier momento del estudio, sin ninguna consecuencia tanto personal como profesional.

Seguridad y Confidencialidad de los datos *Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes*

En este estudio, se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. En primer lugar, todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo a su participación, donde se especificarán los objetivos del estudio y se aclarará que su participación es completamente voluntaria, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas por si deciden no participar o retirarse en cualquier momento del estudio. En segundo lugar, para asegurar el anonimato de las participantes, se les asignará un código a cada participante, el cuál solo el investigador sabrá a quién le pertenece. A lo largo de la investigación se trabajará con este código para que no se pueda relacionar el documento que se está analizando con el participante. Asimismo, todas las muestras que se tomen de los participantes serán utilizadas solo para la investigación y destruidas tan pronto termine el estudio. En caso de que un participante se sienta abrumado o lastimado por cualquier tema que se tope durante las sesiones terapéuticas, se les pedirá que asistan algunas sesiones adicionales para poder trabajar sobre los mismos. Asimismo, se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar en temas que no quieran o no se sientan preparados para trabajar. Es importante recalcar que la terapia que se dará es una terapia estandarizada y con evidencia empírica de su eficacia.

Consentimiento informado *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

Cada participante deberá firmar un consentimiento informado antes del estudio.

Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.

El investigador tiene la responsabilidad de respetar a todos los participantes del estudio. Asimismo, deberá respetar las consideraciones éticas.

Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)			
Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
PARA TODO ESTUDIO			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) <i>(si aplica y se va a incluir menores de 17 años)</i>			
3. Herramientas a utilizar <i>(Título de:: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)</i>	X		X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

PROVISIONES ESPECIALES

Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.

Click here to enter text.

CRONOGRAMA	AÑO							
Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)	Fechas							
		1	2	3	4	5	6	7
Contactar al centro de atención en Quito y pedir un listado de las trabajadoras sexuales que asistan al mismo.								
Evaluar a las trabajadoras sexuales que aceptaron ser participantes con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II).								
Escoger, por un método probabilístico de aleatorio simple, 5 participantes que cumplan con los criterios del trastorno límite de personalidad (según los puntajes en las escalas del MMPI-II).								
Intervenir con la terapia dialéctica conductual por una duración de un año a estas 5 participantes.								
Al culminar la intervención, evaluar nuevamente a las participantes con el MMPI-II.								
Analizar si existe una diferencia entre los puntajes antes y después de la intervención.								

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efecto de la terapia dialéctica conductual en trabajadoras sexuales que son diagnosticadas con trastorno límite de personalidad

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Rafaela Joyce Lepoutre Rose*

Datos de localización del investigador principal *022893399, 0984532832, rafaelalepoutre@hotmail.com*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre el efecto de la terapia dialéctica conductual sobre ciertos rasgos de personalidad porque la misma puede ayudar a aquellas personas que tienen estos rasgos.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El estudio consta de 5 participantes que ejerzan la prostitución como profesión de elección. El mismo quiere analizar qué efecto tiene la terapia dialéctica conductual (un tipo de terapia psicológica) para los rasgos de personalidad que se acercan a la organización limítrofe.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

En primer lugar, se les aplicará el Inventarió Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) para determinar los rasgos de personalidad de las participantes. Segundo, se les aplicará la terapia dialéctica conductual propuesta por Marsha Linehan a 5 participantes que tengan una organización de personalidad límite. Después de 1 año de intervención psicoterapéutica, se les aplicará nuevamente el Inventario de Personalidad y se observará si existen cambios o no.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los participantes pueden topar temas que les abrume dentro de terapia. Para esto, se les brindará apoyo y si es necesario se les permitirá venir a sesiones adicionales para trabajar en ellos. Además, habrán temas que los participantes no quieran hablar, por lo tanto, se respetará el ritmo del participante y no se le obligará a trabajar en lo que no quiere.

Este estudio es beneficioso para la sociedad ya que el mismo ampliará el conocimiento acerca de cómo la terapia psicológica puede ayudar a las personas que ejercen la prostitución y tienen una personalidad limítrofe. Además, si la terapia ayuda a estas personas, la prevalencia de prostitución podría bajar y la sociedad se viera beneficiada ya que la misma es un conflicto social bastante alto. Finalmente, las participantes se verán beneficiadas ya que la terapia les ayudará a encontrar estabilidad psicológica.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el testigo de la investigación tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984532832 que pertenece a Rafaela Lepoutre, o envíe un correo electrónico a rafaelalepoutre@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

**ANEXO B: ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE
PARTICIPANTES**

Se buscan participantes para estudio psicológico

Valor por participar: \$20

Requisitos:

- *Ser mayor de edad
- *Únicamente participantes femeninas

Para más información contactar al:
0984532832

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

NO ABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE NO SE LE INDIQUE

MMPI-2

*Inventario Multifásico de la
Personalidad - 2 - Minnesota*

S. R. Hathaway y J. C. McKinley
y el comité de reestandarización del MMPI de
University of Minnesota Press:
James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom,
John R. Graham, Auke Tellegen

Version Hispana
Traducido por Rosa E. Garcia-Peltoniemi y
Alex A. Azán Chaviano

Este cuestionario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa. Queda por sobre entendido que usted responderá a las preguntas de acuerdo a su sexo.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones que tiene. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es **cierta**, o **más o menos cierta** en su caso, rellene con lápiz el círculo marcado con la letra **T** (True, que significa Cierto en inglés), vea el ejemplo A. Si la oración es **falsa**, o **más o menos falsa** en su caso, rellene el círculo marcado con la letra **F** (Falso), vea el ejemplo B. Si la oración no se aplica a usted, o si se trata de algo que desconoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones. Pero trate de dar una respuesta a cada oración.

Ejemplo: Sección de la hoja de contestaciones marcada correctamente.

A ● (F)
B (T) ●

Recuerde dar su **opinión propia** acerca de usted mismo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese que el número de la oración corresponda al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Borre completamente cualquier respuesta que usted desee cambiar y sustitúyala por la que corresponda. No marque este folleto.

Recuerde trate de responder a cada oración.

Ahora puede abrir su folleto y comenzar.

NO PONGA NINGUNA MARCA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto fresco(a) y descansado(a) casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario(a).
5. Me despierto fácilmente con el ruido.
6. Mi padre es un buen hombre, o (si su padre murió) mi padre era un buen hombre.
7. Me gusta leer artículos sobre el crimen en el periódico.
8. Por lo general mis manos y pies están lo suficientemente calientes.
9. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado(a).
10. Estoy más o menos tan capacitado(a) para trabajar ahora como lo he estado siempre.
11. Me parece tener un nudo en la garganta la mayor parte del tiempo.
12. Mi vida sexual es satisfactoria.
13. La gente debiera tratar de comprender sus sueños y guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos o advertencias.
14. Me gustan los cuentos de detectives o de misterio.
15. Trabajo bajo una tensión muy grande.
16. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas como para hablar de ellas.
17. Estoy seguro(a) que la vida me trata mal.
18. Sufro de ataques de náuseas y vómitos.
19. Cuando asumo un trabajo nuevo me gusta averiguar con quién es importante que sea amable.
20. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
21. A veces he sentido muchísimos deseos de abandonar mi hogar.
22. Nadie parece comprenderme.
23. A veces me dan ataques de risa y llanto que no puedo controlar.
24. A veces espíritus malos se posesionan de mí.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Creo que lo mejor es callarme la boca cuando estoy en un aprieto.
27. Cuando alguien me hace un mal, siento que debo de pagarle con la misma moneda si es que puedo, sólo por cuestión de principio.
28. Padezco de problemas estomacales varias veces a la semana.
29. A veces siento ganas de decir malas palabras.
30. Me dan pesadillas una que otra noche.
31. Me cuesta concentrarme en una tarea o trabajo.
32. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
33. Raras veces me preocupo por mi salud.
34. Nunca me he visto envuelto(a) en problemas a causa de mi conducta sexual.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

35. Algunas veces cuando era joven robé cosas.
36. Tengo los la mayor parte del tiempo.
37. A veces me dan ganas de destrozar cosas.
38. He tenido períodos de días, semanas, o meses en los cuales no podía ocuparme de nada por no tener el ánimo para hacerlo.
39. Mi sueño es sobresaltado e intranquilo.
40. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
41. No siempre digo la verdad.
42. Si la gente no la hubiera tomado conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.
43. Mi habilidad para juzgar y tomar decisiones es ahora mejor que nunca.
44. Una vez por semana o con más frecuencia, siento de pronto calor por todo el cuerpo sin razón aparente.
45. Me encuentro en tan buenas condiciones de salud física como la mayoría de mis amigos.
46. Prefiero hacerme el (la) desentendido(a) con amigos(as) de la escuela o con personas conocidas a quienes no he visto por mucho tiempo, a menos que ellos(as) me hablen primero.
47. Casi nunca siento dolor en el corazón o en el pecho.
48. En cualquier momento dado preferiría sentarme a soñar despierto(a) que hacer cualquier otra cosa.
49. Soy una persona muy sociable.
50. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
51. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
52. No he vivido un tipo de vida propio y correcto.
53. Con frecuencia siento como un ardor, hormigueo, o adormecimiento en partes de mi cuerpo.
54. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el que pienso escoger) como ocupación principal para toda mi vida.
55. A veces insisto tanto en algo, que los demás pierden la paciencia conmigo.
56. Quisiera poder ser tan feliz como otros parecen serlo.
57. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
58. Creo que muchísimas personas exageran sus desgracias para ganarse la compasión y ayuda de los demás.
59. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
60. Cuando estoy con otras personas, me molestan cosas muy extrañas que oigo.
61. Soy una persona importante.
62. A menudo he deseado ser mujer. (O si usted es mujer: nunca me ha pesado ser mujer.)
63. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
64. Me gusta leer novelas de amor.
65. Casi siempre me siento triste.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

66. Sería mejor si casi todas las leyes fueran eliminadas.
67. Me gusta la poesía.
68. De vez en cuando mortifico a los animales.
69. Creo que me gustaría el tipo de trabajo que hace un guardabosques.
70. Soy vencido(a) fácilmente en una discusión.
71. En estos días me es difícil mantener la esperanza de llegar a ser alguien.
72. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
73. Ciertamente carezco de confianza en mí mismo(a).
74. Me gustaría ser florista.
75. Por lo general siento que la vida vale la pena.
76. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayoría de la gente de la verdad.
77. De vez en cuando dejo para mañana lo que debería hacer hoy.
78. Le agrado a la mayoría de las personas que me conocen.
79. No me importa si la gente se burla de mí.
80. Me gustaría ser enfermero(a).
81. Creo que la mayoría de la gente mentiría para salir adelante.
82. Hago muchas cosas de las que después me arrepiento (me arrepiento más que los demás de las cosas).
83. Tengo muy pocas peleas con miembros de mi familia.
84. Me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta.
85. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o chocante.
86. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde hay mucha alegría y bullicio.
87. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible tomar una decisión.
88. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
89. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo(a).
90. Quiero a mi padre, o (si su padre murió) quise a mi padre.
91. Tengo poca o ninguna molestia a causa de espasmos o contracciones musculares.
92. No parece importarme lo que me suceda.
93. A veces cuando no me siento bien me pongo irritable.
94. La mayor parte del tiempo me siento como si hubiera hecho algo malo o malvado.
95. Soy feliz la mayor parte del tiempo.
96. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
97. Parece que mi cabeza o nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
98. Algunas personas son tan mandonas que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
99. Alguien me la tiene jurada.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

100. Nunca he hecho algo peligroso sólo por la emoción de hacerlo.
101. A menudo siento como si tuviera un cintillo apretado alrededor de mi cabeza.
102. Me enojo algunas veces.
103. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando hago apuestas.
104. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
105. En la escuela a veces me llevaron ante el director por mala conducta.
106. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni indistinta, ni ronca).
107. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer afuera en compañía de otras personas.
108. Cualquier persona capaz y dispuesta a trabajar duro tiene una buena probabilidad de obtener éxito.
109. Me parece que soy tan capaz e inteligente como la mayoría de las personas que me rodean.
110. La mayoría de la gente se valdría de medios algo injustos para obtener una ganancia o ventaja.
111. Tengo muchos trastornos estomacales.
112. Me gustan las artes dramáticas.
113. Sé quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.
114. Algunas veces siento tal atracción por los artículos personales de otras personas, como zapatos, guantes, etc., que me dan ganas de manosearlos o robarlos aunque no tenga uso para ellos.
115. Ver sangre no me asusta ni me enferma.
116. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan malhumorado(a) e irritable.
117. Nunca he vomitado o expectorado sangre.
118. No me preocupa contagiarme de enfermedades.
119. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
120. Con frecuencia encuentro necesario defender lo que creo que es justo.
121. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
122. A veces mis pensamientos han pasado por mi mente con más rapidez de lo que he podido expresarlos en palabras.
123. Si pudiera entrar a un cine sin pagar con la seguridad de no ser visto, probablemente lo haría.
124. A menudo pienso qué razón oculta puede tener otra persona cuando tiene una amabilidad conmigo.
125. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayoría de las personas que conozco.
126. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
127. La crítica o el regaño me hieren terriblemente.
128. Me gusta cocinar.
129. Mi conducta está mayormente controlada por el comportamiento de los que me rodean.
130. Verdaderamente a veces siento que no sirvo para nada.

131. Cuando niño(a) tenía un grupo de amigos que tratábamos de mantenernos leales en todo tipo de problemas.
132. Creo en otra vida después de ésta.
133. Me gustaría ser soldado.
134. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
135. Con frecuencia he perdido oportunidades porque no he podido decidirme a tiempo.
136. Me impacienta que me pidan consejos o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
137. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
138. Creo que están conspirando contra mí.
139. Preferiría ganar a perder en un juego.
140. Casi todas las noches me voy a dormir sin pensamientos o ideas que me causen molestia.
141. Durante los últimos años he estado bien la mayor parte del tiempo.
142. Nunca he tenido ataques o convulsiones.
143. No estoy subiendo ni bajando de peso.
144. Creo que me están siguiendo.
145. Siento que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
146. Llora con facilidad.
147. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
148. Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora.
149. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
150. Algunas veces siento como si tuviera que herirme a mí mismo(a) o a otra persona.
151. Resiento cuando alguien me embauca tan hábilmente que tengo que admitir haber sido engañado(a).
152. No me canso con facilidad.
153. Me gusta conocer alguna gente importante porque eso me hace sentir importante.
154. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
155. No me sentiría nervioso(a) si algún miembro de mi familia tuviera problemas con la ley.
156. Nunca me siento feliz a menos que esté vagabundeando o viajando de un lado a otro.
157. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
158. Me siento incómodo(a) cuando tengo que hacer una payasada en una fiesta, aún si otros estén haciendo lo mismo.
159. Nunca he tenido un desmayo.
160. Me gustaba la escuela.
161. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido(a).
162. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
163. No les tengo mucho miedo a las serpientes.
164. Rara vez o nunca tengo mareos.
165. Mi memoria parece estar bien.
166. Me preocupa el sexo.

FASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

FASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

167. Me es difícil entablar conversación con personas recién conocidas.
168. He tenido períodos en los cuales he realizado actividades sin saber más tarde lo que he estado haciendo.
169. Cuando me aburro me gusta provocar algo excitante.
170. Tengo miedo de perder el juicio.
171. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
172. Con frecuencia noto que mi mano tiembla cuando trato de hacer algo.
173. Puedo leer por largo rato sin que se me canse la vista.
174. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
175. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
176. Muy pocas veces me duele la cabeza.
177. Mis manos no se han puesto torpes o poco hábiles.
178. Algunas veces, cuando paso una vergüenza, empiezo a sudar, lo cual me molesta muchísimo.
179. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
180. Hay algo que no anda bien en mi mente.
181. No padezco de ataques de alergia ni de asma.
182. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos ni el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
183. No me agradan todas las personas que conozco.
184. Muy pocas veces sueño despierto(a).
185. Desearía no ser tan tímido(a).
186. No me da miedo manejar dinero.
187. Si you fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir noticias del teatro.
188. Me gustan muchas distintas clases de diversiones y recreaciones.
189. Me gusta flirtear (coquetear).
190. Mi familia me trata más como niño(a) que como adulto.
191. Me gustaría ser periodista.
192. Mi madre es una buena mujer, o (si su madre murió) mi madre era una buena mujer.
193. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
194. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
195. Hay muy poco amor y compañerismo en mi familia en comparación con otros hogares.
196. Frecuentemente me encuentro preocupado(a) por algo.
197. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
198. A menudo oigo voces sin saber de donde vienen.
199. Me gusta la ciencia.
200. No me es difícil pedir ayuda a mis amigos, aunque no pueda devolverles el favor.
201. Me gusta mucho cazar.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

202. Con frecuencia mis padres han puesto reparos al tipo de gente con quien acostumbraba andar.
203. A veces chismeo un poco.
204. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
205. Algunos miembros de mi familia tienen hábitos que me molestan e incomodan muchísimo.
206. A veces siento que puedo tomar decisiones con una facilidad fuera de lo común.
207. Me gustaría pertenecer a varios clubes.
208. Raras veces noto mi corazón palpitar y muy pocas veces me falta la respiración.
209. Me gusta hablar sobre el sexo.
210. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
211. He sido inspirado(a) hacia un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido cuidadosamente desde entonces.
212. Algunas veces he sido un obstáculo en el camino de personas que trataban de hacer algo, no porque eso importara mucho, sino por cuestión de principios.
213. Me enoja con facilidad, pero se me pasa pronto.
214. He sido bastante independiente y libre de la dominación de mi familia.
215. Soy muy dado(a) a preocupaciones hoscas y sombrías.
216. Alguien ha estado tratando de robarme.
217. Casi todos mis parientes simpatizan conmigo.
218. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado(a) en una silla por mucho tiempo.
219. He sido desilusionado(a) en el amor.
220. Nunca me preocupo por mi apariencia personal.
221. Sueño frecuentemente con cosas que mejor las reservo para mí.
222. Se debe enseñar a los niños los hechos fundamentales del sexo.
223. Creo que no soy más nervioso(a) que la mayoría de las personas.
224. Tengo pocos o ningún dolor.
225. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal entendido por los demás.
226. A veces, sin razón alguna o incluso cuando las cosas andan mal, me siento sumamente feliz, "como un rey."
227. No culpo a la gente por tratar de apoderarse de todo lo que puedan en este mundo.
228. Hay personas que están tratando de apoderarse de mis ideas y pensamientos.
229. He tenido trances en los cuales mi mente se ha quedado en blanco, mis actividades se interrumpieron y no sabía lo que pasaba a mi alrededor.
230. Puedo ser amistoso(a) con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
231. Me gusta estar en un grupo en el que se hagan bromas unos a otros.
232. A veces en las elecciones, voto por personas de quienes sé muy poco.
233. Me cuesta empezar a hacer cualquier cosa.

234. Creo que estoy condenado(a) o que no tengo salvación.
235. En la escuela fui lento(a) en aprender.
236. Si fuera artista me gustaría dibujar flores.
237. No me molesta el no ser mejor parecido (o más bonita).
238. Sudo muy fácilmente, aun en días fríos.
239. Tengo absoluta confianza en mí mismo(a).
240. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
241. Es más seguro no confiar en nadie.
242. Una o más veces por semana me pongo muy excitado(a).
243. Cuando estoy en un grupo de personas me cuesta pensar en cosas apropiadas para hablar.
244. Cuando me siento desanimado(a), algo excitante me saca casi siempre de ese estado.
245. Cuando salgo de casa no me preocupa si las puertas y ventanas quedan bien cerradas.
246. Creo que mis pecados son imperdonables.
247. Tengo adormecida una o más partes de la piel.
248. No culpo a la persona que se aprovecha de la gente que se expone a tal cosa.
249. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
250. A veces me ha divertido tanto la astucia de algunos criminales que he deseado que se salgan con la suya.
251. Con frecuencia he sentido que desconocidos me estaban mirando con ojos críticos.
252. Todo tiene el mismo sabor.
253. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
254. La mayoría de la gente se hace de amigos porque es probable les puedan ser útiles.
255. No noto que me zumben o silben los oídos con frecuencia.
256. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a quienes usualmente quiero.
257. Si fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
258. Puedo dormir de día pero no de noche.
259. Estoy seguro(a) de que la gente habla de mí.
260. De vez en cuando me río de chistes sucios.
261. Tengo muy pocos temores en comparación con mis amigos.
262. No me turbaría si en un grupo de personas, se me pidiera iniciar una discusión o dar una opinión sobre algo que conozco bien.
263. Siempre siento disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los alegatos de un abogado astuto.
264. He bebido alcohol en exceso.
265. Por lo general no le hablo a las personas hasta que ellas no me hablan a mí.
266. Nunca he tenido problemas con la ley.

267. Tengo períodos en los que me siento desacostumbradamente alegre sin que exista una razón especial.
268. Quisiera no ser molestado(a) por pensamientos sexuales.
269. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en ello.
270. No me molesta de manera particular ver sufrir a los animales.
271. Creo que siento con mayor intensidad que la mayoría de las personas.
272. En ningún momento de mi vida me gustó jugar con muñecas.
273. La mayor parte del tiempo la vida es una carga pesada para mí.
274. Soy tan quisquilloso(a) acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
275. En la escuela me era muy difícil hablar en frente a la clase.
276. Quiero a mi madre, o (si su madre murió) quise a mi madre.
277. Aun cuando estoy acompañado(a), me siento solo(a) la mayor parte del tiempo.
278. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
279. Rehusé participar en algunos juegos porque no soy hábil en ellos.
280. Me parece que hago amistades tan rápidamente como los demás.
281. No me gusta tener gente a mi alrededor.
282. Me han dicho que camino cuando estoy dormido(a).
283. La persona que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección es tan culpable del robo como quien la roba.
284. Creo que casi todo el mundo diría una mentira para evitarse un problema.
285. Soy más susceptible que la mayoría de la gente.
286. A la mayoría de la gente, en su fuero interno, le disgusta esforzarse para ayudar a los demás.
287. Muchos de mis sueños son acerca del sexo.
288. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
289. Me avergüenzo fácilmente.
290. El dinero y los negocios me preocupan.
291. Nunca he estado enamorado(a) de nadie.
292. Las cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
293. Casi nunca sueño.
294. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
295. Nunca he estado paralizado(a) ni he sufrido de ninguna debilidad muscular fuera de lo común.
296. A veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado(a).
297. Mi madre o mi padre frecuentemente me obligaron a obedecer, aun cuando yo creía que eso no era razonable.
298. A veces percibo olores peculiares.
299. No puedo concentrarme en una sola cosa.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

300. Tengo razones para sentirme celoso(a) de uno o más miembros de mi familia.
301. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
302. Me impaciento fácilmente con la gente.
303. La mayor parte del tiempo quisiera estar muerto(a).
304. Algunas veces me excito tanto que me cuesta dormirme.
305. Sin duda alguna, en cuanto a preocupaciones, he tenido más de la cuenta.
306. A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.
307. A veces oigo tan bien que me molesta.
308. Se me olvida inmediatamente lo que la gente me dice.
309. Generalmente tengo que detenerme y pensar antes de actuar, aun en asuntos sin importancia.
310. A menudo cruzo la calle para no encontrarme con alguien que veo venir.
311. A menudo siento como si las cosas no fueran reales.
312. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
313. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia, tales como bombillos en anuncios lumínicos, etc.
314. No tengo enemigos que realmente deseen hacerme daño.
315. Tiendo a ponerme en guardia con la gente que es algo más amistosa de lo que yo esperaba.
316. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
317. Me pongo ansioso(a) y alterado(a) cuando tengo que hacer un corto viaje fuera de casa.
318. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
319. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo(a).
320. He tenido miedo a cosas o personas que sabía que no me podían hacer daño.
321. No temo entrar solo(a) a un lugar donde ya haya gente reunida hablando.
322. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.
323. Algunas veces disfruto hiriendo a las personas que amo.
324. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
325. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parecen tener los demás.
326. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
327. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente y no puedo librarme de ellas.
328. Algunas veces algún pensamiento sin importancia me viene a la mente y me molesta por días.
329. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
330. A veces estoy lleno(a) de energía.
331. Tiendo a tomar las cosas muy a pecho.

332. A veces he disfrutado al ser herido(a) por un ser querido.
333. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
334. Me siento incómodo cuando estoy "bajo techo" (dentro de una habitación, casa o edificio, etc.).
335. No soy extraordinariamente consciente de mí mismo(a).
336. Alguien tiene control sobre mi mente.
337. En reuniones sociales o fiestas, es más probable que me sienta solo(a) o con una sola persona, en vez de unirme al grupo.
338. La gente me desilusiona a menudo.
339. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
340. Me encanta ir a bailes.
341. A veces mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre.
342. En los trenes, autobuses, etc., a menudo hablo con desconocidos.
343. Me gustan los niños.
344. Me divierte apostar cuando se trata de poco dinero.
345. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio al mundo.
346. A menudo he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
347. Me siento un fracasado(a) cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
348. A menudo pienso: "quisiera volver a ser niño(a)."
349. Nunca me siento más feliz que cuando estoy solo(a).
350. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
351. Me avergüenzan los cuentos sucios.
352. Generalmente la gente exige más respeto para sus propios derechos, que lo que está dispuesta a concederle a los demás.
353. Me agradan las reuniones sociales nada más que por estar con gente.
354. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
355. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas, hipnotizándome.
356. Me es difícil dejar a un lado una tarea que he emprendido, aun cuando sea por poco tiempo.
357. Frecuentemente no me entero de los chismes del grupo a que pertenezco.
358. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas, sólo porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
359. Gozo con la excitación de una multitud.
360. No me molesta conocer gente desconocida.
361. Alguien ha estado tratando de influir mi mente.
362. Recuerdo haberme "hecho el(la) enfermo(a)" para zafarme de algo.
363. Mis preocupaciones parecen desaparecer cuando estoy con un grupo de amigos animados.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

364. Me dan ganas de darme por vencido(a) rápidamente cuando las cosas me salen mal.
365. Me gusta hacerle saber a la gente mi punto de vista acerca de las cosas.
366. He tenido períodos en que me sentía tan lleno de energía que por días el dormir no me parecía necesario.
367. Siempre que me es posible, evito encontrarme en una multitud.
368. Rehuyo de hacer frente a una crisis o dificultad.
369. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
370. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
371. A menudo he deseado pertenecer al sexo opuesto.
372. No me enojo con facilidad.
373. He hecho algunas cosas malas en el pasado de las que nunca le digo a nadie.
374. Casi toda la gente recurre a medios algo injustos para salir adelante en la vida.
375. Me pone nervioso(a) cuando la gente me hace preguntas personales.
376. Siento que no puedo planear mi propio futuro.
377. No estoy contento(a) conmigo mismo de la manera que soy.
378. Me enojo cuando mis amigos o familiares me aconsejan como debo vivir mi vida.
379. Recibí muchas palizas de niño(a).
380. Me molesta cuando la gente dice cosas agradables acerca de mí.
381. No me gusta oír a la gente opinar sobre la vida.
382. A menudo tengo serios desacuerdos con personas cercanas.
383. Cuando las cosas se ponen realmente malas, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia.
384. Me gustaba jugar a "las casitas" cuando era niño(a).
385. No le temo al fuego.
386. A veces me he mantenido alejado(a) de otra persona porque he temido hacer o decir algo de lo que pudiera arrepentirme después.
387. Sólo puedo expresar mis verdaderos sentimientos cuando bebo.
388. Muy rara vez tengo períodos de tristeza.
389. Con frecuencia me han dicho que soy enojadizo(a) e impetuoso(a).
390. Quisiera poder dejar de preocuparme por cosas que he dicho y que puedan haber herido los sentimientos de otras personas.
391. Me siento incapaz de contarle a alguien todo acerca de mí.
392. Los relámpagos son uno de mis temores.
393. Me gusta tener intrigados a los demás sobre lo que voy a hacer.
394. Frecuentemente mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades que he tenido que abandonarlos.
395. Me da miedo estar solo(a) en la obscuridad.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

396. Muchas veces me he sentido mal al no ser comprendido(a) cuando trataba de evitar que alguien cometiese un error.
397. Las tempestades me aterran.
398. Frecuentemente pido consejo a la gente.
399. El futuro es demasiado incierto como para que una persona haga planes serios.
400. Con frecuencia, aun cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
401. No le tengo miedo al agua.
402. Frecuentemente tengo que "consultar con la almohada" antes de tomar una decisión.
403. A menudo los demás no han comprendido mis intenciones cuando trataba de ayudarles y corregirles.
404. No tengo dificultad al tragar.
405. Por lo general soy una persona tranquila y no me altero fácilmente.
406. Ciertamente me gustaría ganarle a un criminal en su propio juego.
407. Merezco un severo castigo por mis pecados.
408. Tiendo a tomar los desengaños tan a pecho que no puedo dejar de pensar en ellos.
409. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
410. A menudo me molesta tanto que alguien trate de adelantarse en una cola que le llamo la atención.
411. A veces pienso que no sirvo para nada.
412. Cuando muchacho(a) a menudo no asistía a la escuela aun cuando debía haber ido.
413. Uno o más miembros de mi familia son muy nerviosos.
414. A veces he tenido que ser áspero(a) con personas rudas o molestosas.
415. Me preocupo bastante por posibles desgracias.
416. Tengo opiniones políticas bien definidas.
417. Me gustaría ser corredor(a) de autos.
418. Está bien darle la vuelta a la ley, siempre que realmente uno no la viole.
419. Hay ciertas personas que me desagradan tanto, que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
420. Me pone nervioso(a) tener que esperar.
421. Tiendo a dejar algo que deseo hacer porque otros piensan que no lo estoy haciendo bien.
422. Cuando era joven me gustaba lo emocionante.
423. Con frecuencia estoy dispuesto a causarme una inconveniencia para ganarle a alguien que me ha llevado la contraria.
424. Me molesta que la gente en las calles, tiendas, etc., me estén mirando.
425. El hombre que más tuvo que ver conmigo cuando era niño(a) (mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
426. Me gustaba jugar a "la rayuela"* y saltar a la cuerda.
*Juego en el cual se tira una piedra pequeña en diferentes secciones de una figura dibujada en el suelo para luego recogerla saltando en una sola pierna.

427. Nunca he tenido una visión.
428. Varias veces he cambiado de opinión acerca del tipo de trabajo o carrera que he escogido.
429. Excepto por orden del médico, nunca tomo drogas o pastillas para dormir.
430. A menudo me pesa ser tan irritable y gruñón(a).
431. En la escuela sacaba mala nota en conducta con bastante regularidad.
432. Me fascina el fuego.
433. Cuando estoy acorralado(a), digo sólo aquella parte de la verdad que es probable no me perjudique.
434. Si me hallara en dificultades junto a varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa encima antes que delatarlos.
435. A menudo le tengo miedo a la obscuridad.
436. Cuando un hombre está con una mujer usualmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
437. Generalmente soy bien directo(a) con la gente a quien estoy tratando de corregir o mejorar.
438. Me produce terror la idea de un terremoto.
439. Me vuelvo cien por ciento partidario(a) de una buena idea con presteza.
440. Generalmente resuelvo las cosas por mí mismo(a) en vez de buscar alguien que me enseñe como hacerlas.
441. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
442. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo por algo que realmente no importaba.
443. No trato de encubrir la mala opinión o lástima que me inspiran otros de manera que no sepan como siento.
444. Soy una persona muy nerviosa y tensa.
445. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parecen arreglar las cosas de tal modo, que ellas reciben el reconocimiento de una buena labor, sin embargo le atribuyen los errores a sus subordinados.
446. A veces me es difícil defender mis derechos por ser tan reservado(a).
447. La suciedad me espanta o me repugna.
448. Tengo una vida de ensueños sobre la cual no cuento a nadie.
449. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
450. No puedo hacer nada bien.
451. A menudo me siento culpable porque finjo mayor pesar del que realmente siento acerca de algo.
452. Por regla general defiendo firmemente mis propias opiniones.
453. No le temo a las arañas.
454. El futuro me parece sin esperanzas.
455. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
456. Me gustaría usar ropa cara.
457. La gente puede hacerme cambiar de opinión con bastante facilidad aun cuando ya haya tomado una decisión.

458. Me ponen nervioso(a) ciertos animales.
459. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
460. Varias veces he sido la última persona en darme por vencido(a) al tratar de hacer algo.
461. Me enoja que la gente me apure.
462. No tengo miedo a los ratones.
463. Varias veces por semana siento como si algo espantoso fuera a suceder.
464. Me siento cansado(a) una buena parte del tiempo.
465. Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
466. A veces estoy seguro(a) que la gente puede saber lo que estoy pensando.
467. Me gusta leer sobre temas científicos.
468. Tengo miedo de estar solo(a) en un sitio amplio al descubierto.
469. Algunas veces me siento a punto de derrumbarme.
470. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
471. Con frecuencia he sentido miedo en el medio de la noche.
472. Me molesta mucho que se me olvide donde pongo las cosas.
473. La persona por quien sentía mayor apego y admiración cuando niño(a), era una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
474. Me gustan más las historias de aventuras que las románticas.
475. A menudo me siento confundido(a) y olvido lo que quiero decir.
476. Soy bien torpe y desgarbado(a).
477. Me gusta jugar deportes recios (como el fútbol americano o el fútbol).
478. Odio a mi familia entera.
479. Cierta gente cree que es difícil llegar a conocerme.
480. Paso la mayor parte de mi tiempo libre solo(a).
481. Cuando la gente hace algo que me enoja, les dejo saber como me siento.
482. Por lo general me es difícil decidir lo que hacer.
483. La gente no me encuentra atractivo(a).
484. La gente no es muy bondadosa conmigo.
485. A menudo me parece que no soy tan bueno(a) como los demás.
486. Soy muy terco(a).
487. He disfrutado con la marihuana.
488. Las enfermedades mentales son señales de debilidad.
489. Tengo problemas con las drogas o el alcohol.
490. Los fantasmas o los espíritus pueden influenciar a la gente para bien o para mal.
491. Me siento incapacitado(a) cuando tengo que tomar decisiones importantes.
492. Siempre trato de ser agradable aun cuando los demás estén molestos o sean críticos.
493. Cuando tengo un problema me ayuda el discutirlo con alguien.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

494. Mis metas principales en la vida están a mi alcance.
495. Creo que la gente debería guardarse sus problemas personales para sí mismas.
496. No estoy sintiendo mucha presión o tensión últimamente.
497. Me molesta tremendamente pensar en hacer cambios en mi vida.
498. El comportamiento de alguien cercano a mí es la causa de mis problemas mayores.
499. Odio ir al médico aun cuando estoy enfermo(a).
500. A pesar de que no estoy satisfecho(a) con mi vida, ahora no hay nada que pueda hacer al respecto.
501. Discutir los problemas y preocupaciones con alguien es a menudo más beneficioso que el tomar drogas o medicinas.
502. Tengo ciertos hábitos que son verdaderamente dañinos.
503. Cuando hay que resolver problemas, por lo general dejo que otros tomen el mando.
504. Reconozco que tengo varios defectos que no podré cambiar.
505. Estoy tan harto(a) de lo que tengo que hacer cada día que quisiera salirme de todo ello.
506. Recientemente he considerado matarme.
507. A menudo me irrito mucho cuando la gente interrumpe mi trabajo.
508. A menudo siento que puedo leerle la mente a la gente.
509. El tener que tomar decisiones importantes me pone nervioso(a).
510. La gente me dice que como demasiado rápido.
511. Por lo menos una vez a la semana me drogo o me emborracho.
512. He sufrido una pérdida trágica en mi vida de la que sé nunca me recuperaré.
513. A veces me pongo tan enojado(a) y trastornado(a) que no sé qué se me viene encima.
514. Cuando la gente me pide que haga algo, me cuesta decir que no.
515. Nunca me siento más feliz que cuando estoy solo(a).
516. Mi vida es vacía y carece de sentido.
517. Se me hace difícil mantener un empleo.
518. He cometido muchos errores graves en mi vida.
519. Me enojo conmigo mismo(a) por ceder tanto a los demás.
520. Últimamente he pensado mucho en suicidarme.
521. Me gusta tomar decisiones y asignar trabajo a los demás.
522. Aun sin mi familia sé que siempre habrá alguien que me cuide.
523. En los cines, restaurantes, o eventos deportivos, odio tener que esperar en fila.
524. Nadie lo sabe pero he intentado matarme.
525. Todo está sucediendo muy rápido alrededor mío.
526. Sé que soy una carga para los demás.
527. Al final de un mal día, por lo general necesito unos cuantos tragos para relajarme.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

528. La mayoría de los problemas que tengo se deben a la mala suerte.
529. A veces parece que no puedo parar de hablar.
530. A veces me corto o me hago daño a propósito sin saber por qué.
531. Trabajo largas horas aun cuando mi empleo no lo requiere.
532. Por lo general me siento mejor después de una buena llorada.
533. Se me olvida donde dejo las cosas.
534. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría mucho.
535. Me irrita mucho cuando las personas en las cuales dependo no acaban su trabajo a tiempo.
536. Si me disgusto de seguro me da dolor de cabeza.
537. Me gusta regatear mucho.
538. La mayoría de los hombres le son infieles a sus esposas de vez en cuando.
539. Ultimamente he perdido el deseo de resolver mis problemas.
540. Me he enojado y he roto muebles o platos cuando estaba bebiendo.
541. Trabajo mejor cuando tengo una fecha de límite precisa.
542. Me he enojado tanto con alguien que he sentido como si fuera a explotar.
543. A veces me vienen a la mente pensamientos terribles acerca de mi familia.
544. La gente me dice que tengo problemas con el alcohol pero yo no estoy de acuerdo.
545. Nunca tengo tiempo para terminar las cosas.
546. Mis pensamientos en estos días se tornan más y más hacia la muerte y la vida en el más allá.
547. A menudo guardo cosas que probablemente nunca usaré.
548. He estado tan enojado(a) a veces que he dañado a otra persona en una pelea física.
549. Ultimamente me parece que estoy bajo prueba en todo lo que hago.
550. Tengo muy poco que ver con mis familiares ahora.
551. A veces me parece oír mis pensamientos en voz alta.
552. Cuando estoy triste, siempre me hace bien conversar con mis amigos(as).
553. Mucho de lo que me está sucediendo ahora parece haberme sucedido antes.
554. Cuando mi vida se pone difícil, me dan ganas de darme por vencido(a).
555. No puedo entrar en un cuarto oscuro ni siquiera en mi propia casa.
556. Me preocupo mucho acerca del dinero.
557. El hombre debe ser el jefe de la familia.
558. En el único lugar donde me siento relajado es en mi propio hogar.
559. La gente con quien trabajo no muestra mucha compasión con mis problemas.
560. Estoy satisfecho(a) con el dinero que gano.
561. Por lo general tengo energía suficiente para desempeñar mi trabajo.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

562. Se me hace difícil aceptar cumplidos.

563. En la mayoría de los matrimonios, uno o los dos cónyuges no son felices.

564. Casi nunca pierdo el control.

565. Hoy en día me toma mucho esfuerzo recordar lo que me dicen.

566. Cuando estoy triste o melancólico(a), mi trabajo es el que sufre.

567. La mayoría de las parejas casadas no se demuestran mucho cariño mutuo.

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE