

# Trastornos de personalidad en personas sin hogar

Carlos Salavera Bordás\*

Universidad de Zaragoza, España

## ABSTRACT

*Personality disorders in homeless people.* This paper analyzes the relation between personality disorder and homeless condition. In order to achieve this objective, an ex post facto study was carried out. It had a prospective character, done with a sample of 77 patients who took part and gave answers in an interview and in the MCMI II along the period of treatment. The results indicates that 80,5% of the homeless engaged in the study shows one or more personality disturbances. The most outstanding disturbances are related to personalities with interpersonal problems: Antisocial, Narcissist and Dependent. Moreover, high scores on Alcohol Dependence, Delirious Disorder, as well as Compulsive TP can be appreciated. Homeless are clearly related to personality disturbances increasing the complexity of treatments, worsening the prognosis. Finally, we comment the relevance of the results of this study in practical intervention with this population and for future studies on this topics.

*Key words:* Personality disorder, MCMI II, homeless.

## RESUMEN

En este artículo se analiza sobre la relación entre trastorno de personalidad y persona sin hogar. Para ello, se realizó un estudio ex post facto, de carácter prospectivo, con una muestra de 77 pacientes, que cumplieron una entrevista y el MCMI II en el trascurso de su tratamiento. Los resultados muestran que el 80,5% de las personas sin hogar participantes en el estudio, padecen uno o más trastornos de personalidad, estando relacionados los más prevalentes con las personalidades con problemas interpersonales: antisocial, narcisista y dependiente. Además se encuentran altas puntuaciones en dependencia del alcohol y trastorno delirante, así como en trastorno de la personalidad compulsivo. Como conclusiones que se extraen del estudio, es que detrás de las personas sin hogar, está la existencia de trastornos de personalidad, que complican el tratamiento, empeorando su pronóstico. Por último, se comentan la implicación que tiene este estudio en la práctica clínica y líneas futuras de investigación.

*Palabras clave:* trastornos de personalidad, MCMI II, personas sin hogar.

Las personas sin hogar son aquellas que viven en las calles de las ciudades, y temporalmente en albergues, a causa de una ruptura encadenada, brusca y traumática de sus lazos familiares, sociales y laborales (Cabrera, Malgesini y López, 2003). Son uno de los grupos más vulnerables y desfavorecidos de la sociedad (Pascual, Malagón, Arcega, Ginés, Navinés, Gurrea, García Ribera y Bulbena, 2008). Además, se asocian a una baja calidad de vida y altas tasas de enfermedad física y psíquica (Folsom,

\* La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse al autor: Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, c/ San Juan Bosco, 7, 50009 Zaragoza, España. E-mail: salavera@unizar.es

Hawthorne, Lindamer, Gilmer, Bailey, Golshan, Garcia, Unützer, Hough y Jeste, 2005) y resulta evidente el deterioro mental que padecen fruto de su estancia en la calle (Cabrera, 2000; Vázquez, Vázquez y Muñoz, 2003; Pascual, 2008) considerándose el nivel máximo de exclusión social que se produce en una sociedad moderna (Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco, y Bartels, 2007).

Una de las patologías mentales presentes en esta población son los trastornos de personalidad (TP), definidos por el DSM IV-TR (APA, 2000), como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto”. Estos patrones son relativos a percepción, sentimientos, relaciones, pensamiento y control de impulsos en un amplio rango de relaciones interpersonales y sociales que causan un deterioro funcional significativo y aflicción subjetiva.

En los últimos años, se ha trabajado mucho sobre cómo abordar los TP (Davidson, 2008; Gunderson y Gabbard, 2000; Millon, 1998; Rubio y Pérez, 2003), también se han realizado numerosos estudios sobre TP en poblaciones en tratamiento de adicciones (Fernández Montalvo, Landa, López Goñi y Lorea, 2006; Fernández Montalvo, López Goñi, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela, 2004; Navas y Muñoz, 2006; Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003). Así como posibles variables de tratamiento en la comunidad (Coldwell y Bender, 2007; Dixon, Weiden, Torres y Lehman, 1997). En este estudio se pretende analizar la presencia de trastornos de personalidad en personas sin hogar.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por personas sin hogar (N= 77) que realizaron en el centro un proceso de inserción. Los sujetos del estudio, fueron seleccionados entre 96 personas, pasaron por un proceso de inserción para personas sin hogar, en función de los siguientes criterios: a) cumplir el criterio de persona sin hogar; b) llevar más de dos meses en el centro; c) participación voluntaria en el estudio; y d) permanecer el tiempo necesario para completar el mismo.

### *Instrumentos*

*Entrevista de Valoración Inicial.* Al principio se realizó una entrevista individual estructurada para realizar el diagnóstico. En esta entrevista se recogían los datos más significativos: edad, estado civil, nivel de estudios, edad de inicio del transeuntismo, motivo del mismo, consumos de alcohol y otras sustancias, tratamientos psicológicos anteriores, etcétera.

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI II)* (Millon, 1997): el cuestionario consta de 175 preguntas, con estructura verdadero-falso, que se contesta en 25-30 minutos. El resultado nos da 10 escalas básicas de personalidad: esquizoide, fóbica o evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva,

pasivo-agresiva y autodestructiva; tres escalas de personalidad patológica: esquizotípica, límite y paranoide; seis síndromes clínicos de gravedad moderada: ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas; y tres síndromes clínicos de gravedad elevada: pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante.

### *Procedimiento*

Tras analizar distintos instrumentos de evaluación de la personalidad, se seleccionó el MCMI II: Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (Millon, 1997), por su facilidad y rapidez de aplicación, así como la posibilidad de obtener gran cantidad de información relevante sobre los sujetos. También se incluyó la entrevista de Valoración Inicial.

La entrevista sirvió para analizar el perfil previo de los usuarios, en la que se reflejaban datos principalmente sociodemográficos como la edad, estado civil, estudios realizados, etc. Todos los sujetos eran varones, mayores de 18 años y con un recorrido en el proceso lo suficientemente amplio como para poder recoger los datos y hacer una valoración objetiva de los mismos. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado de participación en el estudio.

El MCMI II fue aplicado y corregido por el psicólogo clínico del centro. En el estudio se ha considerado la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa-base (TB) del MCMI II es superior a 74. Además, en todos los casos se esperó un tiempo superior a dos meses de estancia en el centro, tiempo considerado esencial, para medir adherencia al tratamiento y conseguir sinceridad y fiabilidad en las entrevistas y pruebas administradas.

Para el análisis estadístico de los datos, se ha utilizado el programa estadístico SPSS, en su versión 15,0. Se realizó un análisis descriptivo (máximos, mínimos, medias y desviación estándar) para cada una de las variables. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación del 5% y se han considerado significativas las diferencias con un valor de  $p < 0.05$ . Se realizaron análisis de variables cruzadas y correlaciones a nivel bilateral.

## **RESULTADOS**

Las características sociodemográficas de la muestra, vienen descritas en la tabla 1. Como puede observarse, destaca el alto número de sujetos jóvenes sin hogar en un proceso de inserción, lo que indica un pronto comienzo en el fenómeno del transeuntismo; por otro lado, sorprende el bajo porcentaje de mayores de 50 años, tan sólo un 7,8%, que puede indicar el poco interés de personas de esta edad en procesos de inserción, sin duda por el deterioro sufrido en su estancia en la calle y el desencanto ante procesos anteriores (Cabrera, 1998). Respecto a su estado civil, aunque el 61% (N= 47) son solteros, esto no quiere decir que no hayan tenido pareja previa, incluso en alguna ocasión son padres de hijos no reconocidos o sin carga de manutención, así como un alto nivel de ruptura en las personas que han tenido pareja, un 36,4%. Estos datos son

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N= 77).

EDAD	N (%)
<30 años	19 (24,7%)
30-39 años	
40-49 años	
>50 años	
Media: 37,86	Rango: 22-52
ESTADO CIVIL	N (%)
Solteros	47 (61%)
Separados/divorciados	28 (36,4%)
Parejas de hecho	2 (2,6%)
ESCOLARIDAD	N (%)
Certificado escolar	28 (36,4%)
EGB	34 (44,2%)
FP	FP (10,4%)
BUP	BUP (7,8%)

coherentes con otros estudios (Cabrera, 1998; Muñoz, 2003). En cuanto a estudios realizados vemos el bajo nivel de escolarización, principalmente por comienzo de su incorporación al mercado laboral.

En cuanto a los resultados obtenidos (tabla 2) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII II) (Millon, 1997), se observa como los trastornos antisocial (35,1%, N= 27), dependiente (29,9%, N= 23), compulsivo (28,6%, N= 22) y narcisista (28,6%, N= 22) son los que obtuvieron puntuaciones más altas, considerando TB >74. Hay que

Tabla 2. Puntuaciones MCMII II (N= 77).

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica	% CASOS (TB> 74)
Esquizoide	3	117	58,18	26,246	24,7 %
Fóbico	2	103	48,26	28,988	20,8 %
Dependiente	0	108	54,38	31,559	29,9 %
Histriónico	5	100	52,56	24,158	19,5 %
Narcisista	0	109	57,23	26,255	28,6 %
Antisocial	0	121	65,60	28,739	35,1 %
Agresivo	0	120	55,25	29,033	24,4 %
Compulsivo	5	120	65,08	25,946	28,6 %
Pasivo	0	103	40,19	26,724	11,7 %
Autodestructivo	0	109	51,40	24,782	11,7 %
Esquizoide	5	117	54,79	25,467	18,2 %
Límite	0	112	44,29	27,547	10,4 %
Paranoide	8	118	62,57	23,160	22,1 %
Ansiedad	0	88	34,79	27,707	11,7 %
Histeriforme	0	114	34,62	27,147	7,8 %
Hipomanía	0	103	46,55	26,168	13,0 %
Distimia	11	107	32,03	28,937	13,0 %
Abuso alcohol	10	108	60,06	23,769	31,2 %
Abuso drogas	3	107	54,66	25,067	20,8 %
Pensamiento psicótico	0	107	52,19	24,382	14,3 %
Depresión	0	100	35,66	27,839	7,8 %
Trastorno delirante	12	110	63,86	22,863	27,3 %

señalar que hubo sujetos que en su prueba se reflejó que pueden tener una o más subescalas con puntuaciones altas.

También se analizó el número de trastornos de personalidad de cada sujeto se aprecia que había sujetos en tratamiento de inserción para personas sin hogar sin ningún trastorno de personalidad (19,50% de los casos, N= 15), con un trastorno de personalidad (23,40%, N= 18), con dos trastornos (18,20%; N= 14) y con tres o más trastornos de personalidad presentes (39%, N= 30).

El objetivo del estudio era analizar la relación de trastornos de personalidad y persona sin hogar. Se compararon los datos obtenidos con los del estudio realizado por Girolamo y Reich (1996), que aporta datos de población normal y en muestras clínicas (ver tabla 3). Tan sólo en las escalas de personalidad patológica, paranoide y límite, las puntuaciones de los sujetos del estudio están en valores de otras muestras clínicas, en la otra escala de personalidad patológica y en las 10 escalas básicas, las puntuaciones obtenidas son más altas que en otros estudios.

Por otra parte, analizamos la población de la muestra con presencia de trastorno de personalidad, según la puntuación obtenida en el MCMI II (TB >74), mostrando en la tabla 1 el porcentaje de la muestra con puntuaciones superiores. A las 10 escalas básicas de personalidad y tres de personalidad patológica, se añaden los resultados de la prueba sobre síndromes clínicos: los seis de gravedad moderada y los tres de gravedad severa, que nos proporciona información complementaria de la muestra. Los trastornos más presentes resultaron ser: antisocial: 35,1%, dependiente: 29,9%, narcisista: 28,6%, y compulsivo: 28,6%, y en el apartado de síndromes clínicos, dependencia del alcohol (31,20%) y trastorno delirante (27,30%) tienen alta prevalencia en el estudio.

Tabla 3. Tasas de prevalencia en función del tipo de trastorno de personalidad en el estudio actual y el de Girolano y Reich (1996).

Tipología	Trastornos de personalidad	Población sana*	Muestras clínicas*	Resultados del estudio
A. Raros y excéntricos	Paranoide	0,5-2,5%	10-30%	22,10%
	Esquizoide	0,5-4,5%	1,4-16%	24,70%
	Esquizotípico	3-5%	2-20%	18,20%
B. Inmaduros	Histriónico	2-3%	2-15%	19,50%
	Narcisista	<1%	2-16%	28,60%
	Antisocial	1-3%	3-30%	35,10%
	Límite	2-3%	10-40%	10,40%
C. Temerosos	Evitación	0,5-1%	10%	20,80%
	Dependiente	15%	2-22%	29,90%
	Compulsivo	1%	3-10%	28,60%

## DISCUSIÓN

El estudio se centró en los trastornos de personalidad presentes en las personas sin hogar. Los trastornos más frecuentes en la muestra están relacionados con las personalidades con problemas interpersonales (dependiente, narcisista y antisocial), junto

con uno perteneciente a las personalidades ambivalentes con conflictos (compulsivo), y las altas puntuaciones en dependencia del alcohol y trastorno delirante en los sujetos de la muestra resultan similares a los encontrados en anteriores estudios (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa y O'Neill, 2005; Bricolo, 2002; Fernández-Montalvo, 2003, 2004; Herrman, McGorry, Bennett, van Riel y Singh, 1989; Pedrero, 2003, 2006).

De acuerdo con los datos obtenidos en la investigación, el perfil tipo de una persona sin hogar sería una persona con más de un TP (media= 2,84), que preferentemente padece los trastornos pertenecientes al grupo de problemas interpersonales y ambivalentes en conflicto, con altos consumos de alcohol y trastornos delirantes. Analizado desde la tipología de Millon (1998), refleja una persona que busca la independencia no desde la propia autoconfianza, sino desde la desconfianza en los demás, con frecuentes fracasos en sus obligaciones, de comportamiento irresponsable y trasgresor, expresivamente arrogante e interpersonalmente explotador, sintiéndose por encima de las normas de convivencia, con graves escisiones internas de las que no pueden escapar, evitando las responsabilidades adultas y la autoafirmación, careciendo de competencias funcionales.

Se analizaron los TP más frecuentes en la muestra y se comparó si se encuentran en igual medida en población general y muestras clínicas, obteniendo que el trastorno con mayor presencia en la población del estudio (uno de cada tres sujetos) resultó ser el trastorno antisocial de personalidad (TAP), mientras en población normal se encuentra en un 3%, elevándose hasta el 75% en población carcelaria (Widinger, 1996). Además se concentró en la población más joven, no estando presente en sujetos mayores de 50 años del estudio, corroborando estudios como los realizados por Abram y Horowitz (1999) y Widiger (2002). Contrasta que junto con el TAP, se dio una gran prevalencia del trastorno dependiente de personalidad (TDP), dada la baja comorbilidad mostrada entre ambos (Millon, 1998), un 29,9% de los sujetos, elevando y multiplicando por tres los resultados de otros estudios anteriores, mientras se encuentra en un 3% de la población clínica y en un 10% de la población general (Rubio, 2003). Además, que todos los sujetos sean varones hizo todavía este dato más amplio. En el estudio se obtuvo que un 28,6% (N= 22) de los sujetos de estudio puede considerarse como trastorno narcisista de personalidad (TNP), elevando cuantitativamente datos de los estudios anteriores. Esto puede explicarse porque en el narcisismo patológico, la autoestima está trastornada, lo que contribuye a una autoestima frágil (Ronningstam, Gunderson y Lyons, 1995), factor que se da en las personas sin hogar, además de pensamientos automáticos negativos (Beck y Freeman, 1995). La prevalencia del trastorno narcisista de personalidad, lo sitúa en una tasa en población general del 1%, llegando a un 22% en población clínica adulta, ambas lejanas de los resultados del estudio (Zimmerman, 1990).

Por otra parte, la alta comorbilidad de los trastornos antisocial y narcisista, que comparten algunas de sus características, se explica desde su propio concepto de personalidades independientes, identificándose por su inclinación a centrarse en sí mismos como fuente primaria para satisfacer sus necesidades (Millon, 1969). Así mismo, en la muestra se encontró dentro de los síndromes clínicos, alta prevalencia de dependencia del alcohol con TP antisocial. Pero dónde se encontró una mayor correlación fue entre trastorno narcisista y trastorno delirante, sobre todo en la población mayor de 50 años

presente en la muestra, esto podría indicar un deterioro en la evolución de las personas sin hogar, relacionado con la edad (Abram, 1999; Herrman, 1989).

Como principal conclusión, se observó en el estudio una alta prevalencia de TP, muy por encima de los datos epidemiológicos encontrados en población general (DSM IV-TR, 2000), correspondiéndose con anteriores estudios realizados con poblaciones de características similares (Folsom, 2005; Herrman, 1989) y en estudios con poblaciones con consumos de alcohol y/o drogas exclusivamente (Fernández Montalvo, 2004, 2006; Navas, 2006; Pedrero, 2003). Hay investigaciones que relacionan como la existencia de trastorno de personalidad determina la tasa de abandonos de tratamiento, concluyendo en sus estudios que padecer más de un tipo de trastorno de personalidad resulta un factor de complicación del caso y de peor pronóstico (López Goñi, Fernández Montalvo, Illescas, Landa y Lorea, 2008; Fernández Montalvo, 2004; Pedrero, 2006).

Como debilidades del estudio, señalar que, aunque la multiplicidad diagnóstica es un fenómeno iatrogénico ligado a todos los trastornos de la personalidad y un signo evidente de la dificultad para clasificar a estos pacientes (Pailhez y Palomo, 2007) y el uso en el ámbito clínico del MCMI II está muy extendido, está considerada una prueba de autoinforme (Aparicio y Sánchez, 1999) y parece presentar una tendencia al sobrediagnóstico, frente a pruebas como el IPDE (Loranger, 1995), dando un alto índice de comorbilidad entre trastornos de personalidad (Fernández Montalvo, Landa, López Goñi y Lorea, 2006), lo que puede determinar los resultados encontrados en el estudio.

Con todo, esto no debe limitar la utilidad del MCMI II para determinar la posible presencia de trastornos de personalidad, sino que puede servir para planificar objetivos terapéuticos y tratamientos en función de las características de personalidad de la persona y conseguir una disminución en el coste del tratamiento, así como aumentar la efectividad del mismo (Rosenheck, 2000) y contemplar nuevas direcciones terapéuticas hacia el trabajo con los trastornos de personalidad (Parker y Barrett, 2000).

En cualquier caso, los resultados de este estudio muestran que las personas sin hogar examinadas presentan una mayor sintomatología psicopatológica que la encontrada en población general. Ello implica la necesidad de tener en cuenta la comorbilidad entre trastornos de personalidad en personas sin hogar, tanto en el tratamiento, como en el desarrollo de programas específicos de intervención. Por otra parte, el tamaño de la muestra de personas sin hogar, aunque relevante desde el punto de vista clínico, es relativamente pequeño desde una perspectiva estadística. Por ello, se requiere un mayor número de estudios semejantes con el objetivo de poder identificar el perfil específico de trastornos de personalidad en personas sin hogar.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed. Revisada). Barcelona: Masson
- Aparicio ME y Sánchez MP (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario Millon de estilos de personalidad. *Anales de Psicología*, 15, 191-211.

- Ball S, Cobb-Richardson P, Connolly A, Bujosa C y O'Neill T (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371-379.
- Beck A y Freeman A (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bricolo F, Gomma M, Bertani M y Serpelloni G (2002). Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. *Adicciones*, 14, 491-496.
- Cabrera PJ (1998). *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Cabrera P (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española.
- Cabrera P, Malgesini G y López JA (2003). *Un techo y un futuro: buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. Barcelona: Icaria.
- Coldwell C y Bender W (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399.
- Davidson K (2008). Cognitive-behavioural therapy for personality disorders. *Psychiatry*, 7, 117-120.
- Dixon L, Weiden P, Torres M y Lehman A (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1302 - 1304.
- Echeburúa E y Corral P (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25, 585-614.
- Feinstein A (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- Fernández Montalvo J y Landa N (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 14, 27-41.
- Fernández Montalvo J, Landa N y López Goñi JJ y Lorea I (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI II. *Addictive Behaviors*, 31, 1442-1448.
- Fernández Montalvo J, López Goñi JJ, Landa N, Illescas C, Lorea I y Zarzuela A (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 271-283.
- Folsom D, Hawthorne W, Lindamer L, Gilmer T, Bailey A, Golshan S, García P, Unützer J, Hough R y Jeste D (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 162, 370 - 376.
- Gunderson J, y Gabbard G (2000). *Psychotherapy of personality disorders*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Herrman H, McGorry P, Bennett P, van Riel R y Singh B (1989). Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1179-1184.
- Landa N, Fernández Montalvo J, López-Goñi JL y Lorea I (2005). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio con el IPDE. *Psicología Conductual*, 13, 275-287.
- López Goñi JJ, Fernández Montalvo J, Illescas C, Landa N y Lorea E (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10, 104-111.
- Loranger AW (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: OMS.
- Millon T (1969). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los*

*disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.

- Millon T (1997). *MCMI II: Inventario Clínico multiaxial de Millon. Manual* (2ª Ed. Revisada). Madrid: TEA.
- Millon T (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Navas E y Muñoz JJ (2006) Características de personalidad en drogodependencias. *Revista Chilena de Psicología Clínica, 1*, 51-61.
- Pailhez G y Palomo A (2007). Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de personalidad. *Psiquiatría Biológica, 14*, 92-97.
- Parker G y Barrett E (2000). Personality and personality disorder: Current issues and directions. *Psychological Medicine, 30*, 1-9.
- Pascual JC, Malagón A, Arcega JM, Ginés JM, Navinés R, Gurrea A, García Ribera C y Bulbena A (2008). Utilization of psychiatric emergency services by homeless persons in Spain. *General Hospital Psychiatric, 30*, 14-19.
- Pedrero E, Puerta C, Lagares A y Sáez A (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos, 5*, 241-255.
- Pedrero E (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad.: Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones, 2*, 135-148.
- Ronningstam E, Gunderson J y Lyons M (1995). Changes of pathological narcissism. *American Journal of Psychiatry, 152*, 253-257.
- Rosenheck R (2000). Cost-Effectiveness of Services for Mentally ill Homeless People: The Application of Research to Policy and Practice. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1563 - 1570.
- Rubio V y Pérez A (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier.
- Twenge JM, Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ y Bartels JM (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 56-66.
- Vázquez JJ, Vázquez C y Muñoz M (2003). *Los límites de la Exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Témpora.
- Widiger T y Seidlitz L (2002). Personality, psychopathology, and aging. *Journal of Research in Personality, 36*, 335-362.
- Zimmerman M y Coryell W (1990). Diagnosing personality disorders in the community. *Archives General of Psychiatry, 47*, 145-149.

Recibido, 8 febrero, 2007  
Aceptado, 18 febrero, 2008