

Motivo de abandono de proceso en personas sin hogar: trastornos de personalidad vs problemas psicosociales

Carlos Salavera Bordás

Diplomado en Trabajo Social, profesor Universidad de Zaragoza

Resumen

Las personas sin hogar protagonizan un alto índice de abandonos en los procesos terapéuticos que establecen. El motivo de abandono no siempre es conocido, en esta investigación se aborda si viene mediado por los trastornos de personalidad o son los problemas psicosociales los que llevan un mayor peso. Los resultados muestran como los trastornos del eje IV (psicosociales) resultan más determinantes en el abandono de procesos. Como principal conclusión se establece la necesidad de tratamientos de corte más psicosocial que aborden la problemática individual de las personas sin hogar.

Palabras Claves

Ejes. Tratamiento, Abandono, Persona 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, Gines, Navinés, Gurrea *et al.*, 2008). Además, se asocian a una baja calidad de vida y altas tasas de enfermedad física y psíquica (Folsom, Hawthorne, Lindamer, Gilmer, Bailey, Golshan *et al.*, 2005). Sufren un evidente deterioro mental fruto de su estancia en la calle (Cabrera, 2000; Muñoz y Vázquez, 2003; Pascual *et al.*, 2008; Salavera, Puyuelo y Orejudo, 2009) y se consideran 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). En ocasiones coexisten uno o varios de estos trastornos (Salavera, Puyuelo, Tricás y Lucha, 2010). A esto hay que añadir los graves trastornos psicosociales que sufren, previos incluso a su llegada a la calle (Salavera, 2009).

En los últimos años, se ha trabajado mucho sobre cómo abordar los TP (Davidson, 2008; Gunderson y Gabbard, 2000; Millon, 1998; Quiroga y Errasti, 2001; Rubio y Pérez, 2003), también se han realizado numerosos estudios sobre TP en poblaciones en tratamiento de adicciones (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela, 2004; Navas y Muñoz, 2006; Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003). Los tratamientos para los trastornos psicosociales quedan más reducidos, basándose en las posibles variables de tratamiento en la comunidad (Coldwell y Bender, 2007; Dixon, Weiden, Torres y Lehman, 1997).

En este estudio se pretende ver qué factores (psicosociales o trastornos de personalidad) tienen más peso en el abandono de tratamiento en las personas sin hogar.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por personas sin hogar (N=89) que realizaron en el centro un proceso de inserción. Los 89 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.

Medidas de evaluación

- 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, relaciones familiares, consumos de alcohol y sustancias y tratamiento psicológico anterior.
- 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; 3 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.

- Entrevista de Valoración trastornos Eje IV del DSM-IV-TR. Se realizó una entrevista individual estructurada para el diagnóstico de la problemática y los trastornos psicosociales del eje IV. En esta entrevista se recogían los datos sobre los distintos factores del mismo: problemas con la familia de origen o creada, problemas escolares, laborales, de vivienda, económicos, de salud o legales.

Procedimiento

El estudio se realizó por medio de entrevistas de dos psicólogos clínicos, que realizaron la entrevista de Valoración Inicial. Para medir los trastornos del eje II del DSM-IV-TR, tras analizar distintos instrumentos de evaluación de la personalidad, se seleccionó el MCMI II: Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (Millon, 1998), por su facilidad y rapidez de aplicación, así como la posibilidad de obtener gran cantidad de información relevante sobre los sujetos. Por último, para la valoración de la problemática existente en el eje IV del DSM-IV-TR (trastornos psicosociales), se realizó una entrevista diagnóstica complementaria, en la que se analizaron los problemas presentes en dicho eje (familia de origen, familia creada, escolares, laborales, vivienda, económicos, de salud y legales).

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. Además firmaron un consentimiento informado de participación en el estudio.

Tanto las entrevistas como el MCMI II fueron aplicados y corregidos por los dos psicólogos clínicos. 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 utilizó 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%. Se realizaron análisis de variables cruzadas y correlaciones a nivel bilateral.

Resultados

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Características sociodemográficas (N=89)

EDAD	N	%
Media	37,86	
Rango	(22-52)	
<30 años	19	(21,3%)
30-39 años	32	(36%)
40-49 años	31	(34,8%)
>50 años	7	(7,9%)
ESTADO CIVIL		
Solteros	54	(60,7%)
Separados/divorciados	32	(36%)
Parejas de hecho	3	(3,3%)
ESCOLARIDAD		
Certificado escolaridad	31	(35,2%)
EGB	42	(47,2%)
FP	10	(11,2%)
BUP	5	(5,6%)

En este apartado (tabla 1), destaca el alto número de sujetos jóvenes sin hogar en un proceso de inserción, casi una de cada cuatro personas es menor de 30 años, 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 7,9%, 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; Salavera *et al*, 2009). Respecto a su estado civil, aunque el 60,7% (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, aunque destaca el bajo nivel de personas con pareja durante su estancia en el centro, tan sólo un 3,3% y alto nivel de ruptura en las personas que han tenido pareja, un 36%. Pero por encima de todos los datos, sobresale el número de personas que no han establecido una relación estable con su pareja. Estos datos son 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.

VARIABLES EJE II

En cuanto a los resultados obtenidos (tabla 2) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI 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 señalar que hubo sujetos que en su prueba se reflejó que pueden tener una o más subescalas con puntuaciones altas.

Tabla 2. Puntuaciones MCMI II (N=89)

	Mínimo	Máximo	Media	D.S.	F	Signif.	% TB>74
Esquizoide	0	117	59,98	26,543	3,925	,051	24 (27%)
Fóbico	2	103	50,82	29,466	1,772	,187	22 (24,7%)
Dependiente	0	108	55,93	29,523	6,670	,011	25 (28,1%)
Histriónico	5	100	51,66	24,518	1,039	,311	18 (20,2%)
Narcisista	0	109	56,61	24,982	,608	,438	24 (27%)
Antisocial	0	121	65,84	28,324	2,893	,093	34 (38,2%)
Agresivo	0	120	54,64	28,161	,828	,365	19 (21,3%)
Compulsivo	5	120	65,82	26,168	1,268	,263	29 (32,6%)
Pasivo	0	103	41,93	27,971	1,632	,205	13 (14,6%)
Autodestructivo	0	109	52,28	25,259	,090	,765	12 (13,5%)
Esquizoide	5	117	55,70	25,988	2,112	,150	18 (20,2%)
Límite	0	112	45,48	27,667	1,462	,230	11 (12,4%)
Paranoide	8	118	62,43	22,869	,061	,805	19 (21,3%)

También se analizó el número de trastornos de personalidad de cada sujeto (figura 1), se aprecia que había sujetos en tratamiento de inserción para personas sin hogar sin ningún trastorno de personalidad (19,5% de los casos, N=15), con un trastorno de personalidad (23,4%, N=18), con dos trastornos (18,2%; N=14) y con tres o más trastornos de personalidad presentes (39%; N=30).

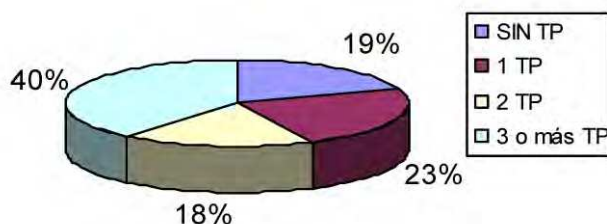


Figura 1: N° Trastornos de Personalidad presentes por sujeto

Variables eje IV

Se realizó una entrevista para diagnosticar los distintos trastornos presentes en el eje IV (DSM-IV-TR) en cada participante. Se evaluó por parte de los dos psicólogos clínicos, por separado, buscando la fiabilidad interjueces (tabla 3).

Tabla 3. Trastornos psicosociales (eje IV) presentes en los sujetos del estudio.

	Presentan problemas	F	Sig.
Problemas familia origen	73 (82%)	5,623	,020
Problemas familia creada	38 (42,7%)	,229	,633
Problemática escolar	31 (35,2%)	,420	,519
Problemas laborales	36 (40,4%)	16,643	,000
Problemas de vivienda	89 (100%)	.	.
Problemas económicos	89 (100%)	.	.
Problemas de salud	33 (37,1%)	1,569	,214
Detenido	48 (53,9%)	,275	,601

Por último, se analizó el peso que ambos ejes (II y IV) tuvieron sobre el grado de abandono de los procesos. En los participantes en el estudio, 33 personas abandonaron (37,08%), mientras completaron el proceso un total de 56 (62,92%). En la tabla 4, se muestran los trastornos mostrados por los sujetos, así como los porcentajes que suponen sobre abandonos e inserciones.

Tabla 4. Abandonos según eje II y IV (N=33)

	Trastornos mostrados sobre los abandonos	Abandonos sobre el total de la muestra
Esquizoide	12 (36,36%)	12 (13,48%)
Fóbico	10 (30,30%)	10 (11,23%)
Dependiente	4 (12,12%)	4 (4,49%)
Histriónico	8 (24,24%)	8 (8,98%)
Narcisista	11 (33,33%)	11 (12,35%)
Antisocial	16 (48,48%)	16 (17,97%)
Agresivo	7 (21,21%)	7 (7,86%)
Compulsivo	10 (30,30%)	10 (11,23%)
Pasivo	7 (21,21%)	7 (7,86%)
Autodestructivo	6 (18,18%)	6 (6,74%)
Esquizoide	9 (10,11%)	9 (10,11%)
Límite	7 (21,21%)	7 (7,86%)
Paranoide	10 (30,30%)	10 (11,23%)
Familia origen	10 (30,30%)	10 (11,23%)
Familia creada	20 (60,60%)	20 (11,23%)
Escolar	13 (39,39%)	13 (14,60%)
Laborales	22 (66,66%)	22 (24,71%)
Vivienda	33 (100%)	33 (100%)
Económicos	33 (100%)	33 (100%)
Salud	15 (45,45%)	15 (16,85%)
Detenido	19 (57,57%)	19 (21,34%)

Discusión y conclusiones

El estudio se centró en buscar la causa de abandono de proceso, intentando valorar si eran los trastornos de personalidad o los problemas psicosociales presentes en las personas sin hogar, los que determinaban éste.

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 ($X=2,84$), que presenta problemas psicosociales en su mayoría, siendo vivienda y económicos los que afectan a la totalidad de la muestra, pero con graves problemas del eje IV. En cuanto al eje II, preferentemente padece los trastornos pertenecientes al grupo de problemas interpersonales y ambivalentes en conflicto.

Los trastornos más presentes resultaron ser: antisocial: 38,2%; compulsivo: 32,6%; dependiente: 28,1%; narcisista y esquizoide: 27,0%, con porcentajes similares a los encontrados en anteriores estudios (Bricolo, 2002; Fernández-Montalvo *et al.*, 2004).

Como era de esperar, los trastornos más presentes en la muestra estaban relacionados con las personalidades con problemas interpersonales (Dependiente, Narcisista y Antiso-

cial), junto con uno perteneciente a las personalidades ambivalentes con conflictos (Compulsivo). Esto explicaría la correlación entre estos tipos de TP y los problemas psicosociales como determinantes del abandono. Esto 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 y de comportamiento irresponsable y trasgresor (TAP), expresivamente arrogante e interpersonalmente explotador, sintiéndose por encima de las normas de convivencia (TNP), con graves escisiones internas de las que no pueden escapar (TCP), evitando las responsabilidades adultas y la autoafirmación, careciendo de competencias funcionales (TDP).

En cuanto a los trastornos del eje IV, se comprobó que todos los sujetos mostraban dificultades de vivienda y económicas, características de las personas sin hogar. Además, la problemática laboral, las dificultades con la familia creada o los procesos legales de la persona, tienen un importante impacto en el abandono de estas personas en sus procesos, incluso mayor que los propios trastornos de personalidad (eje II).

De acuerdo con los datos obtenidos en la investigación, el perfil tipo de una persona sin hogar que abandona el proceso, sería una persona con un nivel de base en sus TP alto (con uno o más TP), con amplia problemática psicosocial y con consumos de alcohol y sustancias estables a lo largo de su vida como PSH.

Este hecho es coherente con las investigaciones que relacionan como la existencia de trastorno de personalidad determina la tasa de abandonos de tratamiento (Fernández-Montalvo *et al.*, 2004). Se puede hablar en la muestra de sujetos con más de un tipo de trastorno de personalidad como factor de complicación del caso y de peor pronóstico cuando presentan comorbilidad entre los ejes II y IV.

Los resultados de este estudio muestran que las personas sin hogar examinadas presentan una mayor sintomatología psicopatológica, tanto en el eje II como en el eje IV, que la encontrada en población general, determinando el abandono de los procesos. Ello implica la necesidad de tener en cuenta la comorbilidad entre ambos trastornos 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: Ed. Masson.
- Ball, J., Kearney, B., Wilhelm, K., Dewhurst-Savellis, J. & Barton, B. (2000). Cognitive behaviour therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 71-85.
- Ball, S., & Young, J. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results, *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, (3), 270-281.
- Bateman, A.W. & Tyrer, P. (2004). Services for personality disorder: organization for inclusion, *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 425-433.

- Bateman, A.W. & Tyrer, P. (2004). Psychological treatment for personality disorder, *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 378-388.
- Cabrera, P. J. (1998). *Huéspedes del Aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Cabrera, P. J. (2000). *La Acción Social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas.
- Cabrera, P.J., Malgesini, G. & López, J.A. (2003). *Un techo y un futuro: buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. Barcelona: Icaria.
- Caton, C.L., Shrout, P.E., Eagle, P.F., Opler, L.A., Felix, A. & Dominguez, B. (1994a). Risk-factors for homelessness among schizophrenic men – a case control study, *American Journal of Public Health*, 84, (2), 265-270.
- Caton, C.L., Shrout, P.E., Eagle, P.F., Opler, L.A. & Felix, A. (1994b). Correlates of codisorders in homeless and never homeless indigent schizophrenic men, *Psychological Medicine*, 24, (3), 681-688.
- Clare, S., Rees, C.S., Anderson, R.A. & Egan, S.J. (2006). Applying the five-factor model of personality to the exploration of the construct of risk-taking in obsessive-compulsive disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 31-42.
- Combaluzier, S., Gouvernet, B. & Bernoussi, A. (2009). Impact des troubles de la personnalité dans un échantillon de 212 toxicomanes sans domicile fixe, *L'Encéphale*, 35, 448-453.
- Combaluzier, S. & Pardinielli, J.L. (2003). Étude de l'impact des troubles mentaux sur les difficultés de réinsertion sociale, *Annales Médico-psychologiques*, 161, 31-37.
- Conolly, A.J., Cobb-Richardson, P. & Ball, S.A. (2008). Personality disorders in homeless drop-in centre clients, *Journal of Personality Disorders*, 22, (6), 573-588.
- Craig, M. (2001). Personality disorders, *Medical Clinics of North America*, 85, (3), 819-837.
- Craig, M., Coldwell, C.M. & Bender, W.S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399.
- Crawford, M.J. (2008). Services for people with personality disorder, *Psychiatry*, 7, (3), 124-128.
- Cuadrado, P. (2003). Mejora de la calidad de vida en pacientes con baja adherencia al tratamiento. Intervenciones en dependientes del alcohol “sin hogar”, *Adicciones*, 15, (4), 321-330.
- Davidson, K.M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for personality disorders, *Psychiatry*, 7, (3), 117-120.
- Dixon, L., Weiden, P., Torres, M. & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1302 - 1304.
- Domínguez, A.L., Miranda, M.D., Pedrero, E.J., Pérez, M. and Puerta, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes, *Trastornos Adictivos*, 10, (2), 112-120.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los

- trastornos de la personalidad. *Análisis and Modificación de conducta*, 25, 585-614.
- Fagin, L. (2004a). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders, *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 93-99.
- Fagin, L. (2004b). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 2: Less-common personality disorders, *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 100-106.
- Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Landa, N., Illescas, C., Lorea. I. and 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, (2), 271-283.
- Folsom, D. F., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., García, P., Unützer, J., Hough, R. & Jeste, D.V. (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.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2006). Clinical diagnosis and SCID-II assessment of DSM III-R personality disorders, *European Journal of Psychological Assessment*, 22, (2), 104-108.
- Gunderson, J.G. & Gabbard, G.O. (Coords.) (2000). *Psychotherapy of personality disorders*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Hawkins, R.L. & Abrams, C. (2007). Disappearing acts: The social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders, *Social Science & Medicine*, 65, 2031-2042.
- Hayes, C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies, *Behavior Therapy*, 35, (4), 639-665.
- Hayward, M. & Moran, P. (2008). Comorbidity of personality disorders and mental illnesses, *Psychiatry*, 7, (3), 102-104.
- Herrman, H., McGorry, P., Bennett, P., van Riel, R. & Singh, B. (1989). Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1179-1184.
- Iresting, R., Burnström, K., Wessel, M. & Linöe, N. (2010). How are homeless people treated in the healthcare system and other societal institutions? Study of their experiences and trust, *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, (3), 225-231.
- Kogel. P. & Burnam, A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles, *Archives General of Psychiatry*, 45, 1011-1018.
- Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*, Barcelona: Masson-Elsevier.
- Leary, M.R., Twenge, J.M. & Quinlivan, E. (2006). Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression, *Personality and Social Psychology Review*, 10, (2), 111-132.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona:

Masson.

- Millon, T. (1999). *MCMI-II: Inventario Clínico multiaxial de Millon. Manual (2ª ed. Revisada)*. Madrid: TEA.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna, 2ª edición*. Barcelona: Masson.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Muñoz, M., Vázquez, J.J., Panadero, S. & Vázquez, C. (2003). Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3, (2), 100-116.
- Navas, E. & Muñoz, J.J. (2006) Características de personalidad en drogodependencias, *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1, 51-61.
- Nigg, J.T., Silk, K.R., Stavro, G. & Miller, T. (2005). Disinhibition and borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1129-1149.
- Nordahl, H.M. & Stiles, T.C. (2000). The specificity of cognitive personality dimensions in Cluster C. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 235-246.
- North, C.S., Thompson, S.J., Pollio, D.E., Ricci, D.A. & Smith, E.M. (1997). A diagnostic comparison of homeless and nonhomeless patients in an urban mental health clinic, *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 32, 236-240.
- Norton, K. (1996). Management of difficult personality disorder patients, *Advances in Psychiatric Treatment*, 2, 202-210.
- O'Connell, M.J., Kaspro, W. & Rosenheck, R.A. (2008). Rates and risk factors for homelessness after successful housing in a sample of formerly homeless veterans, *Psychiatric Services*, 59, (3), 268-275.
- O'Donnell, C. & Cook, J.M. (2006). Cognitive-Behavioral Therapies for Psychological Trauma and Comorbid Substance Use Disorders, *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, (2), 15-39.
- Othmer, E. & Othmer, S.C. (2003). *DSM-IV-TR: La entrevista clínica. Tomo 2: El paciente difícil*, Barcelona: Masson-Elsevier.
- Pascual, J.C., Malagón, A., Arcega, J.M., Gines, J.M., Navinés, R., Gurrea, A., García-Ribera, C. & Bulbena, A. (2008). Utilization of psychiatric emergency services by homeless persons in Spain, *General Hospital Psychiatry*, 30, (1), 14-19.
- Pedrero, E.J. (2009). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento, *Adicciones: revista de sociodrogalcohol*, 21, (1), 29-38.
- Quiroga, E. & Errasti, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13 (3), 393-406.
- Rico, P., Vega, L. & Aranguren, L. (1994). Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIV, (51), 633-649.
- Rubio, V. & Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Ed. Elsevier.

- Salavera, C. (2009). Personality disorders in homeless people, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, (2), 275-283.
- Salavera, C., Puyuelo, M. & Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar, *Anales de Psicología*, 25, (1), 261-265.
- Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J.M. & Lucha, O. (2010). Comorbilidad de trastornos de personalidad: Estudio en personas sin hogar, *Universitas Psychologica*, 9, (2) 457-467.
- Scott, J. (1993). Homelessness and mental illness, *British Journal of Psychiatry*, 162, 314-324.
- Solliday-McRoy, C., Campbell, T., Melchert, T., Young, T. & Cisler, R. (2004). Neuropsychological functioning of homeless men, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, (7), 471-478.
- Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P. & Hollenberg, J. (2000). Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the course-of-homelessness study, *Psychiatric Services*, 51, (9), 1135-1141.
- Thiesen, H. & Hesse, M. (2010). Biological markers of problem drinking in homeless patients, *Addictive Behaviors*, 35, (3), 260-262.
- Twenge, J.M., Baumeister, R.F., DeWall, C.N., Ciarocco, N.J. & Bartels, J.M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 56-66.
- Tyrer, P. (1995). The Problem of severity in the classification of personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 19, (3), 309-315.
- Vazire, S. & Funder, M.C. (2006). Impulsivity and the self-defeating behavior of narcissists, *Personality and Social Psychology Review*, 10, (2), 154-165.
- Vázquez, J.J., Vázquez, C. & 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.
- Votta, E. & Manion, I.G. (2003). Factors in the psychological adjustment of homeless adolescent males: the role of coping style, *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 42, (7), 778-785.
- Weltzer, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.
- Wolff, N., Helminiak, T.W., Morse, G. A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D. & Trusty, M.L. (1997). Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 341-348.