

# Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar

## Comorbidity in Personality Disorders: Study in Homeless People

Recibido: agosto 9 de 2009 | Revisado: noviembre 12 de 2009 | Aceptado: diciembre 14 de 2009

CARLOS SALAVERA \*  
MIGUEL PUYUELO \*\*  
JOSÉ M. TRICÁS \*\*\*  
OROSIA LUCHA

Universidad de Zaragoza, España

### RESUMEN

En este estudio se lleva a cabo una investigación sobre comorbilidad en los trastornos de personalidad en personas sin hogar. El objetivo del estudio era analizar si existe comorbilidad entre trastornos. Para ello, se lleva a cabo un estudio ex post facto, de carácter transversal, con una muestra de 91 pacientes, que cumplimentaron una entrevista semiestructurada y el MCMI II, en el transcurso de su tratamiento. Los resultados muestran como en un 40,66% de la muestra, coexisten 2 o más trastornos de personalidad al mismo tiempo, con una media de 2,06 TP por persona. Además, los trastornos de personalidad del grupo B: antisocial, límite, histriónico y narcisista, son los que presentan un mayor índice de comorbilidad. Por el contrario, trastornos de personalidad del grupo C: obsesivo-compulsivo, por evitación o por dependencia, a pesar de tener mayor presencia, apenas presentan comorbilidad con otros. Por último, se comentan la implicación que tiene este estudio en la práctica clínica y líneas futuras de investigación.

### Palabras clave autores

Comorbilidad, trastorno de personalidad, persona sin hogar, MCMI II, tratamiento.

### Palabras clave descriptores

Comorbilidad, trastorno de personalidad antisocial, personas sin hogar.

### ABSTRACT

An investigation on comorbilidad in the personality upsets in homeless people takes effect in this study. The objective of the study was to examine if the comorbilidad among upsets exists. For it, a study takes effect ex post facto, of transverse character, with 91 patients's sign, that a semi-structured interview and the MCMI paid a courteous visit to II, in the course of his treatment. The results evidence like in a 40.66% of sign, coexist 2 or more personality upsets simultaneously, with 2.06 TP's sock apiece. Besides, the personality upsets of the group B: Antisocial, limit, little histrion and narcissist, music they who that they show comorbidity's bigger index. On the contrary, personality upsets of the group C: The obsessed person compelled by a compulsion, for avoidance or for dependence, in spite of having principal witnesses, almost they show comorbilidad with others. Finally, they comment the implication that has this study at the practical clinic and future fact-finding lines.

### Key words authors

Comorbidity, Personality Disorder, Homeless, MCMI II, Treatment.

### Key words plus

Comorbidity, Personality Disorder, Homeless, Antisocial Personality Disorder, Homeless Persons.

Para citar este artículo. Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J.M., & Lucha, O. (2010). Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 471-481.

\* Correspondencia: Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza. San Juan Bosco, 7. 50009 Zaragoza (España). Correo electrónico: salavera@unizar.es

\*\* Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación (Universidad de Zaragoza), c/Valentín Cardenera, 4 22003 Huesca, España. Correo electrónico: miguel@miguelpuyuelo.com

\*\*\* Escuela de Ciencias de la Salud, c/Domingo Miral, s/n 50009 Zaragoza, España. Correo electrónico: jmtricas@unizar.es ; orolucha@unizar.es

Los trastornos de personalidad (TP) son definidos como un “patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos” (American Psychiatric Association, 2000). “Además tienen unas características básicas: a) está profundamente enraizado y es de naturaleza inflexible, b) es desadaptativo, especialmente en contextos interpersonales, c) es relativamente estable a lo largo del tiempo, d) deteriora de forma significativa la capacidad de la persona para funcionar y e) produce malestar en el entorno de la persona” (Caballo, 2004).

Por estos motivos, y por la dificultad de su abordaje (Millon, 1998), los profesionales de la salud mental se refieren a ellos, como el gran reto del siglo XXI (Gunderson & Gabbard, 2000); a esto hay que añadir los pobres resultados farmacológicos y la gran tasa de abandono de tratamiento de las personas con esta patología (Fernández Montalvo, López Goñi, Landa, Illescas, Lorea & Zarzuela, 2004).

Las terapias utilizadas para estos trastornos de personalidad, difícilmente entran en lo que se denomina Guías Clínicas, como tratamientos eficaces o probablemente eficaces (Bados, García & Fusté, 2002; Quiroga & Errasti, 2001). Los resultados se limitan, en muchas ocasiones, a terapias probablemente eficaces en alguno de los trastornos, la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993a, 1993b) en el trastorno límite de la personalidad; la terapia cognitiva (Beck & Freeman, 1995); o las técnicas de conducta clásica, cuentan con avales empíricos (Quiroga & Errasti, 2001). En otros casos, se habla de muchos y diversos tratamientos para los trastornos de personalidad (Caballo, 2004; Gunderson & Gabbard, 2000), como los Estudios de caso: un único caso o unos pocos en los que se prueban nuevas variables de tratamiento, como el protagonizado por Kush (1995) sobre comportamientos suicidas tratados con técnicas de extinción.

En últimas fechas, se han realizado estudios sobre patología mental (Hayward & Moran, 2007; Instituto Nacional de Estadística, 2004), sobre

trastornos de personalidad en población general (Echeburúa & Corral, 1999) o en personas con tratamiento de adicciones (Fernández-Montalvo & Landa, 2003; Navas & Muñoz, 2006; Pedrero, 2006; Rubio & Pérez, 2003). Pero la presencia de estos trastornos en personas sin hogar (PSH), es algo que si bien se venía observando, no se ha estudiado y objetivado hasta estos últimos años, con investigaciones que revelan que la prevalencia de estos trastornos en esta población, es alta (Cabrera, 2000; Cabrera, Malgesini & López, 2003; Coldwell & Bender, 2007; Dixon, Weiden, Torres & Lehman, 1997; Folsom et al., 2005; Herrman, McGorry, Bennett, Van Riel & Singh, 1989; Muñoz & Vázquez, 2003; Wolf, Helminiak, Morse, Calsyn, Klinkenberg & Trusty, 1997).

En numerosos estudios, se habla de comorbilidad (Feinstein, 1970), que no es sino la coexistencia con otras patologías, que dificultan el tratamiento y la resolución óptima de estos casos (Echeburúa & Corral, 1999; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi & Lorea, 2005, 2006; Pedrero, Puerta, Lagares & Sáez, 2003).

En el tema de comorbilidad entre trastornos de personalidad, tenemos que tener en cuenta dos circunstancias: 1) La comorbilidad para TP, se ve mucho más fomentada por el DSM-IV, que por el CIE-10, que tiende a favorecer un diagnóstico único (Bernardo & Roca, 1998); y, 2) Dolan, Evan y Norton (1995) afirman que un diagnóstico múltiple de TP, tiene dos implicaciones de cara a la investigación: a) el número de diagnósticos por sujeto nos da idea de la gravedad de la alteración en dicho sujeto; b) complica la interpretación de estos estudios.

En este estudio se pretende analizar la existencia comorbilidad entre el fenómeno de persona sin hogar y la presencia de trastorno de personalidad, señalando la existencia de uno o más trastornos de este tipo en la misma persona, cosa que empeoraría su pronóstico. Para ello, se emplea el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon, 1997), instrumento utilizado con frecuencia en estudios similares (Fernández-Montalvo et al., 2004; Pedrero, 2006).

## Método

### Participantes

La muestra está compuesta por personas sin hogar ( $N=91$ ), todos ellos varones, con edades entre los 22 y 52 años ( $X=37,86$ ), que realizaron en el centro un proceso de inserción. Los 91 sujetos del estudio, fueron seleccionados entre 114 personas, que pasaron por un proceso de inserción para personas sin hogar en la Escuela-Granja-Taller Torre Virreina de Zaragoza, 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. Se realizó una entrevista individual estructurada para realizar el diagnóstico. En esta entrevista se recogieron los datos más significativos: edad, estado civil, nivel de estudios, edad de inicio del transeuntismo, motivo del mismo, consumos de alcohol y sustancias, tratamiento psicológico anterior, etc.
- 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; tres síndromes clínicos de gravedad elevada: pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante y cuatro escalas de fiabilidad y validez: validez, sinceridad, deseabilidad y alteración.

### Procedimiento

Los datos recogidos en el presente estudio se han obtenido mediante entrevistas protocolizadas individuales con personas sin hogar en un proceso de inserción y el MCMI II. 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. Una puntuación  $TB > 74$  indica sospecha de presencia de un trastorno y una  $TB > 84$  indica sospecha de presencia y severidad de dicho trastorno. 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 84, de acuerdo con los criterios más conservadores de Wetzler (1990). 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.

### Tratamiento estadístico

Para el análisis estadístico de los datos, se ha utilizado el programa estadístico SPSS, en su versión 13.0. 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

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las diferentes variables estudiadas:

### Variables sociodemográficas

Las características sociodemográficas, vienen descritas en la Tabla 1. Como se observa, la edad media de los sujetos que del estudio es de 37,86 años, con un rango de edad entre los 22 y los 52 años. No

hay mujeres al ser un centro exclusivamente para hombres. Un 59,3% están solteros, aunque hayan tenido pareja previa y, además, un 37,4% están separados o divorciados.

**TABLA 1**  
Características sociodemográficas (N=91)

Variables	N	%
<b>Edad</b>		
Media	37,86	
Rango	(22-52)	
<30 años	19	(20,9 %)
30-39 años	33	(36,3%)
40-49 años	32	(35,2%)
>50 años	7	(7,7%)
<b>Estado civil</b>		
Casados	3	(3,3%)
Solteros	54	(59,3%)
Separados/divorciados	34	(37,4%)

Fuente: elaboración propia.

### *Variables relacionadas con su historia previa*

En cuanto a la edad en la que comenzó su transeuntismo, antes de los 20 años lo hicieron el 38,5%, entre los 20 y 29 años un 33%, un 26,4% lo hicieron entre los 30 y los 39 años, y sólo un 2,2% (2 casos) comenzaron después de los cuarenta. Las principales causas que les llevaron a la calle son por porcentajes, las adicciones (27,5%), problemas con la familia de origen (26,4%), divorcio (14,3%) y laboral, problemas psicológicos y otras causas en menor medida.

**TABLA 3**  
Características trastornos de personalidad (N=91)

Trastornos de personalidad	Rango	Media	Desviación estándar (DT)	Porcentaje Casos (TB>84)
Esquizoide	(0-117)	59,41	26,585	18,7 %
Fóbico	(2-103)	50,82	29,150	13,2 %

**TABLA 2**  
Características transeuntismo (N=91)

Edad inicio transeuntismo	N	%
<20 años	35	(38,5%)
20-29 años	30	(33,0%)
30-39 años	24	(26,4%)
>40 años	2	(2,2%)
<b>Motivo inicio transeuntismo</b>		
Divorcio	13	(14,3%)
Problemas familia origen	24	(26,4%)
Laboral	11	(12,1%)
Adicciones	25	(27,5%)
Problemas psicológicos	9	(9,9%)
Otros	9	(9,9%)

Fuente: elaboración propia.

### *Variables de personalidad*

Los resultados obtenidos de la administración del MCMI II, muestran que el número de personas con una puntuación significativa (TB>84) es de 58, lo que supone un 63,74% de la muestra, con uno o más trastornos de personalidad; además, en 37 personas (40,66% de la muestra) coexisten 2 o más trastornos de personalidad al mismo tiempo, con una media de 2,06 TP por persona.

Desde una perspectiva categorial, los trastornos más prevalentes son el antisocial (26,4%), compulsivo (22,0%), dependiente (19,8%) y esquizoide (18,7%). Desde una perspectiva cuantitativa, las puntuaciones más altas se obtuvieron en antisocial ( $X=65,71$ ,  $DT: 28,023$ ), compulsivo ( $X=65,05$ ,  $DT: 26,384$ ) y paranoide ( $X=62,10$ ,  $DT: 22,730$ ).

Trastornos de personalidad	Rango	Media	Desviación estándar (DT)	Porcentaje Casos (TB>84)
Dependiente	(0-108)	55,04	30,216	19,8 %
Histriónico	(5-100)	51,48	24,334	7,7 %
Narcisista	(0-109)	56,42	24,739	8,8 %
Antisocial	(0-121)	65,71	28,023	26,4 %
Agresivo	(0-120)	54,62	27,875	14,3 %
Compulsivo	(5-120)	65,05	26,384	22,0 %
Pasivo-agresivo	(0-103)	42,41	27,853	8,8 %
Autodestructivo	(0-109)	52,36	24,986	8,8 %
Esquizotípico	(5-117)	55,53	25,738	15,4 %
Límite	(0-112)	46,31	27,984	9,9 %
Paranoide	(8-118)	62,10	22,730	13,2 %
Sinceridad	(147-576)	84,47	85,519	
Deseabilidad	(0-92)	60,32	26,061	
Alteración	(0-93)	49,56	24,462	

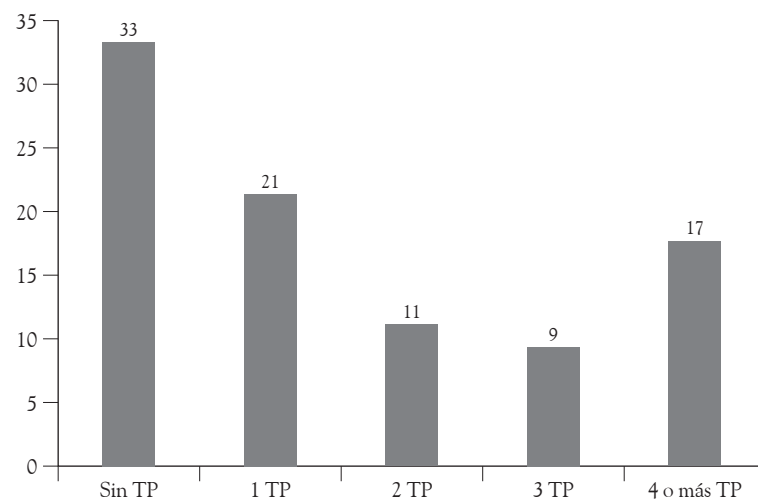
Fuente: elaboración propia.

Hay que señalar que hubo sujetos que en su prueba se reflejó que pueden tener una o más sub-escalas con puntuaciones altas.

En el análisis de los cuestionarios, hay sujetos que no presentan ningún trastorno, en concreto un 36,26% ( $N=33$ ); otros que presentan uno, un 23% ( $N=21$ ); otros con dos trastornos de per-

FIGURA 1

Trastornos de personalidad presentes por sujeto, con una puntuación TB superior a 84 en las escalas básicas de personalidad y en las escalas de personalidad patológica.



Fuente: elaboración propia.

sonalidad, el 12,08% (N=11); sujetos con tres TP, un 9,89% (N= 9); y por último, con cuatro o más trastornos de personalidad, se encontraron el 18,68% (N=17). Como vemos en un 59,34% no existe correlación entre diferentes trastornos de personalidad. Es en el 40,66% restante dónde están presentes 2 o más de estos TP. En este último grupo es dónde se centrará el presente estudio.

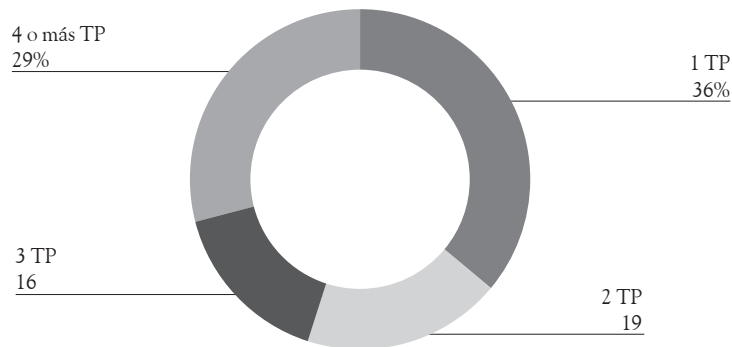
Se compararon los datos con otros estudios como el reflejado por Echeburúa y Corral (1999) que aportan datos de población normal y en muestras

clínicas (Tabla 4). Recordar que se determinó usar los criterios más conservadores de Wetzler (1990). Tan solo 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.

Los trastornos más presentes resultaron ser, aunque variaron porcentajes, similares a los encontrados en anteriores estudios (Bricolo, Gomma,

**FIGURA 2**

Distribución en porcentajes de trastornos de personalidad presentes por sujeto



Fuente: elaboración propia.

**TABLA 4**

Comparativa de los datos obtenidos con el estudio de Echeburúa y Corral (1999)

Trastornos de personalidad	Población normal*	Muestras clínicas*	Estudio
T. paranoide	0,5% - 2,5%	10%-30%	13,2 %
T. esquizoide	0,5%-4,5%	1,4%-16%	18,7 %
T. esquizotípico	3%-5%	2%-20%	15,4 %
T. histriónico	2%-3%	2%-15%	7,7 %
T. narcisista	<1 %	2%-16%	8,8 %
T. antisocial	1%-3%	3%-30%	26,4 %
T. límite	2%-3%	10%-40%	9,9 %
T. por evitación	0,5%-1%	10%	13,2 %
T. por dependencia	15%	2%-22%	19,8 %
T. obsesivo-compulsivo	1 %	3%-10%	22,0 %

\*Fuente: Echeburúa y Corral (1999)

Bertani & Serpelloni, 2002; Fernández-Montalvo et al., 2003, 2004): antisocial: 35,1%; dependiente: 29,9%; narcisista: 28,6%; y compulsivo: 28,6%.

En la Tabla 5, se observa la comorbilidad entre los trastornos de personalidad presentes en las personas sin hogar que participaron en el estudio. Para buscar la correlación, se analizó el índice de correlación de Pearson, cuando  $p < 0.01$ . Se puede apreciar como hay trastornos como el agresivo que correlaciona con otros cinco TP: fóbico (0,398), narcisista (0,398), antisocial (0,623), pasivo (0,563) y autodestructivo (0,468), mientras otros como el dependiente o el compulsivo no correlacionan con ningún otro. Solamente si buscamos que  $p < 0.05$ , el trastorno dependiente correlacionará con otros como antisocial (0,242), agresivo (0,226) o pasivo (0,237).

## Discusión y conclusiones

En el estudio, se observó una alta presencia de trastornos de personalidad en las personas sin hogar (63,74%), con un 40,66% presentando comorbilidad (dos o más trastornos a la vez) muy por encima de los datos epidemiológicos encontrados en población general (American Psychiatric Association, 2000; Instituto Nacional de Estadística, 2004), resultado esperado por ser las personas sin hogar, una subpoblación de alto riesgo. En concreto se obtienen altas prevalencias de los trastornos antisocial (26,4%), compulsivo (22%), dependiente (19,8%) y esquizoide (18,7%). Este hallazgo es consistente con el papel jugado por la carencia de habilidades sociales en el desarrollo y mantenimiento del transeuntismo por un lado (Cabrera, 1998); y los consumos de alcohol por

**TABLA 5**  
Correlación entre trastornos de personalidad

	Esqui- zoi- de	Fóbi- ca	Depen- diente	His- trió- nica	Nar- cisis- ta	Anti- social	Agre- sivo	Com- pulsi- vo	Pasi- vo	Auto- destruc- tivo	Esquizo- típico	Lími- te	Para- noide
Esquizoide		**		**						*	**		
Fóbica	**			**		**			**	**	**	**	*
Dependiente				**		**	**	**		**			
Histriónica	**	**	**		**	**	**						**
Narcisista				**		**	**		**	*		**	**
Antisocial		**	**	**	**		**	*	**	**	**	**	**
Agresivo			**	**	**	**			**	**	**	**	**
Compulsivo			**			*							*
Pasivo		**			**	**	**			**	**	**	**
Autodestruc- tivo	*	**	**		*	**	**		**		**	**	**
Esquizotípico	**	**				**	**		**	**		**	**
Límite		**			**	**	**		**	**	**		**
Paranoide		*		**	**	**	**	*	**	**	**	**	

\* Correlación es significativa a nivel  $p < 0.05$

\*\* Correlación es significativa a nivel  $p < 0.01$ .

Fuente: elaboración propia.

otro (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa & O'Neill, 2005).

También se encontró que trastornos como antisocial, agresivo, autodestructivo y paranoide, presentan altos niveles de comorbilidad con otros. Esto no sorprende en el caso del TP antisocial, que se encuentra en el 26.4% de los sujetos del estudio; por frecuencia, es más que probable que sea el que alcance una mayor correlación. Más sorprendente es el caso del TP autodestructivo, que sólo se encuentra presente en el 8.8% de los sujetos, alcanzando un alto nivel de correlaciones con los demás TP. En el lado contrario, encontramos que TP como esquizoide, dependiente o compulsivo, apenas correlacionan con otros. Es otro dato significativo, dado que el TP compulsivo se encuentra en el 22.0% de la muestra, es decir uno de cada cinco sujetos presenta puntuaciones que indican patología en esta escala de personalidad. A pesar de ello, apenas correlaciona con TP dependiente y con TP antisocial y paranoide ( $p < 0.05$ ).

Algo parecido sucede con TP dependiente presente en un 19,8% y TP esquizoide en un 18,7% de la población del estudio, que coincide con la literatura revisada para la investigación. Esto lleva a pensar que hay un tipo de personalidad propia de las personas sin hogar participantes en el estudio, consecuencia de su experiencia propia, pero también de los acontecimientos vividos en su estancia en la calle, que les hace distintos de la población general y que aporta datos similares a otros estudios, (Oldham, Skodol & Kellman 1992; Zimmerman & Coryell, 1990), con particularidades como que el par con mayor correlación sea antisocial con agresivo (16,9 % de los casos con TP), pero con similitudes como encontrar los pares narcisista con antisocial; histriónico con agresivo; y evitativo con esquizotípico, como los que presenta una mayor comorbilidad.

Los datos se corresponden con estudios anteriores en poblaciones con características similares (Fernández-Montalvo et al., 2003, 2004; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi & Lorea, 2006; Navas & Muñoz, 2006; Pedrero, 2006; Pedrero et al., 2003).

Esto incrementa que se concentre en determinadas personas la coexistencia de dos o más trastornos de personalidad; si una tercera parte de las personas padecen TP compulsivo y éste no coexiste con ningún otro, será en las dos terceras partes restantes dónde tengamos esta correlación entre TP. La coexistencia de dos o más trastornos de personalidad en la misma persona, dificulta su proceso, empeorando su pronóstico (Dolan, Evan & Norton, 1995).

Revisando la literatura existente al respecto de comorbilidad de trastornos de personalidad, encontramos que los TP por evitación y límite son los más comórbidos, según el DSM-IV, seguidos de TP histriónico y narcisista. Mientras TP dependiente y esquizoide se diagnosticaban solos (Zimmerman & Coryell, 1990).

Así mismo en el análisis por pares, aquellos que correlacionan son: narcisista con antisocial; histriónico con pasivo-agresivo; por evitación con esquizotípico y por dependencia y límite con histriónico. Además, se ha comprobado que el número de TP correlaciona con la severidad de la psicopatología y el deterioro del funcionamiento. (Oldham et al., 1992).

Como principal conclusión, si se atiende a las puntuaciones obtenidas en el MCMI II y la clasificación de los trastornos de personalidad (TP) que realiza el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales: DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), se observa que en el caso de personas sin hogar, los TP del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista), también llamados “teatrales, volubles o impulsivos”, son los que un mayor número de correlaciones presentan con el resto de TP. Por contra, los TP del grupo C (obsesivo-compulsivo, por evitación o por dependencia), calificados como “ansiosos o temerosos”, apenas correlacionan o coexisten con otros TP. En un plano intermedio tenemos los TP del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), denominados “extraños o excéntricos”.

Estos indicadores sugieren que, para la muestra estudiada, parece que existe una personalidad propia de las personas sin hogar (Cabrera, 2000), tal vez previa, tal vez forjada y modelada en su



estancia en la calle, tal vez una combinación de ambas, incrementada por su propia situación social (Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco & Bartels, 2007). Iniciar estudios en torno a personalidad premórbida en personas sin hogar, puede ser un campo interesante para su abordaje. Otra línea de investigación es abordar la comorbilidad entre trastornos de personalidad, que dificulta el trabajo en la recuperación de estas personas y dificulta su pronóstico. Los tratamientos tienen que ir encaminados hacia nuevas líneas de trabajo, contemplando tanto aspectos individuales (Dixon et al., 1997), como grupales (Ball, Kearney, Wilhelm, Dewhurst-Savellis & Barton, 2000; Davidson, 2008).

Además, señalar que aunque el MCMI II es una prueba de amplio uso en el ámbito clínico y su uso está muy extendido, está considerada una prueba de autoinforme (Aparicio & Sánchez, 1999), por lo que parece necesario recurrir, en investigaciones futuras, a otras pruebas que solventen estas circunstancias (Rubio & Pérez, 2003), como el IPDE (Loranger, 1995) entrevista clínica específica de los trastornos de personalidad.

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 & Palomo, 2007), el MCMI II parece presentar una tendencia al sobre-diagnóstico frente a pruebas como el IPDE, dando un alto índice de comorbilidad entre trastornos de personalidad (Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi & 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 (López & Becoña, 2006) 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 & 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, M. E. & Sánchez, M. P. (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario Millon de Estilos de Personalidad. *Anales de Psicología*, 15, 191-211.
- Bados, A., García, E. & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 479-504.
- 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., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C. & 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. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bernardo, M. & Roca, M. (1998). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.
- Bricolo, F., Gomma, M., Bertani, M. & Serpelloni, G. (2002). Prevalencia de trastornos de personalidad

- en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. *Adicciones*, 14, 491-496.
- Caballo, V. (2004). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabrera, P. J. (1998). *Huéspedes del Aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Cabrera, P. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española.
- Cabrera, P., Malgesini, G. & López, J. A. (2003). *Un techo y un futuro: buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. Barcelona: Icaria.
- Coldwell, C. & 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. & Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1302-1304.
- Dolan, B., Evans, C. & Norton, K. (1995). Multiple Axis II Diagnosis of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 166, 107-112.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25, 585-614.
- España, Instituto Nacional de Estadística (2004). Encuesta sobre las personas sin hogar. Madrid: Autor.
- Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- Fernández-Montalvo, J. & Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 14, 27-41.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N. & López Goñi, J. J. (2005). Prevalencia del juego patológico en el alcoholismo: un estudio exploratorio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 125-133.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López Goñi, J. J. & 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, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. & 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. et al. (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. & Gabbard, G. (Coords.). (2000). *Psychotherapy of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hayward, M. & Moran, P. (2007). Comorbidity of personality disorders and mental illnesses. *Psychiatry*, 7, 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.
- Kush, F. R. (1995). Individualized behavior therapy programs applied to borderline personality disorder: A primer for clinicians. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25, 35-47.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. L. & Lorea, I. (2005). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio con el IPDE. *Psicología Conductual*, 13, 275-287.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. L. & Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 253-269.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder* (Paidós, 2003, Trad.). New York: Guilford Press.

- López, A. & Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.
- Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Millon, T. (1997). *MCMII 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. & Muñoz, J. J. (2006) Características de personalidad en drogodependencias. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1, 51-61.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E. & Kellman, H. D. (1992). Diagnosis of DSM III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-220.
- Parker, G. & Barrett, E. (2000). Personality and personality disorder: Current issues and directions. *Psychological Medicine*, 30, 1-9.
- Pailhez, G. & Palomo, A. (2007). Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 14, 92-97.
- Pedrero, E., Puerta, C., Lagares, A. & 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.
- Quiroga, E. & Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- 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. & Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier.
- 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.
- 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.
- 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.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community. *Archives General of Psychiatry*, 47, 145-149.

