

Natalia Calvo^{1,2}
Naia Sáez-Francàs^{1,2}
Sergi Valero¹
José Alegre³
Miguel Casas^{1,2}

Trastornos de personalidad comórbidos en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica: un marcador de gravedad psicopatológica

*El primer y el segundo autor han contribuido de igual manera en este artículo

¹Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. CIBERSAM. Universitat Autònoma de Barcelona

²Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona

³Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Departamento de Medicina Interna. Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción. Este estudio se diseñó para evaluar la presencia Trastornos de Personalidad (TP) en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) y determinar la severidad psicopatológica asociada.

Método. Se evaluaron 132 pacientes con SFC mediante la SCID-I, el Cuestionario de Personalidad PDQ-4+, la Escala de Significación Clínica, y la Escala de Impacto de Fatiga. También se administraron el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Hostilidad Buss-Durkee y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

Resultados. El 48,5% de los pacientes presentaban TP, siendo los más frecuentes el Obsesivo-Compulsivo y el trastorno por Evitación. Pacientes con TP tenían más síntomas depresivos. Irritabilidad, resentimiento, suspicacia y culpa eran los síntomas más relacionados con la puntuación total del PDQ-4+.

Conclusiones. Según nuestros resultados, los TP pueden ser frecuentes en pacientes con SFC. Esta comorbilidad está asociada con un perfil clínico complejo, secundario a síntomas psiquiátricos más graves.

Palabras clave: Trastornos de personalidad, Psicopatología, Síndrome Fatiga Crónica

Actas Esp Psiquiatr 2015;43(2):58-65

Comorbid personality disorders in Chronic Fatigue Syndrome patients: a marker of psychopathological severity

Introduction. This study was designed to evaluate the presence of personality disorders (PDs) in Chronic Fatigue Syndrome (CFS) patients and to determine their influence on the severity of the associated psychopathology.

Methods. 132 CFS patients were assessed using SCID-I, Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) with its Clinical Significance Scale, and Fatigue Impact Scale. The Beck Depression Inventory, Buss-Durkee Hostility Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory were also administered.

Results. 48.5% patients presented PDs, being the most frequent the Obsessive-Compulsive and Avoidant ones. Patients with PDs had more depressive symptoms. Irritability, resentment, suspicion and guilt were the symptoms related with PDQ-4+ total score.

Conclusions. According to these results, PDs may be frequent in CFS patients. This comorbidity is associated with a complex clinical profile, secondary to more severe psychiatric symptoms.

Keywords: Personality disorders, Psychopathology, Chronic Fatigue Syndrome

Correspondencia:

Natalia Calvo
Departamento de Psiquiatría. Hospital Vall d'Hebrón.
Universitat Autònoma Barcelona
Passeig Vall D'Hebron 119-129
08035 Barcelona (Spain)
Tel.: +34 934894295
Fax: +34 934894587
Correo electrónico: nacalvo@vhebron.net

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una enfermedad de causa desconocida con un impacto importante en la salud pública.¹ Los pacientes con SFC manifiestan diversos síntomas, siendo la fatiga crónica incapacitante el principal. Varios estudios diferentes han propuesto factores etiológicos diversos, pero se desconoce su exacta fisiopatología, ya que la investigación no ha sido capaz de encontrar evidencias científicas convincentes.²

Una línea de investigación ha propuesto factores psiquiátricos y psicológicos influyentes en el desarrollo y el pronóstico del SFC. Siguiendo esta tendencia, algunos estudios que se han centrado en las características de personalidad previas de los pacientes con SFC han sugerido que una personalidad previa desadaptativa podría ser un factor de riesgo para el desarrollo del SFC (factor predisponente) y una condición que contribuye a su morbilidad psiquiátrica (factor de mantenimiento y de prognosis).³⁻⁶ Sin embargo, esta relación aún no ha sido comprendida en su totalidad.

Aunque algunos estudios han evaluado diferentes características de personalidad en pacientes con SFC, sólo un pequeño número de ellos han examinado la presencia de trastornos de personalidad (TP) teniendo en cuenta la perspectiva categorial y usando instrumentos de medida objetivos basados en la clasificación DSM.³⁻⁷ En esta línea, Nater et al.³ y Ciccone et al.⁴ usaron el autoinforme Cuestionario de Personalidad PDQ-4+ (*Personality Diagnostic Questionnaire-4+*) para medir el eje II según el DSM-IV; mientras que Johnson et al.⁶ usaron la versión previa de este instrumento. Henderson y Tannock⁵ emplearon la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID-II, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Diagnosis*) y Courjaret et al.⁷ el cuestionario ADP-IV (*Assessment of DSM Personality Disorders IV*). Estos estudios han informado de una prevalencia general de TP en SFC en un rango que oscila del 12% hasta casi el 40%.⁴⁻⁷ En cuanto a los tipos de TP, cuatro estudios encontraron que el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC) era el más común.^{3-5,7} Sin embargo, en un estudio previo, se describió que los TP histriónico (23%) y límite (17%) eran los más comunes en el SFC.⁶ Estos resultados concuerdan con las conclusiones de los estudios previos de Pepper et al. en los que los TP dependiente (11%), histriónico (13%) y obsesivo compulsivo (16%) eran los que con más frecuencia estaban presentes en pacientes con SFC.⁸ Aunque todos estos estudios indican que los TP son relativamente prevalentes en los pacientes con SFC, ninguno ha encontrado evidencia suficiente para establecer un tipo específico de personalidad.

Los TP pueden contribuir a la gravedad del SFC por medio de un perfil psicopatológico complejo asociado.⁴ Sin embargo, los estudios publicados que evalúan la relación entre la presencia de TP y la psicopatología comórbida en pacientes SFC son limitados.³ Estudios previos realizados en centros

de atención primaria y terciaria, encontraron altas tasas de trastornos psiquiátricos concurrentes y de por vida en los pacientes con SFC, siendo los más frecuentes, los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad.^{9,10} En esta línea, Nater et al.⁹ demostraron que casi el 60% de las personas con SFC, cumplía criterios para al menos un diagnóstico psiquiátrico concurrente y casi un 90% había tenido al menos una condición psiquiátrica a lo largo de su vida.⁹ Además, se ha sugerido que alrededor de una tercera parte de los pacientes con SFC se deprimió en el momento del diagnóstico.^{11,12} Ninguno de los estudios que han evaluado los síntomas psicopatológicos en el SFC ha tenido en cuenta la influencia de los TP, dejando un vacío en la literatura sobre el efecto de esta variable en el perfil psicopatológico de los pacientes con SFC.

Sobre la base de estos antecedentes empíricos, nuestra hipótesis fue que los pacientes con SFC con TP premórbido, exhibirían síntomas psicopatológicos más graves en el momento de la evaluación que los pacientes con SFC sin TP. Para comprobar esta hipótesis, se propusieron dos objetivos: (1) investigar la presencia de TP en una muestra de pacientes adultos con SFC por medio de instrumentos validados y estandarizados y (2) comparar las diferencias en síntomas psiquiátricos, en especial en ansiedad, depresión y hostilidad, en pacientes con SFC con y sin TP.

MÉTODO

Participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal observacional, que incluía 132 pacientes remitidos al Departamento de Medicina Interna de la Hospital Universitario de Barcelona. El diagnóstico de SFC se estableció de acuerdo a los criterios del *Centre for Disease Control* (CDC).¹ Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, tener un diagnóstico de SFC según los criterios del CDC, completar la evaluación clínica y firmar el consentimiento informado para la participación. Los criterios de exclusión fueron la presencia de trastornos somáticos inestables y problemas de aprendizaje. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigación del hospital. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado para su participación.

La muestra inicial estaba compuesta de 138 pacientes; pero se excluyeron 6 pacientes por abandono, dejando el tamaño de la muestra final en 132 pacientes. Un total de 121 (91,7%) pacientes de la muestra final eran mujeres, la media de edad de los participantes en el momento de la evaluación fue de 47,7 años ($DS=9,10$). En cuanto a la educación y el empleo, 85 (64,4%) tenían estudios hasta el nivel español de primaria y sólo 36 (27,3%) tenían un empleo en el momento del estudio. Por último, en términos de estado civil, 98 (74,2%) estaban casados o vivían en pareja.

Procedimiento

Previamente a la evaluación psiquiátrica, los pacientes fueron sometidos a una historia clínica exhaustiva y a un amplio examen médico, llevados a cabo por médicos con experiencia en SFC en el Departamento de Medicina Interna. Para excluir otras causas de la fatiga, se llevaron a cabo, según el protocolo diagnóstico, una analítica de parámetros generales, un análisis urinario y serológico.¹³ Tras la verificación del diagnóstico de SFC, los pacientes fueron derivados al Departamento de Psiquiatría, para realizar una evaluación completa.

Tras un *screening* inicial, se llevó a cabo la evaluación psicopatológica en 4 sesiones por parte de un psiquiatra y un psicólogo clínico, que entrevistaron al paciente, recogiendo los datos sociodemográficos y clínicos, llevaron a cabo una evaluación psicopatológica, aplicando la Entrevista Diagnóstica Estructurada para el DSM IV (SCID-I, *Structured Clinical Interview for DSM IV*)¹⁴ y administraron los cuestionarios.

Instrumentos

El *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+)¹⁵ es un autoinforme de 99-ítems, de respuestas verdadero / falso, diseñado para medir los 10 TP incluidos en el eje II del DSM-IV. La puntuación total del PDQ proporciona un índice de la alteración general de la personalidad y se calcula mediante la suma de todas las respuestas patológicas (una puntuación total ≥ 30 indica que es probable que la persona que responde tenga una alteración de la personalidad). La Escala Clínica de Significación es una entrevista breve estructurada, que se aplica a continuación de la sección de autoinforme y es usada para confirmar o no el diagnóstico de cada TP individualmente, según los criterios del DSM-IV. La versión española del PDQ-4+ ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas.¹⁶ La ansiedad fue evaluada mediante la versión española del Inventario de Ansiedad-Rango-Estado (STAI, *State-Trait Anxiety Inventory*)¹⁷. El STAI mide la Ansiedad-Estado (estado de ansiedad temporal y transitorio que resulta del estrés) y la Ansiedad-Rasgo (predisposición duradera y permanente a reaccionar con ansiedad en situaciones estresantes). La depresión se evaluó mediante la versión española del Inventario de Depresión de Beck (BDI, *Beck Depression Inventory*).¹⁸ Para medir la hostilidad, se aplicó la versión en español del Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI, *Buss-Durkee Hostility Inventory*).¹⁹ La escala incluye 5 subescalas diseñadas para medir la agresividad: violencia, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo y agresividad verbal. Las subescalas que componen la dimensión de hostilidad son: resentimiento y suspicacia. Una escala adicional es la culpa. Puntuaciones totales ≥ 27 indican elevada agresividad/hostilidad o culpabilidad. La gravedad de la fatiga se evaluó mediante la versión española de la Escala de Impacto de Fatiga (FIS, *Fatigue Impact Scale*).²⁰

A mayores puntuaciones (rango 0-160), mayor discapacidad funcional.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con la versión 17.0 del programa SPSS. El análisis de datos se realizó en dos pasos; análisis bivariado y multivariado. En el análisis bivariado se evaluaron las asociaciones entre distintas variables y la presencia de TP. Las diferencias inter-grupo para variables cuantitativas se midieron con la prueba Test-*t*, con un intervalo de confianza (IC) del 95% para la diferencia de medias. Se determinó el tamaño del efecto de las medidas (*d* de Cohen) en relación a la diferencia entre pacientes con y sin TP. La prueba chi-cuadrado (χ^2) o de Fisher se usó para medir las diferencias en las variables categoriales, determinando los *odds ratio* (OR) y un IC del 95%. Con objeto de reducir la presencia de efectos de posibles falsos positivos se llevaron cabo las correcciones de Bonferroni.

RESULTADOS

Sesenta y cuatro pacientes (48,5%) presentaban un diagnóstico de TP según el autoinforme PDQ-4+ y la Escala de Significancia Clínica. La puntuación total del PDQ-4+ comparando pacientes con y sin TP fue de 31,5 (*DS*=11,12) y 19,1 (*DS*=12,93), respectivamente ($t=5,94$; $p<0,001$; IC: 8,77 a 17,11). No se encontraron diferencias entre los pacientes SFC con y sin TP en ninguna de las características demográficas (Tabla 1).

Ambos grupos de pacientes tenían una edad similar en el momento de la aparición del SFC [TP: 33,6 (*DS*=10,45), no TP: 37,1 (*DS*=10,34); $t=-1,93$; $p=0,06$] y en el diagnóstico de SFC [TP: 41,9 (*DS*=8,40), no TP: 42,5 (*DS*=8,58); $t=-0,39$; $p=0,70$]. El impacto de la fatiga, fue también similar con respecto a las puntuaciones del FIS [TP: 131,2 (*DS*=20,61), no TP: 130,1 (*DS*=21,39); $t=-0,29$; $p=0,77$].

La media de número de TP, incluidos aquellos sin ningún TP, fue de 1,59 (*DS*=0,97, rango: 1-5). De los 64 pacientes que cumplían los criterios de algún TP, 23 (35,9%) tenían más de uno. Los TP más frecuentes fueron los del Cluster C, siendo el más prevalente el obsesivo compulsivo seguido del de evitación y el depresivo (Tabla 2).

En cuanto a la presencia de algún trastorno pasado del Eje I del DSM-IV (SCID I), el diagnóstico más frecuente de la muestra total fueron los trastornos del estado de ánimo (57,6%) y los de ansiedad (36,4%). Los pacientes con SFC con algún TP previo tenían más episodios depresivos previos recurrentes y trastorno obsesivo compulsivo; sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 3).

Tabla 1	Características demográficas			
	TP (n=64)	No TP (n=68)	χ^2	p
Edad, años, media (DS)	47,48 (8,86)	47,90 (9,38)	-0,26	0,80
Mujeres, n (%)	58 (90,63)	63 (92,65)	0,42	0,68
Nivel educativo				
Primaria o menos, n (%)	19 (29,69)	28 (41,18)	1,37	0,17
Secundaria, n (%)	29 (45,31)	31 (45,59)	0,03	0,97
Superior (universidad), n (%)	16 (25,00)	9 (13,24)	1,72	0,09
Ocupación				
Empleado, n (%)	19 (29,69)	17 (25,00)	0,60	0,55
Desempleado, n (%)	4 (6,25)	5 (7,35)	0,07	0,80
Ama de casa/estudiante, n (%)	41 (64,06)	45 (66,18)	0,06	0,80
Estado Civil				
Soltero, n (%)	5 (7,81)	10 (14,71)	1,24	0,21
Casado o en pareja, n (%)	51 (79,69)	47 (69,12)	1,38	0,17

Tabla 2	Prevalencia de TP y datos descriptivos del PDQ-4+ y de la Escala de Significación Clínica					
	Pacientes con TP n (%)	Número de criterios del PDQ4+ en pacientes con TP Media (DS)	Número de criterios del PDQ4+ en pacientes sin TP Media (DS)	t	p	Cohen's d
CLUSTER A:	5 (3,78)	-	-	-	-	-
Paranoide	5 (3,78)	2,25 (1,75)	1,16 (1,39)	3,95	<0,001	0,69
Esquizoide	0 (0,00)	2,69 (1,67)	1,72 (1,44)	3,56	0,001	0,62
Esquizotípico	0 (0,00)	2,88 (1,77)	1,74 (1,79)	3,68	<0,001	0,64
CLUSTER B:	6 (4,55)	-	-	-	-	-
Histriónico	2 (1,52)	1,97 (1,46)	1,32 (0,98)	3,00	0,003	0,52
Narcisista	1 (0,76)	1,69 (1,30)	0,94 (1,13)	3,53	0,001	0,62
Límite	4 (3,03)	2,59 (1,73)	1,63 (1,74)	3,18	0,002	0,55
Antisocial	0 (0,00)	0,58 (0,87)	0,34 (0,56)	1,87	0,06	0,33
CLUSTER C:	40 (30,30)	-	-	-	-	-
Evitativo	23 (17,42)	3,61 (1,77)	1,93 (1,75)	5,50	<0,001	0,95
Dependiente	2 (1,52)	1,86 (1,94)	1,15 (1,51)	2,36	0,02	0,41
Obsesivo-compulsivo	43 (32,60)	4,52 (1,45)	2,54 (1,56)	7,52	<0,001	1,31
APÉNDICE:	22 (16,67)	-	-	-	-	-
Negativista	2 (1,52)	1,98 (1,27)	1,49 (1,40)	2,13	0,04	0,37
Depresivo	20 (15,15)	4,42 (1,78)	2,87 (2,06)	4,63	<0,001	0,81

La tabla 3 presenta las puntuaciones de las distintas escalas psiquiátricas de autoinforme. El grupo de pacientes con TP presentaba síntomas psiquiátricos más graves que el grupo sin TP. Más concretamente, los pacientes SFC-TP tuvieron puntuaciones medias significativamente más altas que los SFC-

noTP en la puntuación total del BDHI y en cinco de sus subescalas: dos escalas de agresividad (irritabilidad y negativismo), dos de hostilidad (resentimiento y suspicacia) y en la de culpa. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas para el cuestionario BDI, STAI-Rasgo y STAI- Estado.

Tabla 3 Comparación del perfil psicopatológico entre pacientes SFC con y sin TP

Trastornos psiquiátricos previos	TP (n=64)	No TP (n=68)	χ^2	p	OR	95% IC
Trastorno depresivo (episodio único), n (%)	10 (15,63)	19 (27,94)	1,70	0,09	0,48	0,20 a 1,13
Trastorno depresivo (más de un episodio), n (%)	19 (29,69)	10 (14,71)	2,07	0,04	2,45	1,04 a 5,78
Distimia, n (%)	20 (31,25)	13 (19,12)	1,60	0,11	1,92	0,86 a 4,29
Ataques de pánico, n (%)	8 (12,50)	8 (11,76)	0,13	0,90	1,07	0,38 a 3,05
Trastorno ansiedad generalizada, n (%)	15 (23,44)	13 (19,12)	0,60	0,55	1,30	0,56 a 2,99
Trastorno obsesivo compulsivo, n (%)	12 (18,75)	4 (5,88)	2,26	0,02	3,69	1,12 a 12,13
Trastorno de estrés postraumático, n (%)	6 (9,38)	5 (7,35)	0,42	0,68	1,30	0,38 a 4,50
Perfil psicopatológico	TP (n=64)	No TP (n=68)	t	p	d Cohen	95% IC
STAI-Estado, media (DS)	33,11 (13,95)	31,09 (14,78)	0,81	0,42	0,14	-2,94 a 6,97
STAI-Rasgo, media (DS)	34,92 (11,57)	31,56 (12,57)	1,59	0,11	0,28	-0,81 a 7,53
BDI, media (DS)	24,53 (9,23)	20,24 (10,60)	2,48	0,02	0,43	0,87 a 7,73
BDHI Puntuación total, media (DS)	33,41 (10,42)	25,69 (9,82)	4,38	<0,001	0,76	4,23 a 11,20
BDHI Violencia, media (DS)	1,44 (1,57)	1,26 (1,23)	0,71	0,48	0,13	-0,31 a 0,66
BDHI Hostilidad indirecta, media (DS)	4,19 (1,52)	3,53 (1,52)	2,49	0,02	0,43	0,13 a 1,18
BDHI Irritabilidad, media (DS)	6,05 (2,45)	4,50 (2,50)	3,59	<0,001	0,63	0,69 a 2,40
BDHI Negativismo, media (DS)	2,19 (1,51)	1,37 (1,36)	3,28	0,001	0,57	0,33 a 1,31
BDHI Resentimiento, media (DS)	2,95 (1,63)	1,75 (1,46)	4,48	<0,001	0,78	0,67 a 1,74
BDHI Susplicacia, media (DS)	4,25 (2,30)	2,99 (1,74)	3,56	0,001	0,62	0,56 a 1,97
BDHI Agresión verbal, media (DS)	6,88 (2,93)	6,34 (2,56)	1,12	0,26	0,20	-0,41 a 1,48
BDHI Culpa, media (DS)	4,39 (2,05)	3,22 (1,79)	3,49	0,001	0,61	0,51 a 1,83

Abreviaturas: OR, Odds Ratio; IC, Intervalo de confianza; FIS, Escala de impacto de la fatiga; STAI, Inventario de ansiedad Estado-Rasgo; BDI, Inventario de depresión de Beck; BDHI, Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según los resultados expuestos, los TP pueden ser frecuentes en pacientes con SFC y su presencia está asociada a un perfil clínico más complejo secundario a síntomas psiquiátricos más graves y frecuentes. Hasta donde se tiene conocimiento, aunque algunos estudios han evaluado la presencia de TP en pacientes con SFC usando el PDQ-4+, éste es el primer estudio que aplica sistemáticamente la Es-

cala de Significación Clínica del instrumento.⁴ La Escala de Significación Clínica permite aproximaciones diagnósticas más rigurosas y previene errores diagnósticos resultantes de la idealización del estado premórbido de la enfermedad. Según la aproximación categorial de este instrumento, un 48,5% de los pacientes con SFC cumplía criterios para TP. Este hallazgo es consistente con los estudios previos publicados⁴⁻⁶ usando los mismos criterios para TP⁴ o el mismo instrumento.^{5,6} Sin embargo, difiere en la baja prevalencia

observada en estudios con otras medidas diagnósticas⁷ y otras muestras²¹. Sin embargo, las diferencias en la prevalencia de comorbilidad en TP podrían deberse a los procedimientos diagnósticos y a las poblaciones estudiadas. Es interesante señalar que se encontró que los TP más frecuentes eran los del Cluster C, siendo el TPOC el más común. Este hallazgo es coincidente con resultados previos, aunque la prevalencia presentada aquí es la más alta entre ellos^{4,5,7}.

El TPOC es asimismo uno de los TP más prevalentes en las muestras de población general y en pacientes externos. Sin embargo, la prevalencia observada en la muestra del presente estudio es mucho mayor que la presentada previamente en muestras de la población y grupos de pacientes externos.^{21,22} También se encontró que otros TP, incluyendo el de evitación y el límite, eran más frecuentes en la muestra del estudio que en la población general.²² La prevalencia del TP límite es menor que la descrita para otras muestras de SFC⁶ y en otras muestras psiquiátricas.²¹ Además, este resultado no es consistente con estudios que sugieren que la inestabilidad emocional podría predecir un diagnóstico posterior de SFC.²³ Sin embargo, algunos autores han señalado que esta alteración de la personalidad podría ser simplemente una consecuencia de la misma enfermedad.²⁴ Desafortunadamente, estas hipótesis no han sido exploradas suficientemente. Se deberían tener en cuenta diferentes aproximaciones diagnósticas (categórica y dimensional) para medir la presencia de TLP y de inestabilidad emocional en pacientes con SFC.

Los resultados de este estudio podrían entenderse en el marco de estudios previos, en los que se han evaluado las características de personalidad premórbidas de los pacientes con SFC, sin considerar el diagnóstico de TP. Se ha mostrado que estos pacientes se describen a sí mismos como perfeccionistas, con altos estándares para el desempeño del trabajo, la responsabilidad y una marcada orientación a los resultados.²⁵ También se ha descrito en SFC la existencia de pensamientos catastróficos, neuroticismo, alta conciencia, control emocional y baja autoestima.²⁶ Todas estas variables de personalidad apuntan hacia rasgos de personalidad del Cluster C.^{2,23,27}

Aunque el TPOC se conoce ampliamente, se sabe poco sobre su comorbilidad en la población general. Se ha descrito que individuos con TPOC tienen mayor comorbilidad con muchos trastornos psiquiátricos en comparación con la población general, pudiendo ser los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo los más frecuentes en mujeres con TPOC.²⁸ En los resultados de este estudio se observa que los SFC con TP presentaban mayores tasas de trastornos psicopatológicos previos y síntomas más graves de ansiedad, depresión y hostilidad en el momento de la evaluación. Se encontraron diferencias significativas en depresión y hostilidad. Respecto a la ansiedad, aunque el grupo SFC-TP presentaba mayor gravedad de los síntomas de ansiedad, las diferencias no fueron significativas. En general, estos resultados concuerdan con estudios previos que sugieren una

estrecha asociación entre SFC y trastornos psiquiátricos.^{4,29} Sin embargo, estudios previos no han considerado el papel de los TP en la comorbilidad psiquiátrica en SFC. Según los resultados de este estudio, podría considerarse que los TP actúan como un factor de mantenimiento de los síntomas psicopatológicos en los pacientes con SFC, reforzando el concepto de que se asocian con un resultado más pobre. De forma similar, estos resultados hacen necesario considerar la presencia de ansiedad clínica en relación no sólo a los TP, sino también a la enfermedad crónica. Adicionalmente, se sugiere que los síntomas ansiosos podrían estar más relacionados con la evolución de la enfermedad crónica que con la presencia de TP.

La naturaleza de la relación entre los trastornos psiquiátricos y el SFC aún es un asunto controvertido a pesar del gran interés científico.³⁰ Algunos autores han sugerido que podrían actuar como factores de riesgo independientes los unos de los otros.³¹ Esta frecuente asociación podría ser entendida como una reacción psicológica a las consecuencias funcionales de la enfermedad. Por ejemplo, según la literatura, los pacientes con SFC tienden a presentar un perfeccionismo desadaptado, elevada autocrítica y control emocional y describen altos estándares para el desempeño del trabajo y para la responsabilidad.^{2,23,27} Todas estas metas pueden verse frustradas por los síntomas de la enfermedad. Desde una perspectiva neurobiológica, se puede hipotetizar que la considerable asociación entre síntomas deriva de un origen biológico. Algunos autores argumentan que uno de los mecanismos subyacentes al SFC podría incluir alteraciones del sistema de estrés neurobiológico, por lo que algunos pacientes vulnerables podrían perder su capacidad de adaptarse a cualquier tipo de estresor.³² Los TP están asociados a respuestas desadaptativas a las demandas psicosociales llevando al paciente a una situación de estrés crónico. Por tanto, estas observaciones sugieren que la personalidad premórbida podría ser un factor predisponente al SFC, que acarrea el fallo del funcionamiento del sistema de estrés en algunos pacientes vulnerables. La recogida retrospectiva de los datos de personalidad en este estudio no permite saber si la presencia de TP era previa al SFC. Por tanto, es necesario el desarrollo de más estudios para la confirmación de este modelo explicativo.

Hasta donde se conoce, aunque diferentes estudios han evaluado la asociación entre depresión y SFC, poco se sabe sobre las características clínicas de este trastorno en el SFC. Según los resultados del presente estudio, los pacientes con SFC y TP presentan más suspicacia, resentimiento, irritabilidad y culpa. Estos síntomas no son los más comunes en la población general con episodios depresivos y podrían reflejar una presentación atípica de la depresión en pacientes con SFC y TP.

Deben tenerse en cuenta las limitaciones más importantes de este estudio. La muestra fue reclutada en un cen-

tro de atención terciaria, como consecuencia los resultados podrían estar sesgados, presentando un perfil clínico más grave. Además, el uso de instrumentos de autoinforme podría suponer el sobrediagnóstico de la frecuencia de TP. Sería conveniente el desarrollo de estudios futuros con otros instrumentos diagnósticos. Otra limitación es la falta de un grupo control. Aunque podría haber sido interesante explorar las diferencias entre ambos grupos, la naturaleza de este estudio es descriptiva y su principal objetivo se centra en el estudio de la presencia de TP en una muestra de pacientes con SFC, así como comparar su perfil clínico psicopatológico con pacientes con SFC sin TP. Para minimizar esta limitación, deberían desarrollarse estudios prospectivos con personas sanas. También, dado el número y la heterogeneidad de los TP en la muestra, es difícil generalizar los resultados. La investigación futura debería considerar estas limitaciones para estudiar la influencia de TP específicos y su patología asociada en el SFC.

En conclusión, los hallazgos de este estudio apoyan la idea de que la etiología del SFC debe medirse mediante un modelo multifactorial, que tenga en cuenta factores biológicos y psicológicos. Los TP, especialmente el TPOC, podrían ser más comunes en pacientes con SFC que en la población general. Esta comorbilidad está relacionada con un perfil clínico más grave, secundario a síntomas psiquiátricos más frecuentes y más graves, en especial depresivos y a la hostilidad. La estrecha relación entre SFC, TP y psicopatología podría determinar un subtipo de SFC con factores predisponentes y de mantenimiento específicos. Futuras investigaciones son necesarias para confirmar estos resultados e incrementar el conocimiento de posibles perfiles clínicos diferentes de los pacientes con SFC que necesiten distintas aproximaciones terapéuticas.

RECONOCIMIENTOS

Agradecemos la subvención pública recibida por parte del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

BIBLIOGRAFÍA

- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med.* 1994;121:953-9.
- van Geelen SM, Sinnema G, Hermans HJ, Kuis W. Personality and chronic fatigue syndrome: methodological and conceptual issues. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:885-903.
- Nater UM, Jones JF, Lin JM, Maloney E, Reeves WC, Heim C. Personality features and personality disorders in chronic fatigue syndrome: a population-based study. *Psychother Psychosom.* 2010;79:312-8.
- Ciccone DS, Busichio K, Vickroy M, Natelson BH. Psychiatric morbidity in the chronic fatigue syndrome: are patients with personality disorder more physically impaired? *J Psychosom Res.* 2003;54:445-52.
- Henderson M, Tannock C. Objective assessment of personality disorder in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res.* 2004;56:251-4.
- Johnson SK, DeLuca J, Natelson BH. Personality dimensions in the chronic fatigue syndrome: a comparison with multiple sclerosis and depression. *J Psychiatr Res.* 1996;30:9-20.
- Courjaret J, Schotte CK, Wijnants H, Moorkens G, Cosyns P. Chronic fatigue syndrome and DSM-IV personality disorders. *J Psychosom Res.* 2009;66:13-20.
- Pepper CM, Krupp LB, Friedberg F, Doscher C, Coyle PK. A comparison of neuropsychiatric characteristics in chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis, and major depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1993;5:200-5.
- Nater UM, Lin JM, Maloney EM, Jones JF, Tian H, Boneva RS, et al. Psychiatric comorbidity in persons with chronic fatigue syndrome identified from the Georgia population. *Psychosom Med.* 2009;71:557-65.
- Roy-Byrne P, Afari N, Ashton S, Fischer M, Goldberg J, Buchwald D. Chronic fatigue and anxiety/depression: a twin study. *Br J Psychiatry.* 2002;180:29-34.
- Fuller-Thomson E, Nimigon J. Factors associated with depression among individuals with chronic fatigue syndrome: findings from a nationally representative survey. *Fam Pract.* 2008;25:414-22.
- Jason LA, King CP, Frankenberry EL, Jordan KM, Tryon WW, Rademaker F, et al. Chronic fatigue syndrome: assessing symptoms and activity level. *J Clin Psychol.* 1999;55:411-24.
- Alijotas J, Alegre J, Fernandez-Sola J, Cots JM, Panisello J, Peri JM, et al. Consensus report on the diagnosis and treatment of chronic fatigue syndrome in Catalonia. *Med Clin (Barc).* 2002;118:73-6.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for the DSM-IV Axis I disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
- Hyler S. PDQ-4+ Personality Diagnostic Questionnaire-4+. New York: New York State Psychiatric Institute, 1994.
- Calvo N, Gutierrez F, Andion O, Caseras X, Torrubia R, Casas M. Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema.* 2012;24:156-60.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Inventory. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1970.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
- Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol.* 1957;21:343-9.
- Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the fatigue impact scale. *Clin Infect Dis.* 1994;18(Suppl 1):S79-83.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1911-8.
- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry.* 2006;188:423-31.
- Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Pedersen NL. Premorbid predictors of chronic fatigue. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:1267-72.
- Christodoulou C, DeLuca J, Johnson SK, Lange G, Gaudino EA, Natelson BH. Examination of Cloninger's basic dimensions of personality in fatiguing illness: chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. *J Psychosom Res.* 1999;47:597-607.
- Godas Sieso T, Gomez Gil E, Salamero Baro M, Fernandez-Huerta JM, Fernandez-Sola J. Relationship between chronic fatigue syndrome and type A behaviour. *Med Clin (Barc).* 2009;133:539-41.

26. Petrie K, Moss-Morris R, Weinman J. The impact of catastrophic beliefs on functioning in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res.* 1995;39:31-7.
27. White C, Schweitzer R. The role of personality in the development and perpetuation of chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res.* 2000;48:515-24.
28. Grant JE, Mooney ME, Kushner MG. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res.* 2012;46:469-475.
29. Johnson SK, DeLuca J, Natelson BH. Depression in fatiguing illness: comparing patients with chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis and depression. *J Affect Disord.* 1996;39:21-30.
30. Skapinakis P, Lewis G, Meltzer H. Clarifying the relationship between unexplained chronic fatigue and psychiatric morbidity: results from a community survey in Great Britain. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1492-8.
31. Skapinakis P, Lewis G, Mavreas V. Temporal relations between unexplained fatigue and depression: longitudinal data from an international study in primary care. *Psychosom Med.* 2004;66:330-5.
32. Van Houdenhove B, Kempke S, Luyten P. Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12:208-14.