

Natalia Calvo<sup>1, 2, 3, 4</sup>  
Natalia Pueyo<sup>3</sup>  
Fernando Gutiérrez<sup>5</sup>  
Marc Ferrer<sup>1, 2, 3, 4</sup>  
Jesús Castro-Marrero<sup>6</sup>  
José Alegre<sup>6</sup>  
Miquel Casas<sup>1, 2, 3, 4</sup>  
Josep-Antoni Ramos Quiroga<sup>1, 2, 3</sup>  
Naia Sáez-Francàs<sup>8</sup>

# Valoración Dimensional de la Personalidad en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) con el Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5)

<sup>1</sup>Psychiatry Department, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, Spain

<sup>2</sup>Psychiatry, Mental Health and Addictions Group. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, Spain

<sup>3</sup>Psychiatry and Legal Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain

<sup>4</sup>Grup TLP Barcelona, Spain

<sup>5</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Spain. IDIBAPS, Barcelona, Spain

<sup>6</sup>CFS/ME Unit, Vall d'Hebron University Hospital, Collserola Research Institute, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain

<sup>7</sup>Psychiatry Department. Sant Rafael Hospital, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

<sup>8</sup>Psychiatry Department, Sant Rafael Hospital, Barcelona, Spain

**Introducción.** Los Trastornos de Personalidad (TP) resultan altamente prevalentes entre pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), pero los estudios basados en el DSM-5 resultan escasos. Aún no han sido usados Instrumentos validados específicamente en pacientes SFC. Por este motivo, nuestro objetivo fue analizar las diferencias en las facetas de la personalidad y perfiles de dominios entre los pacientes con SFC con y sin un TP utilizando el Inventario de Personalidad para DSM-5 (PID-5). Además, se analizó la capacidad de este instrumento para predecir la presencia de TP en una muestra de pacientes con SFC.

**Método.** Un total de 84 pacientes con SFC fueron evaluados mediante entrevista clínica y realizaron evaluación psicopatológica con las entrevistas SCID I y SCID II. Las facetas y dominios dimensionales de la personalidad se evaluaron con el PID-5, de acuerdo con DSM-5. Ese instrumento ha sido validado para TPs, pero no en CFS.

**Resultados.** De la muestra, 54 (64%) de los pacientes cumplieron con los criterios de un TP. Las facetas más frecuentes en SFC con TP, en comparación con aquellos pacientes sin TP, fueron: Inseguridad de Separación, Perseveración, Aislamiento, Depresividad, Perfeccionismo Rígido, Creencias y Experiencias Inusuales. La Afectividad Negativa y el Desapego fueron los dos dominios significativos en pacientes con SFC-TP. En los análisis de regresión, sólo el Desapego y Perfeccionismo Rígido constituyen un factor pronóstico que conduce a una alta probabilidad de padecer un TP.

**Conclusión.** De acuerdo con estos resultados, los dominios y facetas PID-5 podrían ser adecuados y útiles para diferenciar entre los pacientes con TP de los no-TP en muestras clínicas y sugieren un perfil de personalidad dimensional más frecuente en pacientes con SFC.

**Palabras Clave:** Síndrome de Fatiga Crónica, Trastornos de Personalidad, PID-5, DSM-5, Personalidad Dimensional

*Actas Esp Psiquiatr 2018;46(3):125-32*

## Dimensional Personality Assessment among a Chronic Fatigue Syndrome (CFS) sample with Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)

**Introduction.** Personality Disorders (PD) are highly prevalent among Chronic Fatigue Syndrome (CFS) patients, but studies based on the DSM-5 are still scarce. Validated instruments have not yet been specifically used in CFS patients. Therefore, our aim was to analyze the differences in personality facets and domains profiles among CFS patients with and without a PD using the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). Additionally, we analyzed the ability of this instrument to predict PD in a sample of CFS patients. This instrument is validated for PDs, but not for CFS.

**Methods.** All of the 84 CFS patients were evaluated through a clinical interview and underwent psychopathological evaluation with the SCID I and SCID II. Dimensional personality facets and domains were evaluated with the PID-5, according to DSM-5.

**Results.** In our sample, 54 (64%) of the patients fulfilled the criteria of a PD. The most significant facets in CFS with PD in comparison to those patients without a PD were Sep-

Correspondencia:  
Natalia Calvo, PhD, Clinical Psychologist  
Psychiatry Department  
Hospital Universitari Vall d'Hebron  
Passeig Vall d'Hebron 119-129  
08035 Barcelona, Spain  
Tel.: 0034 934894295  
Correo electrónico: nacalvo@vhebron.net

aration Insecurity, Perseveration, Withdrawal, Depressivity, Rigid Perfectionism, Unusual Beliefs and Experiences. Negative Affectivity and Detachment were the two significant domains in CFS-PD patients. In the regression analyses, only Detachment and Rigid Perfectionism constituted a prognostic factor leading to high probability of an endorsed PD.

**Conclusion.** According to these results, the PID-5 domains and facets could be adequate and useful to differentiate between PD and non-PD patients in clinical samples and suggest a more frequent dimensional personality profile in CFS patients.

**Keywords:** Chronic fatigue syndrome, Personality Disorders, PID-5, DSM-5, Dimensional personality

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) se caracteriza por una fatiga severa y prolongada y otros síntomas y signos inespecíficos que permanecen sin explicación médica<sup>1</sup>. La causa puede ser de naturaleza multifactorial, pero las investigaciones no han podido describir una fisiopatología exacta<sup>2</sup>. Desde una perspectiva psicopatológica, una línea de investigación se ha centrado en los factores psiquiátricos y psicológicos sobre la predisposición, el desarrollo y el mantenimiento del SFC. El papel de las características de la personalidad de los pacientes con SFC se ha estudiado específicamente, sugiriendo que los rasgos de personalidad inadaptados fomentan el desarrollo de síntomas de SFC (como factor de riesgo) y ayudan a perpetuarlos (como un factor de perpetuación y pronóstico)<sup>3-6</sup>. Sin embargo, hay poco consenso sobre la relación entre las características de la personalidad, los trastornos y el SFC. Esto podría deberse a varios problemas metodológicos, como la heterogeneidad de los modelos teóricos de la personalidad y los instrumentos de evaluación<sup>2,7</sup>.

En términos de modelos teóricos de la personalidad y los instrumentos de evaluación resultantes hay dos perspectivas: el modelo categórico y el modelo dimensional de la personalidad. En el enfoque categórico, los Trastornos de Personalidad (TP) han sido evaluados de acuerdo con las diferentes versiones de la Clasificación de Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, 4ª y 5ª Edición (DSM-IV, DSM-5)<sup>8,9</sup>, que ofrece descripciones clínicas con un umbral de corte arbitrario. Los estudios basados en el DSM-IV / DSM-5 usan instrumentos de evaluación objetiva para evaluar el trastorno de personalidad, basados en entrevistas, como la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) y los autoinformes, como el Cuestionario de Diagnóstico de la Per-

sonalidad-4 + (PDQ-4 +) y el Cuestionario de Evaluación de Trastornos de la Personalidad DSM-IV (ADP-IV)<sup>3-5,10-13</sup>.

Entre estos estudios categóricos existe una falta de consenso sobre la prevalencia de los TP en pacientes con SFC, que varía del 15%<sup>11,13</sup> hasta el 50%<sup>3,4,7</sup>. En cuanto a los grupos de Trastornos de la Personalidad, algunos estudios han concluido que hay un predominio de los grupos C y B, con un alto porcentaje de pacientes dependientes, histriónicos y límite<sup>14, 15</sup>. Sin embargo, otros estudios recientes sugieren que el grupo C es el más común tipo de personalidad y que el trastorno obsesivo compulsivo es el TP más prevalente<sup>3,5,7,13,14</sup> que varía del 9%<sup>13,14</sup> hasta el 40%<sup>7</sup>. En general, los resultados indican que, aunque los TP pueden ser frecuentes en pacientes con SFC, no se ha encontrado ningún tipo de personalidad específica de forma homogénea entre los pacientes con SFC.

La falta de consenso también se encuentra en el enfoque dimensional, en el que la personalidad se evalúa de acuerdo con los diferentes modelos, como el modelo psicobiológico de Cloninger (Temperamento e Inventario de caracteres revisados; TCI-R), el modelo de los cinco factores (Neuroticismo, Extroversión, Apertura Inventario de Personalidad-Revisado, NEO-PI-R e Inventario Neo Cinco Factores: NEO-FFI), Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPO) o el modelo de Eysenck (Cuestionario de Personalidad Eysenck, EPQ). Los pacientes con SFC tienen una puntuación alta en Evitación de daños, Dependencia de recompensa y Persistencia y Baja autodirección y Búsqueda de novedad<sup>16-18</sup>, Alto en Conciencia<sup>19</sup> y Neuroticismo<sup>6,19-23</sup> y una puntuación baja en Extroversión<sup>20,22</sup>.

Además, algunos autores han encontrado interacciones entre neuroticismo y perfeccionismo<sup>6,22,23</sup> y otros afirman que la depresión en pacientes con SFC podría ser un factor moderador de neuroticismo<sup>6</sup>. En un modelo unificado, un estudio reciente mostró que los rasgos dimensionales (neuroticismo, conciencia, y baja extroversión) encajan perfectamente en los Trastornos de Personalidad del Grupo C en la muestra de SFC<sup>10</sup> y que también están correlacionados con la gravedad de la fatiga.

Así pues, un modelo integrador daría una evaluación más completa de la personalidad, logrando una mejor comprensión de los factores psicopatológicos. En este sentido, el DSM-5 reciente mantiene su taxonomía de TP categórica, pero también incluye un modelo dimensional para Trastornos de Personalidad que se ha publicado en la Sección III<sup>9</sup>. Se ha sugerido que este modelo podría proporcionar más apoyo empírico, una mejor interpretación de los patrones de comorbilidad y la estructura del tratamiento en TP<sup>24</sup>.

Abarca 25 facetas patológicas que se pueden agrupar en cinco dominios básicos: Afectividad Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Cada dominio

está asociado con una combinación de facetas (por ejemplo, seis facetas que caracterizan Afectividad Negativa, y tres facetas que caracterizan Psicoticismo), y algunas facetas se representan simultáneamente en varios dominios (por ejemplo, Hostilidad en los dominios de Afectividad Negativa y Antagonismo). Por otro lado, solo seis de los diez TP considerados en el DSM-IV o en la Sección II del DSM-5 se han conservado en el modelo integrador, y cada TP tiene una combinación específica de dominios y facetas.

Este enfoque dimensional del DSM-5 se evalúa a través del Inventario de Personalidad para DSM-5 (PID-5)<sup>25</sup>, el cual se desarrolló de acuerdo con los modelos existentes y las medidas de los rasgos de personalidad inadaptados. Una revisión reciente ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a la consistencia interna, la estructura del factor y la validez concurrente<sup>26</sup>. El PID-5 también se ha adaptado a otros idiomas y culturas, tales como: holandes<sup>27</sup>, alemán<sup>27</sup>, italiano<sup>29</sup>, francés<sup>30</sup> y el español<sup>31</sup>, obteniendo resultados aceptables<sup>26</sup>. Se ha utilizado principalmente con muestras no clínicas (voluntarios, estudiantes de grado, población general), y solo unos pocos estudios se han realizado con muestras clínicas<sup>26,32</sup>. Según nuestro conocimiento, ningún estudio ha intentado evaluar el PID-5 entre una muestra de CFS.

En vista de lo anteriormente descrito, el presente estudio tiene como objetivo ampliar los estudios empíricos sobre las características de la personalidad de los pacientes con SFC utilizando el enfoque dimensional del PID-5. Aunque su uso no ha sido validado en pacientes con SFC, hasta la fecha ningún estudio ha evaluado los TP en estos pacientes. Por lo tanto, el presente estudio se propone investigar la presencia de TP en una muestra de pacientes adultos con SFC y comparar las diferencias en facetas de personalidad y dominios entre pacientes con SFC con y sin un Trastorno de la Personalidad utilizando el PID-5.

## METODOLOGÍA

### Participantes

Se trata de un estudio observacional y transversal de un total de 88 pacientes con SFC que cumplen los criterios de inclusión. 4 fueron excluidos porque no completaron el protocolo de evaluación completo. La tasa de respuesta total fue de 95,5%. La muestra final consistió de 84 pacientes con SFC (83,3% mujeres, edad=51,0 años, SD=8,33, rango=35-72 años). El diagnóstico de SFC se estableció de acuerdo con los criterios del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)<sup>1</sup>.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayores de 18 años, tener un diagnóstico de SFC según los criterios de los CDC, haber completado la evaluación clínica y haber firmado un consentimiento informado para participar. Los criterios de exclusión fueron: menores de 18 años; inteligencia inferior a la media; diagnóstico actual de esquizofrenia, trastorno bipolar I o trastorno de dependencia de sustancias activas (excepto nicotina); sufrir cualquier condición orgánica que podría explicar mejor los síntomas; y problemas de aprendizaje.

### Medidas

La evaluación psicopatológica fue realizada en tres sesiones por un psiquiatra y un psicólogo clínico con experiencia en diagnósticos de TP, los cuales entrevistaron al paciente, registraron datos sociodemográficos y clínicos, realizaron un examen psicopatológico, aplicaron la versión española de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-II)<sup>33</sup> y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)<sup>34</sup>, y la versión en español del PID-5. El orden en que se administró el material fue el mismo para todos los pacientes. Todos ellos completaron las entrevistas y los autoinformes.

La versión en español del SCID-II se usó para evaluar el diagnóstico de los TP de acuerdo con los criterios del DSM-IV / DSM-5. Los diagnósticos finales fueron atribuidos de acuerdo con los resultados de la SCID. Sin embargo, en caso de discrepancias con la evaluación clínica, el paciente fue reevaluado para confirmar los resultados. Para determinar los trastornos comórbidos actuales del Eje I se realizó el SCID-I.

El Inventario de Personalidad del DSM-5, PID-5<sup>25</sup> traducido al español<sup>31</sup> es un inventario de autoinforme de 220 ítems que utiliza el modelo dimensional propuesto en el Criterio B de la Sección III del DSM-5. Se puntúa en una escala tipo Likert de 4 puntos, que varía de 0 (muy falso o a menudo falso) a 3 (muy verdadero o a menudo verdadero). Incluye 25 facetas de primer orden que se pueden agrupar en 5 dominios de segundo orden: Afectividad Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Cada faceta se evalúa mediante varios ítems, y los dominios se calcularon promediando ítems (para más detalles, ver Krueger et al.<sup>25</sup>). Gutiérrez et al.<sup>31</sup> validaron la versión española del PID-5 y encontraron una alta consistencia interna (mediana  $\alpha=0,86$  en la muestra clínica), consistente con las versiones originales<sup>25,35</sup> y que se ha probado en muestra clínica<sup>36</sup>.

### Procedimiento

Todos los pacientes fueron derivados al Departamento de Medicina Interna en un Hospital Universitario Terciario de Barcelona, España. Los médicos experimentados en el

diagnóstico de SFC completaron una extensa evaluación y registraron la presencia de otros síndromes somáticos funcionales, que incluyen la fibromialgia y el síndrome del intestino irritable. Se excluyeron otras afecciones médicas que causan fatiga. El protocolo de evaluación incluyó un examen físico extenso y un análisis de sangre completo. En caso de controversia sobre los diagnósticos, también se registraron neuroimagen, patrón de sueño y mesa basculante. Cuando los pacientes cumplieron con los posibles criterios de diagnóstico de SFC, los participantes fueron derivados al Departamento de Psiquiatría del mismo hospital para completar una evaluación psiquiátrica.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital. Todos los pacientes proporcionaron un consentimiento informado por escrito para la participación.

### Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete de estadísticas PASW (versión 17.0) para Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois). La significación estadística para las diferencias intergrupales se evaluó mediante la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para las variables categóricas, y la prueba t independiente o U de Mann-Whitney para las variables continuas cuando los análisis preliminares revelaron que algunas variables no estaban distribuidas normalmente.

Para analizar la asociación entre los dominios PID-5 y las facetas en una muestra de SFC se aplicaron las correlaciones de Pearson. Para analizar las diferencias en todos los dominios y facetas de PID-5 entre pacientes con y sin TP, se aplicaron pruebas U de Mann-Whitney. Para evitar el tipo de error de inflación, se utilizó una corrección Benjamini-Hochberg [ $p_m = p(m+1)/2m$ ] para múltiples pruebas<sup>37</sup>.

Finalmente, para determinar los dominios clave finales y las facetas que eran más específicas en la diferenciación entre pacientes con y sin TP, se realizaron dos análisis. El primer análisis incluyó la regresión logística, con una entrada de condición, donde los predictores eran solo los dominios que habían presentado un efecto significativo en los análisis bivariados previos. El objetivo de ello fue delimitar los dominios significativos finales, utilizando un enfoque multivariado. La segunda regresión logística incluyó solo las facetas que constituían los dominios que permanecieron en el modelo final en el análisis previo. De nuevo, se consideró una estrategia de ingreso condicional, por lo que solo quedaron en el modelo las facetas significativas y definitivas.

## RESULTADOS

De los 84 pacientes que completaron el protocolo de evaluación, 54 (64.3%) cumplieron los criterios de un TP. Las variables demográficas y clínicas se resumen en la tabla 1.

| Tabla 1                      | Características demográficas de pacientes de SFC (n total = 84) |
|------------------------------|---|
| Categoría                    | Media $\pm$ DE o N (%)  |
| Edad (años) (media $\pm$ DS) | 51,0 $\pm$ 8,3  |
| Femenino                     | 70 (83,3)   |
| Nivel educativo              |   |
| Primaria o inferior          | 35 (41,7)   |
| Secundaria                   | 35 (41,7)   |
| Universidad                  | 14 (16,7)   |
| Estatus Civil                |   |
| Soltero                      | 13 (15,5)   |
| Casado o en pareja           | 68 (81,0)   |
| Viudo                        | 3 (3,6)   |
| Profesión                    |   |
| Empleado                     | 19 (22,6)   |
| Desempleado                  | 70 (83,3)   |
| Estudiante                   | 1 (1,2)   |

La tabla 2 presenta las correlaciones de Pearson entre los dominios PID-5 para el total de la muestra. En general, los coeficientes de correlación fueron significativamente positivos ( $p < 0,01$ ) entre los cinco dominios. Las correlaciones más bajas entre dominios se encontraron entre el Antagonismo y la negatividad y el desapego negativo (0,29 y 0,13, respectivamente). Las correlaciones más altas se encontraron entre Afectividad negativa y Desapego y Psicoticismo (0,78 y 0,77, respectivamente).

Las diferencias de medias (M), desviaciones estándar (DE) y Mann-Whitney (U) y la d (d) de Cohen de las facetas y dominios PID-5 en pacientes con y sin TP se muestran en la Tabla 3. Comparando las medias de las dos muestras, las puntuaciones más altas para todas las facetas, excepto para la toma de riesgos y la impulsividad, se observaron en los pacientes con un TP. Sin embargo, después de las correcciones de Benjamini y Hochberg, las diferencias fueron estadísticamente significativas solo para Inseguridad de Separación, Perseveración, Retraimiento, Depresión, Perfeccionismo Rígido, Creencias y Experiencias Inusuales ( $p = 0,021, 0,018, 0,018, 0,002, 0,001, 0,023$ , respectivamente). En relación con los cinco dominios incluidos en PID-5, todos presentaron puntuaciones más altas en el grupo con TP, aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas para la Afectividad Negativa y el Retraimiento ( $p = 0,004$  y  $0,011$ , respectivamente). El puntaje total PID-5 mostró diferencias

Tabla 2 Coeficiente de correlación de Pearson entre los dominios del PID-5

| PID-5 Dominios de orden superior | Afectividad Negativa | Desapego | Antagonismo | Desinhibición | Psicoticismo |
|----------------------------------|----------------------|----------|-------------|---------------|--------------|
| Afectividad Negativa             | -                    |          |             |               |              |
| Desapego                         | 0,78                 | -        |             |               |              |
| Antagonismo                      | 0,29                 | 0,13     | -           |               |              |
| Desinhibición                    | 0,73                 | 0,52     | 0,46        | -             |              |
| Psicoticismo                     | 0,77                 | 0,66     | 0,41        | 0,72          | -            |

PID-5: Inventario de Personalidad DSM-5.  
Todas las correlaciones son significativas ( $p < 0,01$ ) excepto Antagonismo y Desapego ( $p = 0,11$ ).

significativas entre ambos grupos ( $p = 0,008$ ) (ver Tabla 3). Por otro lado, las facetas significativas mostraron que los dominios de Cohen iban de 0,34 a 0,81, mientras que los dominios significativos presentaban a los de Cohen alrededor de 0,6.

En los análisis de regresión logística, los modelos obtenidos mostraron que tenían puntuaciones altas en el dominio de Desapego (Wald=6,97,  $p = 0,008$ , OR=3,62, IC 95% =1,39-9,40) y en la faceta de Perfeccionismo rígido (Wald)=8,66,  $p = 0,003$ , OR=2,92, IC 95% =1,43-5,97) y constituyeron un factor pronóstico que condujo a una alta probabilidad de una TP comórbida.

## DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la utilidad de la versión española del PID-5 en el diagnóstico de TP en una muestra de SFC. Hasta la fecha, este estudio es el primero que explora la personalidad de acuerdo con las propiedades del DSM-5 en una muestra de pacientes con SFC. En general, los hallazgos sugieren que algunos dominios y facetas de PID-5 podrían ser adecuados y útiles para diferenciar entre la presencia de TP y la ausencia de TP en pacientes con SFC. Por lo tanto, los resultados actuales validan el PID-5 como un instrumento de evaluación de los rasgos patológicos de la personalidad, de acuerdo con el modelo híbrido alternativo propuesto en el DSM-5.

De acuerdo con los estudios publicados, nuestros resultados respaldan el uso del PID-5 para diagnosticar el TP en muestras clínicas<sup>24,27,36,38-40</sup>. Entre los pacientes con SFC, el grupo de TP obtuvo puntuaciones totales significativamente más altas en comparación con los pacientes sin TP. Las facetas significativas del grupo de TP fueron: Inseguridad de Separación, Perseveración, Retirada, Depresión, Perfeccionismo Rígido y Creencias y Experiencias Inusuales. Al analizar

los dominios PID-5, dos de ellos diferenciaron los pacientes SFC con TP de los no-TP: Afectividad negativa y Desapego. Esto sugiere que PID-5 es capaz de discriminar entre pacientes con y sin TP en una muestra de SFC.

Por otro lado, en los modelos de regresión, solo el dominio de Desapego y las facetas del Perfeccionismo rígido predijeron la presencia de TP. El hecho de que otros dominios y facetas no estuvieron involucrados en la predicción de un TP podría atribuirse a la gran asociación entre las variables PID-5 en este estudio y debido a la dificultad para diferenciar un TP de otros rasgos de personalidad subclínica y rasgos de personalidad SFC. Además, los rasgos de PID-5 se conceptualizan como dimensiones continuas.

Nuestros hallazgos están en línea con otros estudios de personalidad dimensional con muestras de SFC en los que las puntuaciones bajas en autodirección y cooperación<sup>10</sup>, y las puntuaciones altas en evitación de daños, recompensa de dependencia, y persistencia están asociadas con los TP<sup>16-18</sup>. También el hecho que el Perfeccionismo Rígido predecía TP en nuestro estudio es consistente con otros resultados que sugieren Perfeccionismo en SFC como una expresión de Neuroticismo y Ansiedad, que podría estar moderado por síntomas depresivos<sup>6</sup>. En este sentido, Perfeccionismo Rígido y Depresión fueron facetas significativas del grupo con TP. Dos nuevas facetas, Inseguridad de separación (relacionada con la ansiedad) y Creencias y experiencias inusuales (relacionadas con el psicoticismo), han surgido como importantes en este estudio y podrían arrojar algo de luz sobre el tipo de ansiedad y cogniciones que sufren los pacientes con SFC. Estos resultados también sugieren que un instrumento dimensional permite una visión más completa de la personalidad asociada con una enfermedad somática, lo que lleva a un mejor conocimiento de los factores psicopatológicos implicados en el SFC.

**Tabla 3** Estadísticos descriptivos (Diferencias de Medias) en las facetas y los dominios de PID-5 en pacientes de SFC con y sin trastorno de la personalidad (TP)

|   | TP<br>(n = 54) |        | No-TP<br>(n = 30) |        | U      | p      | d     |
|---|----------------|--------|-------------------|--------|--------|--------|-------|
|   | M              | (DE)   | M                 | (DE)   |        |        |       |
| <b>PID-5 Facetas</b>                      |                |        |                   |        |        |        |       |
| Labilidad emocional                       | 1,69           | (0,11) | 1,43              | (0,11) | 640,00 | 0,112  | 2,36  |
| Ansiedad                                  | 1,61           | (0,91) | 1,31              | (0,13) | 595,00 | 0,044  | 0,46  |
| <b>Inseguridad de separación</b>          | 1,02           | (0,95) | 0,70              | (0,11) | 564,00 | 0,021* | 0,48  |
| Sumisión                                  | 1,13           | (0,11) | 0,66              | (0,14) | 556,50 | 0,029  | 3,73  |
| Hostilidad                                | 1,07           | (0,92) | 0,85              | (0,10) | 630,00 | 0,127  | 0,34  |
| <b>Perseverancia</b>                      | 1,39           | (0,58) | 1,05              | (0,66) | 535,50 | 0,018* | 0,55  |
| Afectividad restrictiva                   | 0,92           | (0,49) | 0,78              | (0,56) | 586,50 | 0,096  | 0,27  |
| <b>Retraimiento</b>                       | 1,16           | (0,71) | 0,75              | (0,56) | 546,50 | 0,018* | 0,64  |
| Evitación intimidación                    | 0,69           | (0,71) | 0,54              | (0,61) | 685,50 | 0,415  | 0,23  |
| Anhedonia                                 | 1,53           | (0,80) | 1,12              | (0,75) | 573,00 | 0,027  | 0,53  |
| <b>Depresión</b>                          | 1,11           | (0,73) | 0,60              | (0,51) | 471,50 | 0,002* | 0,81  |
| Susplicacia                               | 1,11           | (0,66) | 0,80              | (0,46) | 582,00 | 0,043  | 0,26  |
| Manipulación                              | 0,44           | (0,52) | 0,43              | (0,44) | 798,00 | 0,908  | 0,01  |
| Engaño                                    | 0,42           | (0,48) | 0,28              | (0,33) | 662,00 | 0,242  | 0,34  |
| Grandiosidad                              | 0,41           | (0,47) | 0,38              | (0,38) | 766,50 | 0,872  | 0,07  |
| Búsqueda de atención                      | 0,41           | (0,47) | 0,45              | (0,61) | 790,00 | 0,847  | -0,07 |
| Frialdad                                  | 0,24           | (0,31) | 0,21              | (0,23) | 796,50 | 0,898  | 0,10  |
| Irresponsabilidad                         | 0,54           | (0,46) | 0,42              | (0,36) | 704,50 | 0,321  | 0,29  |
| Impulsividad                              | 0,76           | (0,64) | 0,81              | (0,69) | 784,00 | 0,807  | -0,08 |
| Distractabilidad                          | 1,56           | (0,85) | 1,25              | (0,94) | 624,00 | 0,128  | 0,35  |
| Toma de riesgos                           | 1,12           | (0,81) | 1,26              | (0,68) | 696,50 | 0,289  | -0,19 |
| <b>Perfeccionismo rígido</b>              | 1,60           | (0,67) | 1,06              | (0,82) | 440,00 | 0,001* | 0,34  |
| <b>Creencias y experiencias inusuales</b> | 0,67           | (0,67) | 0,37              | (0,52) | 547,50 | 0,023* | 0,50  |
| Excentricidad                             | 0,73           | (0,69) | 0,51              | (0,58) | 650,00 | 0,133  | 0,35  |
| Desregulación cognitiva y perceptiva      | 0,88           | (0,68) | 0,56              | (0,50) | 565,00 | 0,038  | 0,54  |
| <b>PID-5 Dominios</b>                     |                |        |                   |        |        |        |       |
| <b>Afectividad negativa</b>               | 1,26           | (0,43) | 0,99              | (0,44) | 502,00 | 0,004* | 0,62  |
| <b>Desapego</b>                           | 1,11           | (0,59) | 0,77              | (0,41) | 537,00 | 0,011* | 0,67  |
| Antagonismo                               | 0,38           | (0,34) | 0,35              | (0,31) | 775,00 | 0,744  | 0,09  |
| Desinhibición                             | 1,12           | (0,35) | 0,96              | (0,45) | 631,50 | 0,096  | 0,40  |
| Psicoticismo                              | 0,75           | (0,61) | 0,49              | (0,46) | 585,00 | 0,036  | 0,48  |
| <b>PID-5 Puntuación Total</b>             | 0,96           | (0,38) | 0,71              | (0,32) | 408,00 | 0,008* | 0,71  |

Facetas y dominios en negrita son significativas.

\* Posteriormente a la corrección Benjamini-Hochberg, los resultados son estadísticamente significativos (p) para las facetas PID-5 (0,026) y para los dominios (0,030).

Cuando se trata de las dimensiones, la Afectividad Negativa y el Desapego han demostrado ser significativos en el grupo TP. Estas dimensiones están correlacionadas con el Neuroticismo y la Introversión del modelo de los Cinco Factores<sup>26</sup> y se han relacionado ampliamente con los TP en pacientes con SFC<sup>6,10,19-23</sup>. Aunque solo el Desapego predijo la presencia de un TP, es notable cómo las facetas y las dimensiones significativas de los pacientes con SFC de este estudio sugieren un tipo de trastorno del grupo C de la personalidad. Los TP del grupo C se caracterizan por ansiedad, pesimismo, anticipación ante el peligro, perfeccionismo y aislamiento social<sup>17</sup>, pero la pregunta de si los rasgos de personalidad del TP son un factor predisponente o si se desarrollan después del SFC no está clara. Se necesitan estudios longitudinales para aclarar las causas de esta relación.

Hay varias limitaciones asociadas con nuestro estudio. En primer lugar, se trata de un estudio exploratorio que utiliza una muestra pequeña, lo que limita el poder estadístico. En segundo lugar, la muestra se reclutó en un centro terciario y, en consecuencia, los resultados pueden estar sesgados y presentar un perfil clínico más grave. Se deben realizar estudios adicionales en muestras más grandes y con pacientes con SFC de otros entornos de tratamiento para confirmar y generalizar los resultados obtenidos en este estudio. Finalmente, no hubo un grupo de control para explorar las posibles diferencias entre perfiles de personalidad no clínica e inadaptada con y sin SFC.

En general, este estudio es el primero en examinar las características de PID-5 en la muestra de SFC que compara pacientes con TP con pacientes sin TP. Los resultados respaldan la validez del PID-5 como una herramienta de evaluación para el diagnóstico dimensional de la TP propuesto en el DSM-5. Nuestros resultados sugieren que algunos dominios y facetas propuestos por el DSM-5 son útiles para discriminar entre pacientes con SFC con TP y sin TP. Se necesita más investigación para detectar la psicopatología de la TP en la práctica clínica con el PID-5, especialmente entre pacientes con SFC, ya que la comorbilidad de la TP se ha relacionado con la gravedad de la fatiga y la depresión. Nuestros resultados sugieren que podría haber un subtipo SFC-TP con factores predisponentes y perpetuadores específicos. Por lo tanto, se necesita investigación futura para confirmar estos resultados a fin de obtener conocimiento de los perfiles clínicos y los enfoques terapéuticos en pacientes con SFC.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de financiación o de interés respecto a la investigación, la autoría y/o publicación de este artículo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Psych MRC. The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. *Ann Intern Med.* 1994;121:953-9.
- van Geelen S M, Sinnema G, Hermans HJM, Kuis W. Personality and chronic fatigue syndrome: Methodological and conceptual issues. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(8):885-903.
- Cicchone DS, Busichio K, Vickroy M, Natelson BH. Psychiatric morbidity in the chronic fatigue syndrome: Are patients with personality disorder more physically impaired?. *J Psychosomat Res.* 2003;54(5):445-52.
- Henderson M, Tannock C. Objective assessment of personality disorder in chronic fatigue syndrome. *J Psychosomat Res.* 2004;56(2):251-4.
- Nater UM, Jones JF, Lin JMS, Maloney E, Reeves WC, Heim C. Personality features and personality disorders in chronic fatigue Syndrome: A population-based study. *Psychother Psychosom.* 2010;79(5):312-8.
- Valero S, Sáez Francàs N, Calvo N, Alegre J, Casas M. The role of neuroticism, perfectionism and depression in chronic fatigue syndrome. A structural equation modeling approach. *Compr Psychiat.* 2013;54(7):1061-7.
- Calvo N, Sáez Francàs N, Valero S, Alegre J, Casas M. Comorbid personality disorders in Chronic Fatigue Syndrome patients: a marker of psychopathological severity. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015;43(2):58-65.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: Author; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
- Calvo N, Sáez Francàs N, Valero S, Castro-Marrero J, Alegre Martín J, Casas M. Diagnostic Concordance Between Categorical and Dimensional Instruments to Assess Personality Disorder in Chronic Fatigue Syndrome PDQ-4+ and TCI-R. *Eur J Psychol Assess.* 2015.
- Courjaret J, Schotte CKW, Wijnants H, Moorkens G, Cosyns P. Chronic fatigue syndrome and DSM-IV personality disorders. *J Psychosomat Res.* 2009;66(1):13-20.
- Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther.* 2016;81:1-11.
- Kempke S, Van Den Eede F, Schotte C, Claes S, Van Wambeke P, Van Houdenhove B, et al. Prevalence of DSM-IV personality disorders in patients with chronic fatigue syndrome: A controlled study. *Int J Behav Med.* 2013;20(2):219-28.
- 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(1):9-20.
- 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 Neuropsychiatr Clin Neurosci.* 1993;5(2):200-5.
- 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 Psychosomat Res.* 1999;47(6):597-607.
- Fukuda S, Kuratsune H, Tajima S, Takashima S, Yamaguchi K, Nishizawa Y, et al. Premorbid personality in chronic fatigue syndrome as determined by the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiat.* 2010;51(1):78-85.
- Van Campen E, Van Den Eede F, Moorkens G, Schotte C, Schacht R, Sabbe BGC, et al. Use of the Temperament and Character Inventory (TCI) for assessment of personality in chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics.* 2009;50(2):147-54.
- Besharat MA, Behpajoo A, Poursharifi H, Zarani F. Personality

- and chronic fatigue syndrome: The role of the five-factor model. *Asian J Psychiatr*. 2011;4(1):55-9.
20. Buckley L, MacHale SM, Cavanagh JT, Sharpe M, Deary IJ, Lawrie SM. Personality dimensions in chronic fatigue syndrome and depression. *J Psychosomat Res*. 1999;46(4):395-400.
  21. Chubb HL, Jones I, Hillier J, Moyle C, Sadler S, Cole T, et al. Chronic Fatigue Syndrome - personality and attributional style of patients in comparison to healthy controls and depressed individuals. *J Ment Health*. 1999;8(4):351-9.
  22. Deary V, Chalder T. Personality and perfectionism in chronic fatigue syndrome: a closer look. *Psychol Health*. 2010; 25(May):465-75.
  23. Magnusson AE, Nias DKB, White PD. Is perfectionism associated with fatigue? *J Psychosomat Res*. 1996;41(4):377-83.
  24. Keeley JW, Flanagan EH, McCluskey DL. Functional impairment and the DSM-5 dimensional system for personality disorder. *J Pers Disord*. 2014;28(5):657-74.
  25. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012;42(9):1879-90.
  26. Al-Dajani N, Gralnick TM, Bagby RM. A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current Status and Future Directions. *J Pers Assess*. 2015;3891(December):1-20.
  27. Fruyt F, De Clercq B, De Bolle M, De Wille B, Markon K, Krueger RF. General and Maladaptive Traits in a Five-Factor Framework for DSM-5 in a University Student Sample. *Assessment*. 2013; 20(3):295-307.
  28. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatr*. 2005;162(10):1911-8.
  29. Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C. Reliability and Validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM-IV Personality Disorders and Psychopathy in Community-Dwelling Italian Adults. *Assessment*. 2013;20(6):689-708.
  30. Roskam I, Galdiolo S, Hansenne M, Massoudi K, Rossier J, Gicquel L, et al. The Psychometric Properties of the French Version of the Personality Inventory for DSM-5. *PLoS One*. 2015;10(7):1-13.
  31. Gutiérrez F, Aluja A, Peri JM, Calvo N, Ferrer M, Bailles E, et al. Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*. 2015.
  32. Calvo N, Valero S, Sáez Francàs N, Gutiérrez F, Casas M, Ferrer M. Borderline Personality Disorder and Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Dimensional personality assessment with DSM5. *Compr Psychiatr*. 2016;70:105-11.
  33. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J, Benjamin L. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1999.
  34. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J, Benjamin L. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1997.
  35. Yalch MM, Hopwood CJ. Convergent, Discriminant, and Criterion Validity of DSM-5 Traits. *Personal Disord*. 2016 (January).
  36. Few L, Miller J, Rothbaum A, Meller S, Maples J, Terry D. Examination of the proposed DSM-5 dimensional diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(4):1057-69.
  37. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc*. 1995;57:289-300.
  38. Quilty LC, Ayeart L, Chmielewsky M, Pollock BG, Bagby RM. The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*. 2013;20:362-9.
  39. Wright AG, Simms LJ. On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models. *Personal Disord*. 2014;5:43-54.
  40. Zimmerman J, Altstein D, Krieger T, Holtforth MG, Pertsch J, Alexopoulos J, et al. The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *J Pers Disord*. 2014;28:1-23.