

870125
24/10

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**"DIFERENCIAS EN LOS RASGOS DE PERSONALIDAD ENTRE
PACIENTES CON MIGRAÑA Y PACIENTES CON CEFALEA
TENSIONAL DETECTADOS CON EL INVENTARIO MULTI-
FASICO DE PERSONALIDAD DE MINESOTTA."**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
RAFAEL HERNANDEZ NAVARRETE
NORAH GUADALUPE TERRAZAS RODRIGUEZ
GUADALAJARA, JAL., 1988**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	5
EL SINDROME MIGRANOSO	
A) Perfil Clínico	
B) Diferentes formas de Migraña	
C) Proceso Central de la Migraña	
D) Factores precipitantes	
E) Generalidades	
F) Síntomas que acompañan el ataque de la Migraña.	
CAPITULO II	12
CORRELATOS EMOCIONALES DE LA MIGRA	12
NA.	
CAPITULO III	15
CEFALEA TENSIONAL	
A) Perfil Clínico	
B) Patogénesis	
C) Generalidades	
CAPITULO IV	20
PROCEDIMIENTO	
A) Descripción del Estudio	
B) Descripción del Instrumento	
C) Descripción del Método	
D) Hipótesis de trabajo	
CAPITULO V	41
INTERPRETACION DE RESULTADOS	41
OBTENIDOS	
A) Puntajes obtenidos en cada aplica	
ción del Inventario MMPI	
B) Interpretación Estadística de los	
resultados	
CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUCCION

La cefalea es sin duda el síntoma que más aqueja a la Humanidad, ya que es difícil que exista un ser humano que por lo menos alguna vez en su vida no haya padecido un dolor de cabeza.

Dentro de las cefaleas, la migraña ocupa un lugar especial, no solo por su frecuencia sino por lo desagradable que les resulta a quienes la sufren y por considerarse tan antigua como el hombre mismo. La podemos encontrar descrita desde épocas tan remotas como la de Aretteo, quien la denominó como Heterocrania, de la forma siguiente:

"En ciertos casos duele toda la cabeza; en ocasiones afecta el lado derecho, el lado izquierdo o la frente; y tales dolores cambian de lugar el mismo día... Esta enfermedad se llama Heterocrania, una enfermedad de ningún modo leve... Ocasiona síntomas impropios y molestos... náusea, vómito de material bilioso; colapso del paciente... hay adormecimiento, pesadez de la cabeza, ansiedad; y la vida se torna pesada... Huyen de la luz; la oscuridad calma el dolor; tampoco pueden soportar mirar o escuchar algo agradable... Los pacientes están astiados de la vida y desean morir".

Se han elaborado numerosas teorías acerca de la génesis de esta enfermedad, pasando desde los pensamientos mágicos primitivos hasta los modernos conceptos neurobioquímicos sin describir claramente los aspectos emocionales,

lo que ha llevado a múltiples investigaciones en todo el orbe. Por lo que consideramos de suma importancia realizar en nuestro medio ambiente la presente investigación, ya que a pesar de las características antes mencionada, son muy pocos los trabajos que se han hecho especialmente en forma interdisciplinaria y con los lineamientos científicos de investigación, como ha sido nuestro propósito.

Entre las concomitantes psicológicas de una enfermedad crónica como la migraña, debemos recordar los efectos nocivos que pueden resultar de la presencia prolongada en la familia de un miembro que sufre de una enfermedad larga, especialmente si dicho individuo reacciona ante su enfermedad con irritabilidad, agresividad o de alguna manera desagradable. Por otra parte los enfermos crónicos, en ocasiones sufren más por las reacciones de las personas que los rodean que por el padecimiento mismo.

La vida hogareña con sus recelos y frustraciones; las condiciones de trabajo, que con frecuencia implican el aburrimiento de la repetición constante, o el continuo esfuerzo por lograr el éxito y/o la seguridad, y la necesidad que el subalterno tiene de lograr el reconocimiento de sus méritos o la camaradería de sus superiores y otras personas, son problemas comunes, que sin embargo pueden producir una variedad de síntomas, sin relación con cambios patológicos detectables en la estructura de los órganos. La acumulación de problemas en las relaciones interpersonales produce una gran parte de las tensiones y angustias que acosan al ser humano y trastornan su fisiología. La falta de satisfacción emocional en la vida del individuo puede actuar de forma semejante. Las reacciones de angustia ante las situa

ciones difíciles o críticas tienen una especial tendencia a expresarse en forma de síntomas psicósomáticos.

La manifestación de una enfermedad física con frecuencia está matizada por la personalidad del paciente. Muchas personas que ya tienen una enfermedad definida de naturaleza crónica, experimentan exacerbaciones o complicaciones de la misma en relación con un stress intenso de la vida cotidiana. La evolución y el desenlace del proceso orgánico pueden estar influidos en gran parte por la actitud mental del paciente. Por lo tanto, la enfermedad física con su naturaleza se ha demostrado claramente, suele acompañarse de rasgos psicológicos importantes que el terapeuta debe reconocer, dada su importancia tanto en el pronóstico como para el tratamiento. Así que, no solo la enfermedad misma tiene importancia, sino también lo que significa la enfermedad para cada individuo. Con frecuencia, el significado de la enfermedad o de sus síntomas adquiere enorme importancia para la persona. El síntoma psicósomático representa la concomitante fisiológica de un estado emocional.

Las respuestas psicofisiológicas pueden interpretarse como la perpetuación impropia de las reacciones orgánicas que han servido para adaptarse a, o a protegerse de, algún stress en la experiencia de la vida humana. Algunos psicoanalistas comentan a este respecto que, la expresión fisiológica se debe a que las defensas psicológicas ordinarias son insuficientes para mantener la homeostasis.

El síntoma psicósomático no explica por sí solo la inquietud del paciente; la angustia subyacente que originó el síntoma y que amenaza con abrirse paso a través de --

defensas insuficientes, ejerce mayor influencia. Por lo tanto, en cierto modo puede considerarse que el síntoma -- psicossomático "funcional" es una medida que el paciente -- utiliza para evitar que la angustia lo agobie.

El enfermo psicossomático, al igual que el neurótico tiene una resistencia inconciente a renunciar a las -- medidas que son por completo o en parte defensivas. En -- ocasiones parece que sus síntomas tienen origen puramente somático y niega incluso la posibilidad de que existan causas psicológicas.

Uno de los objetivos en el tratamiento es ayudar al paciente a entender la relación que existe entre sus -- síntomas y las dificultades y desajustes de su personalidad particular, que son una fuente de angustia.

CAPITULO I

EL SINDROME MIGRANOSO

Aunque el rasgo prominente de la migraña es la cefalea espisódica y habitualmente unilateral, el síndrome consiste en un mal funcionamiento neurovascular con muchas facetas, son otros síntomas somáticos que también acompañan se de alteraciones en el estado de ánimo.

Alrededor del 15% de la gente de 40 años o menos padece migraña o alguna de sus variantes. El primer ataque puede ocurrir entre los cinco o los treinta años, aunque generalmente empieza durante la pubertad. Tanto los muchachos como las muchachas son afectados de igual forma, pero posteriormente el desorden afecta mayormente a la mujer que al hombre.

A) PERFIL CLINICO.

El ataque migrañoso puede ser moderado, severo e incapacitante y puede ocurrir dos veces al año ó tres veces por semana.

El ataque de Migraña Clásica ocurre en tres etapas: el aura, el dolor de cabeza y la etapa posterior al dolor. El aura es un episodio de síntomas neurológicos focales que duran de 15 a 30 minutos y es usualmente premonitorio. Los síntomas neurológicos focales más comunes son de tipo visual, debilidad, mareo y algunas veces trastornos del habla.

El ataque migrañoso puede limitarse a un lado de

cabeza, pero a veces puede pasarse a la otra mitad de la cabeza. El dolor de cabeza frecuentemente se acompaña de náusea, fotofobia, vómito, vértigo, temblores, transpiración y escalofríos. Durante el ataque el paciente se ve enfermo. Durante la fase posterior al dolor de cabeza, el cuero cabelludo del lado del ataque se vuelve suave y el paciente se siente exhausto. Cualquier esfuerzo que se pretenda realizar puede precipitar de nuevo el dolor.

En la migraña común, la fase de vasoconstricción aparentemente no es tan severa como para producir un aura de deficiencias neurológicas focales.

B) DIFERENTES FORMAS DE MIGRAÑA.

Existen diferentes tipos de migraña, estos incluyen a la Migraña Clásica, la Migraña Común, la Migraña Hemipléjica, y la Migraña Oftalmopléjica. Común a éstas, es una tendencia a la dilatación vascular, que representa la fase dolorosa del ataque migrañoso. La vasoconstricción inicial, puede ocurrir y generalmente se asocia con experiencias no dolorosas o prodrómicas.

En la Migraña Clásica, se describen pródomos, lo que generalmente no sucede en la Migraña Común, o por lo menos el paciente no los reconoce. La Migraña Hemipléjica y la Oftalmopléjica, son consideradas como formas muy severas de Migraña Clásica.

Corca del 70% de la Migraña, se presenta en forma unilateral y afecta las regiones frontal y temporal de la cabeza o puede asentarse atrás del ojo. El dolor puede irradiarse a través de la cabeza a otras regiones de la ca-

ra y cuello, rodeando el sitio primario del dolor.

En cuanto a los hallazgos electroencefalográficos en la Migraña a pesar del gran número de estudios de EEG en pacientes con este padecimiento, no se ha encontrado un patrón específico como es el caso de los pacientes epilépticos.

C) PROCESO CENTRAL DE LA MIGRAÑA.

Es ampliamente aceptado que en la migraña, las arterias intracraneales están profundamente afectadas. Se ha comprobado que los prodromos de la Migraña, están asociados con una reducción en la circulación sanguínea de la corteza cerebral; se ha visto que durante las auras, la circulación cerebral disminuye y se incrementa durante el dolor de cabeza.

D) FACTORES PRECIPITANTES.

La tensión es el principal factor precipitante de la Migraña, sin embargo el ataque de migraña no empieza sino hasta que la tensión ha pasado. Frecuentemente encontramos que posteriormente a la resolución de algún conflicto sobreviene un ataque de migraña.

Otro factor importante es el cambio súbito de los niveles hormonales; en algunas mujeres durante la ovulación o antes de la menstruación pueden desencadenar un ataque de migraña, así como el cambio en el nivel de glucosa en la sangre.

Un sinnúmero de condiciones médicas pueden aumen--

tar la frecuencia y severidad del ataque: la depresión, la hipertensión severa o moderada, desórdenes del calógeno y enfermedades febriles.

Factores Generales:

Fatiga
Falta de sueño
Tensión
Menstruación
Luz brillante
Ciertos tipos de comida
Tiramina
Drogas que contengan material vasoactivo

Factores emocionales:

Las relaciones familiares
La vida social
Tensión ambiental
Hábitos sexuales
Ansiedad
Depresión

Factores Ocupacionales:

Aquellos trabajos que requieren del trato frecuente con el público para proveer servicios. - Los mecánicos y otro tipo de -- trabajadores en lugares poco -- ventilados.

E) GENERALIDADES.

Distribución por Sexos:

Es más frecuente encontrar pacientes del sexo femenino que sufran este tipo de cefalea. Existen estimaciones que nos muestran que el 60% de las personas que la sufren son mujeres.

Distribución por Edades:

La Migraña puede aparecer durante la infancia, -- aunque generalmente empieza antes de los 40 años y es más común en la segunda y tercera época de la vida. La Migraña tiende a desaparecer en edades avanzadas.

Historia Familiar:

Aproximadamente el 70% de los pacientes con Migraña presentan antecedentes de padecimientos similares en parientes consanguíneos. Algunos estudios sugieren que hay una relación hereditaria en la Migraña. Si ambos padres la han padecido existe un 70% de probabilidades de que los hijos la presenten. Si solo uno de los padres la ha padecido la probabilidad se reduce a un 45%. Si ninguno de los padres la ha padecido, pero algún miembro de la familia la ha sufrido, existe una probabilidad del 25%.

Factores Obstétricos y Menstruales:

Existe un tipo de Migraña que ocurre durante el embarazo, pero que tiende a desaparecer durante el tercer -

mes del mismo y se presenta de nuevo después del nacimiento del producto. Con la monopausa, la migraña tiende a desaparecer y es más intensa durante la presentación de la menstruación.

Estado Mental:

Existen indicaciones obvias de ansiedad o depresión en los pacientes con Migraña. Puede presentarse además cierto grado de agitación*.

La mayoría de los pacientes migrañosos se presentan a consulta en forma pulcra y bien presentados, dando una atención meticulosa a su apariencia personal?

Ansiedad:

Los pacientes migrañosos sufren ansiedad situacional, además de la generada por profundos conflictos inconscientes*.

La inadaptabilidad ante problemas de la vida diaria crea coraje y resentimiento en este tipo de paciente y se ha descrito cierta hostilidad manifiesta en ellos. Los pacientes con migraña tienden a crearse un ambiente que les exige demasiado en su vida cotidiana*.

*Seymour Diamond and Donald Dalessio.

The Practicing Physician's Approach to Headache.
U.S.A. 1978

F) SINTOMAS QUE ACOMPAÑAN AL ATAQUE DE MIGRAÑA.

- Fotofobia: Sensibilidad a la luz, prefieren la oscuridad; además se encuentra hipersensibilidad a los ruidos.
- Vómitos y Náuseas: Ocurre en un 90% de los casos. Rara -- vez aparece diarrea. Puede haber deshidratación si el vómito es excesivo.
- Cambios Vasculares: Manos y pies fríos. Palidez. Sensibilidad en las venas superficiales de la parte afectada por el dolor de cabeza.
- Otros cambios corporales: Incremento de peso por retención de sodio. Hiperestecia del cuero cabelludo!

CAPITULO II

CORRELATOS EMOCIONALES DE LA MIGRAÑA

Debido a que los estados emocionales crónicos -- con frecuencia se asocian a defectos en las funciones orgánicas y se relacionan en forma con problemas cotidianos, algunos investigadores han realizado estudios con el fin de definir cuáles son los correlatos emocionales de la migraña.

Wolff ha hecho un estudio extenso de los aspectos de la personalidad en pacientes con migraña. Este autor estudió 46 pacientes con migraña y encontró que más de la mitad eran "delicados", retraídos y obedientes a sus padres. Estos pacientes eran concienzudos, corteses y de buenos modales. En muchos sentidos, no obstante, su conducta era paradójica. En la misma persona, afloraban terquedad, desafío y rebeldía. Eran frecuentes las rabietas durante la infancia.

En conjunto, padres y maestros hallaban a estos niños dignos de confianza y obedientes y a tales jóvenes se les asignaban responsabilidades a edades tempranas. -- Era común observar el apego extraordinario a la madre. -- Eran ordenados, esmerados y puleros. Durante la adolescencia, estos pacientes ocupaban de manera extraordinaria en aspectos relacionados con el sexo, en particular con su aspecto moralista. De adultos, estos pacientes tuvieron las mismas características, incluso más acentuadas. La mayoría de ellos eran extraordinariamente ambiciosos y se preocupaban por sus logros y éxitos. En el estudio de Wolff, estos pacientes eran concienzudos, perfeccionistas, persistentes y exigentes, tratando de poner orden haciendo los -

arreglos necesarios para ello siempre que fuera posible. - También cualquier cambio en la tranquilidad, interrupción del curso del trabajo normal o alivio de una disciplina, a menudo eran sucedidos por alguna migraña, así como también el adoptar otras responsabilidades y prever las críticas. Así mismo se caracterizaban por inflexibilidad, falta de elasticidad, resentimiento encubierto y una "recia mentalidad". También les resultaba difícil aceptar las flaquezas de sus semejantes. La incapacidad para perdonar era seguida de culpabilidad y autoacusaciones ulteriores. Aunque -- eran sensibles respecto a las cefaleas, veían con buenos -- ojos las preguntas respecto a su estado de salud cuando se presentaban los dolores de cabeza. Las dietas grasas eran comunes. Si bien no se les llamará tacaños, ellos querían obtener lo mejor por su dinero.

Lawrence C. Kolb describe en la etiología de la migraña que muchas de las personas que sufren este padecimiento provienen de familias ambiciosas en exceso y muy convencionales, que dan gran importancia al éxito y en las cuales se requiere que los hijos se ciñan a pautas de conducta estrictas, que limitan la expresión directa de cualquier -- agresión, a través de actividad física o verbal.

Cualquier estímulo que desencadene ira o deseos hostiles, produce angustia y conflictos y esta condición actúa como un factor que precipita la respuesta neurovascular fisiopatológica.

La personalidad de la mayoría de los enfermos de migraña expresa consideración hacia otros y es controlada, serena en apariencia; las personas que rodean a tal individuo, a menudo piensan que se trata de una persona eficaz, perfeccionista y con gran empuje. Poco antes del ataque de

migraña, pueden manifestarse ciertos rasgos de la personalidad y mal humor, que expresan en forma más directa la -- ira escondida*.

Hlenzyk-Gut y Rees examinaron la hipótesis de qué factores psicológicos pueden contribuir a la etiología de la migraña en cuanto qué rasgos de la personalidad específicos pueden predisponer o ser factores predisponentes y experiencias emocionales angustiantes pueden ejercer el -- mismo efecto. Obtuvieron una muestra que incluyó a 50 mujeres con migraña. Estas fueron igualadas en situación de control, con grupos similares que no tenían jaquecas. También se estudiaron otros grupos equiparados, a saber, 89 mujeres de una clínica para pacientes con migraña. Con la finalidad de ver si sus características eran o no similares con la de los primeros. Se administraron varias pruebas "psicosomáticas", a saber, el Inventario de Personalidad de Eysenck, una forma abreviada del MMPI y el Inventario Bass-Burkeo de Hostilidad-Culpa, mismos que fueron complementados por cada sujeto.

Se presentó evidencia de que la tensión emocional puede actuar como un factor desencadenante en la migraña, ya que más de una mitad de los 120 ataques registrados durante un período de dos meses de observación, estuvieron relacionados en tiempo con un fenómeno angustiante manifiesto; y en una mitad de la muestra al azar, la migraña comenzó por primera vez durante el período de tensión emocional.

*Harold Guist. Aspectos emocionales de la Migraña México, 1981.

CAPITULO III

CEFALEA TENSIONAL

Las cefaleas tensionales, se precipitan debido a conflictos emocionales o aparecen como una complicación del estado de migraña. A menudo se encuentra como el componente somático de un estado crónico de angustia. El dolor se debe a una estructura sostenida y prologada de la musculatura cervical. Es posible obtener alivio sintomático para esta cefalea si se utilizan drogas que disminuyan la angustia y relajantes musculares.

La aparición frecuente o prolongada de este tipo de cefaleas es una indicación para psicoterapia, para permitir al individuo que reconozca el conflicto y modifique la subyacente estructura patológica de su personalidad.

Tanto la migraña como la cefalea tensional se tienen que diferenciar de las cefaleas que se deben a otras enfermedades físicas, así como de los síntomas simbólicos de dolor o sensaciones peculiares en la cabeza, que ocasionalmente aparecen en los esquizofrénicos y que representan, en alguna forma, inferencias derogatorias respecto al funcionamiento intelectual o duda respecto a las capacidades sociales o emocionales del individuo. Los pacientes con este aspecto suelen hablar de sus síntomas de manera vaga y estrambótica, la cual contrasta con la habitual descripción estereotipada de la cefalea que se escucha en casos con un padecimiento orgánico o con fallas en el funcionamiento neurovascular o neuromuscular que afectan la cabeza y el cuello.

Esto es probablemente el dolor de cabeza más frecuente y persistente. Consiste en un dolor constante y di-

fuso en la región occipital del cráneo, en el cuello y en los hombros, que usualmente se acompaña de insomnio e irritabilidad general. El dolor es causado por una prolongada contractura muscular del cuello resultante de la acumulación de tensión, por esta razón la cefalea tensional ha sido clasificada como una reacción psicofisiológica del sistema musculoesquelético.

La cefalea tensional puede ocurrir en personas de tipos perfeccionistas y represivos al igual que la migraña o en individuos que encuentran difícil afrontar problemas y conflictos.

Cuando el dolor es incapacitante, persistente y es obvio que su naturaleza no es de origen vascular, se puede sospechar de un desorden del carácter, pensamiento o conducta. Esto se observa generalmente en los pacientes depresivos, aunque no solo se asocia con depresión. El dolor de cabeza puede ser un signo de ansiedad crónica o puede presentarse como una forma de reacción conversiva.

A) PERFIL CLINICO.

El dolor por contractura muscular es generalizado y no pulsátil. Los pacientes lo describen como una sensación de opresión o pesadez bitemporal u occipital, o como si el cuello y la parte superior de la espalda estuvieran tensadas. Con la experiencia, los pacientes pueden encontrar que si asumen determinada posición -sostener la cabeza con las manos o no moviéndola y limitando los movimientos de las mandíbulas y el cuello- el dolor disminuye. Al palpar la zona afectada por el dolor, podemos localizar "nó

dulos" en las áreas de los músculos. La presión de estas áreas puede agravar el dolor haciéndolo que se propague a las zonas adyacentes.

Los pacientes con este tipo de cefalea generalmente se quejan de un dolor continuo y específico que no responde al tratamiento normal de drogas relajantes para el dolor y por lo cual no se encuentra una base orgánica para el padecimiento.

El 30% de los pacientes sufren por lo menos un dolor de cabeza al día; 20% tienen el dolor constante. Estos pacientes por lo general refieren problemas en el dormir. Si la tensión es el principal factor, tienen dificultad para iniciar el sueño; si se encuentran deprimidos, tienden a despertar varias veces durante la noche. Un interrogatorio detallado, puede revelar otros síntomas y signos de depresión que incluyen insomnio, pérdida de la espontaneidad y en algunos casos ideas suicidas.

Un patrón diurno en la ocurrencia del dolor de cabeza permite un diagnóstico acertado cuando las manifestaciones de depresión no son claras. Los dolores de cabeza relacionados con depresión, empeoran por la mañana y durante la tarde y tienden a presentarse entre las cuatro y las ocho de la mañana y las cuatro y las ocho de la noche; ocurren períodos de crisis silentes el paciente anticipa conflictos en la casa o el trabajo.

B) PATOGENESIS.

El dolor surge debido a la reacción de los músculos y vasos sanguíneos. Los músculos se contraen tónicamente y los vasos sanguíneos se constriñen, causando un tipo -

isquémico de dolor muscular con rigidez local.

C) GENERALIDADES.

Distribución por Sexos:

Algunas investigaciones han demostrado que la mayoría de los pacientes con cefaleas tensionales crónicas -- son mujeres.

Distribución por Edades:

Este tipo de cefalea debida a contractura muscular puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en la edad adulta, cuando las frustraciones de la vida tienden a ser mayores.

El dolor de cabeza tensional es poco frecuente en niños. Si un niño se queja de dolor de cabeza persistente, deben tenerse en cuenta causas orgánicas.

Historia Familiar:

En este tipo de dolores de cabeza, existen referencias de padecimientos similares en la familia de aproximadamente un 40%.

Estado Mental:

La cefalea crónica, puede ser un signo de depresión o ansiedad. Los episodios esporádicos de este tipo de cefalea, raras veces hace al sujeto que la sufre acudir a -

la consulta médica.

Relación con otros padecimientos:

Un alto porcentaje de los pacientes vistos en clínicas especializadas en dolores de cabeza, el dolor por contractura muscular se asocia en algunos casos con dolores de tipo migrañoso. Esta asociación es más por regla que por excepción.

CAPITULO IV

PROCEDIMIENTO

A) DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

El desarrollo experimental de esta tesis, se llevo a cabo en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Dr. Angel Leño. Con el fin de determinar rasgos de personalidad característicos de la muestra se utilizó como instrumento de medición el Inventario de Personalidad de Minnesota M.M.P.I. Dicha prueba se aplicó a una muestra poblacional de 60 sujetos, -con la intención de que nuestro estudio fuese significativo y representativo- cuyas edades oscilaron entre los 20 y 50 años, sin distinción de sexo, ni de nivel socioeconómico y con una escolaridad mínima de primaria, variables elegidas arbitrariamente por nosotros. - El tiempo mínimo de evolución encontrado en nuestra investigación fue de cuatro años. Dividimos la población en dos grupos de 30 sujetos cada uno; un grupo control conformado por personas con cefalea tensional y otro experimental, tenía como antecedente el padecer migraña. No intentamos relacionar la edad de los sujetos o el estado civil con los puntajes obtenidos, aunque consideramos que dicha correlación podría generar otro profundo estudio.

La detección de los sujetos de la muestra se realizó en base a un diagnóstico previo, elaborado por los médicos de la consulta del Servicio de Neurología del citado hospital, quienes amablemente nos remitieron a los pacientes adecuados para nuestro estudio.

La aplicación del test M.M.P.I. se realizó en la Sala de Juntas del Servicio de Neurología, la cual era apro

piada para el desarrollo del examen por su comodidad, iluminación y ventilación, proporcionando así un ambiente propicio.

Antes de iniciar la aplicación, se le informó a cada sujeto el propósito de nuestra investigación y el beneficio de la ejecución tanto para su tratamiento como para el propio estudio.

Se le proporcionó al sujeto una hoja de respuestas, un cuadernillo y un lápiz, con el que habría de escribir claramente su nombre y otros datos. Se lo dio la consigna en voz alta, en tanto el sujeto leía en silencio. Se le respondió a cualquier pregunta que pudiera tener y se lo indicó que no marcara el cuadernillo; luego se le permitió iniciar. Hubimos de aclarar dudas en el transcurso de la elaboración del test, cuando esto se consideró imprescindible.

B) DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

El inventario Multifásico de la Personalidad es un instrumento psicométrico diseñado para proveer, en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad.

El punto de vista que determina la importancia de un rasgo en este caso es el psicológico clínico o del psicólogo industrial que desean evaluar aquellos rasgos comúnmente característicos de la anomalía psicológica.

El instrumento está compuesto de 566 frases, más de 16 repetidas que incluyen una variedad de temas desde condiciones físicas hasta condiciones morales y actitudes.

sociales del sujeto investigado.

Al sujeto se le pide que clasifique las frases en tres categorías: ciertas, falsas y no puedo decir. Después que el sujeto ha identificado todas las frases que él pueda en su mayoría, como ciertas y falsas acerca de sí mismo, se cuentan sus respuestas a fin de obtener puntajes para tres escalas clínicas. Existe un buen número de escalas adicionales que son las menos utilizadas. El tiempo de la administración varía, aunque rara vez es mayor de hora y media y, generalmente es de solo 30 minutos.

Confiabilidad y Validez. - Los datos normativos originados fueron obtenidos con una muestra de 700 sujetos que representaban un corte transversal de la población del Estado de Minnesota, Estados Unidos de Norteamérica, lograda con los visitantes del Hospital del Centro Médico de la Universidad de Minnesota, situada en la ciudad de Minneapolis. El muestreo fue bastante adecuado para las edades de 16 a 55 años y para ambos sexos.

Además, a estos grupos de sujetos normales se agregó un grupo de estudiantes preparatorianos y universitarios que representaron un sector adecuado de los solicitantes de ingreso en la Universidad.

También se pudieron obtener datos de varios grupos especiales, como de pacientes tuberculosos y epilépticos.

Las escalas se obtuvieron contrastando los grupos de sujetos normales con los grupos de casos clínicos cuidadosamente estudiados, de los cuales 800 eran pacientes de la división Neuropsiquiátrica de los hospitales de la Universidad de Minnesota, cuando la prueba fue publicada. Los

detalles de la obtención de escalas son demasiado variables y extensos para describirlos aquí brevemente, pero varios métodos fueron empleados. El criterio principal de excelencia fue la predicción válida de los casos clínicos comparados con los diagnósticos hechos con el personal Neuropsiquiátrico y no de acuerdo con las medidas estadísticas de confiabilidad y validez.

Sin embargo, los estudios estadísticos en relación con la confiabilidad y validez son de gran importancia. Para cualquier prueba psicológica, el coeficiente de confiabilidad varía de acuerdo con la muestra utilizada; es decir, utilizando un grupo con un amplio número de puntajes de las características medidas rendirá una estimación más alta de confiabilidad que si se usa un grupo con escaso número de puntajes de las características mencionadas.

Cuando los inventarios de la personalidad son considerados, el problema más importante aparece principalmente en la interrogación de si el grupo utilizado estaba integrado por sujetos normales o por pacientes hospitalizados, o por unos u otros.

Se supone que las características de la personalidad de sujetos normales deberían ser más estables que las de los pacientes psiquiátricos.

El problema se intensifica aún más cuando los inventarios miden rasgos de la personalidad que se supone son algo inestables (tales como "disposición de ánimo" o situaciones variables, o depresión), o aquellos que el psicoterapeuta intenta modificar.

En vista de estas dificultades, los datos que han

han sido aportados sobre la confiabilidad del M.M.P.I. parecen bastante satisfactorios. Hathaway Mc. Kinloy, utilizando la forma individual con sujetos normales no seleccionados, informaron los coeficientes de 6 de las variables clínicas. El tiempo entre la prueba y la segunda prueba varió de tres días hasta más de un año.

Cottle informó de los coeficientes de pruebas y segunda prueba utilizando sujetos no seleccionados, quienes fueron examinados con ambas formas, la individual y la de grupo, con una semana de diferencia.

Holzberg y Alessi encontraron coeficientes para la prueba con pacientes psiquiátricos no seleccionados a quienes se les administró la forma completa y breve de la forma individual con una diferencia de tres días de tiempo.

Puesto que Cottle no utilizó la misma forma de la prueba en ambas situaciones y Holzberg y Alessi no utilizaron la misma versión, los coeficientes que ellos encontraron pueden proporcionar una estimación conservadora de la confiabilidad del M.M.P.I.

En cuanto a la validez, un alto puntaje en una escala ha favorecido la predicción positiva de diagnóstico final correspondiente, por la estimación de más del 60% de nuevas admisiones psiquiátricas. Este porcentaje de la diferencia entre varias clases de casos clínicos que es mucho más difícil que la mera diferenciación entre grupos normales y de enfermos, aun en un alto porcentaje no fue seguido por el diagnóstico correspondiente, la presencia de un rasgo en grado anómalo en el cuadro sintomático se notará casi siempre.

La idea principal del inventario fue hecha con el objeto de aminorar en parte el conflicto entre los conceptos psiquiátricos de la personalidad psicopatológica y de los psicólogos y otros profesionistas que trabajan con anomalías de sujetos más o menos normales, se aplican a rasgos de personalidad que no son tan aplicables a lo psicopatológico.

Los conceptos comunmente usados de introversión, extroversión, neurotismo e inferioridad son ejemplos de términos que raramente tienen valor específico en la práctica psiquiátrica pero sí puede tener algún valor al describir la personalidad normal. El inventario fue también con la esperanza de que pudiera ser casi universal, tanto en la interpretación como en la aplicación a casos individuales. Es por esta razón que se han realizado estudios sobre la validez de las contestaciones dadas por cada uno de los sujetos en tal forma que los puntajes pueden ser interpretados con un alto grado de confianza, escasa escolaridad, mentalidad baja e incapacidad debido a enfermedad psicológica.

Descripción de las Escalas.

a. Escalas de Validez.

La escala de respuesta "no puedo decir" (7).

La escala de respuestas no contestadas es un porcentaje de validación consistente en el número total de respuestas clasificadas en la categoría de "no puedo decir" el número de este puntaje afecta el significado de los otros puntajes. Cuando este puntaje es muy numeroso invalida a los otros. Un puntaje límite probablemente significa que

el puntaje real del sujeto, si no hubiese sido utilizado - la categoría "no puedo decir", se apartaría aun más del -- promedio de lo que significa su puntaje. Este puntaje en - sí es índice de factores de la personalidad, pero no se ha analizado ningún material específico, al respecto se obser- va que ocurren puntajes altos en psicasténicos o pacientes depresivos.

El Puntaje de Mentira (L).

Este puntaje es también un puntaje de validación que permite una medición del grado en que el sujeto puede intentar falsificar sus puntajes seleccionando siempre las respuestas que lo situen en la población más favorable. - Un alto puntaje en L. no invalida necesariamente los otros puntajes, pero sí indican que el valor real es probablemente superior que el obtenido. En algunos casos el puntaje L puede ser de interés por su propio valor como una medida de algún rasgo de personalidad especial. Esta escala se - introdujo con el fin de encontrar o poder evaluar el grado de franqueza del sujeto al tomar la prueba, pero posterior- mente se han encontrado además una serie de implicaciones' interpretativas. Con ella se encuentra la tendencia del - sujeto a cubrir sus faltas personales, socialmente inacap- tables cuando la escala o algunas frases de la escala son' obvias psicológicamente e implican una conducta no acepta- da socialmente. Para ser calificables tienen que ser con- testadas como falsas estas frases.

El Puntaje de Validez (F).

El puntaje F no es una escala de personalidad pe- ro sí utilizada como una forma de evaluar la validez total

de todo protocolo. Si el puntaje F es alto, las otras escalas probablemente se invaliden, ya sea porque el sujeto se descuidó o era incapaz de comprender el significado de las frases o porque hubo muchos errores de anotación o de puntuación. Un puntaje bajo de F es índice confiable de que las respuestas del sujeto fueron racionales o relativamente pertinentes; por lo que se ha encontrado de gran importancia considerar como primer paso de interpretación el valor F, ya que en su totalidad, el protocolo está enormemente relacionado con esta escala.

Lo esencial es considerar las razones por las que el sujeto obtiene una puntuación elevada. Se han considerado e investigado los resultados en que los sujetos tienen motivaciones especiales para aparecer como personas inadecuadas, incompetentes, mentalmente enfermos o que buscan la forma de evitar responsabilidades extremas, que fingen estar enfermos ofreciendo una puntuación alta en las escalas clínicas.

El Puntaje (K).

Esta escala integrada por 30 frases opera como escala de corrección para las escalas clínicas: 1(Hs), 4(Dp), 7(Pt), 8(Es) y 9(Ma), pero también como índice de ciertas características de personalidad.

Las primeras versiones del M.M.P.I. no incluían esta escala, pero hubo de desarrollarse experimentalmente para resolver dificultades de la diferenciación de pacientes.

Una de las razones por las cuales las personas --

responden de determinada forma a las frases en que ciertos rasgos son considerados deseables social y personalmente, como si fueran verdaderos respecto a ellas mismas, es porque estas personas se sienten satisfechas de sí mismas.

b. Escalas Clínicas.

1(Hs), 2(D), 3(HI), 4(Dp), 5(Mf), 6(Pa), 7(Pr), 8(Es), 9(Ma), 0(Si).

Escala de Hipocondriasis 1(Hs).

Treinta y tres frases. Las características de la personalidad de sujetos asociados con esta escala, se han encontrado en los estudios realizados hasta la fecha se encuentran bajo dos categorías, una de puntuación elevada y la otra se refiere a casos en que la puntuación es baja en comparación con las otras escalas del perfil. Los hombres que ofrecen una puntuación alta en esta escala, de acuerdo con los estudios de Hathaway y Meehl (1951) Son sociables, entusiastas, amables, con amplia variedad de intereses, versátiles, en tanto que las mujeres son modestas, francas, ordenadas y comunicativas.

La escala Hs, es una medida de la cantidad de interés normal acerca de las funciones corporales.

Escala de Depresión 2(D).

La escala 2(D) es caracterizada a menudo como la escala del "estado de ánimo" ya que es posible que por medio de ella encontrar estados emocionales momentáneos y --

transitorios. Fue diseñada como una medida del grado de Depresión, cuadro psicológico que expresa baja moral, sentimientos de desesperanza y tristeza. La escala varía de acuerdo con la forma en que fluctuen estos estados de ánimo. Dado que la Depresión es uno de los cuales principales característicos de todo paciente psiquiátrico, no es sorprendente encontrar que la escala 2 sea la que con mayor frecuencia se encuentre elevada en el perfil del N.M.P.I. y que repetidamente sea el punto más alto del perfil dentro de la población de pacientes con padecimientos psiquiátricos.

Escala de Histeria 3(Hi).

La escala 3 (Hi), como la dos, está integrada por 60 frases y se formó con el objeto de identificar a pacientes que padecían de historia de Conversión.

En las mujeres es más frecuente que en los hombres, ya que esta escala elevada casi no se encuentra entre los hombres normales, pero sí en la mujeres normales.

Los síntomas pueden ser quejas generales o sistomáticas o quejas más específicas, tales como parálisis, contracciones musculares, malestares gástricos o intestinales o síntomas cardíacos. Los casos histéricos son más inmaduros que cualquier otro grupo. Aunque sus síntomas pueden ser a menudo "milagrosamente" aliviados por alguna conversión de f6 o por psicoterapia adecuada, siempre existe la posibilidad de que el problema vuelva a aparecer si la tensión continúa su repito.

Escala de Desviación Psicopática 4(Dp).

La escala 4 (Up), integrada por 22 frases, mide la similitud que tiene un sujeto con un grupo de personas cuya dificultad principal reside en la ausencia de respuesta emocional profunda, en su incapacidad para beneficiarse por medio de la experiencia y su despreocupación por las normas morales de la sociedad.

Escala de Intereses 5(Mf).

La escala 5 está integrada por 60 frases que tienen el objeto principal de obtener respuestas relacionadas con intereses que puedan definirse entre los que son propios de los hombres y de las mujeres, es decir, pertinentes a características propias de un sexo o de otro. Existe sin embargo, una serie de factores que deben considerarse a este respecto. Para cualquiera de los sexos una puntuación elevada implica una orientación en dirección al sexo opuesto. Esto no implica que el sujeto que ofrece una puntuación alta en esta escala tenga inclinaciones homosexuales.

Escala de Paranoia 6(Pa).

La escala (Pa) fue obtenida al contrastar personas normales con un grupo de pacientes caracterizados por delirios de persecución, sospecha, hipersensibilidad con exotismo expansivo o sin él. Se ha observado que algunas personas muy paranoides que han evitado el traicionarse a sí mismos al responder a las frases de esta escala.

Escala de Psicastenia 7(Pt).

La escala está integrada por 48 frases elaboradas con el propósito de encontrar características de la personalidad clasificada como Psicastenia, término introducido por Janet y que actualmente se encuentra en desuso; las características de ella incluyen reacciones fóbicas y obsesivo compulsivo.

Escala de Esquizofrenia 8(Es).

La escala (Es) mide la similitud de las respuestas con las de aquellos pacientes que se caracterizan por pensamientos o conducta inusitada y extraña. Existe su separación entre la vida subjetiva y la realidad en la persona esquizofrénica a tal grado que el observador no puede seguir racionalmente los cambios de modo o de conducta.

Hataway y Mc Kinley (1951) le dedicaron mayor tiempo y dedicación e investigación a la estructuración de esta escala que a ninguna otra, y sin embargo, todavía es considerada como una de las más débiles y las razones son obvias, dado el complejo de esta entidad.

Muchos aspectos pueden mencionarse respecto a las características del esquizofrénico, pero los más importantes son la congruencia del afecto, asociación defectuosa del pensamiento.

Escala de Hipomanía 9(Ma).

La escala Ma, consta de 34 frases y mide el factor de personalidad característico de personas con marcada productividad en pensamientos y en acción, es decir, las personas con características maníaco-depresivas tipo maníaco.

Escala Social 0(Si).

Esta escala fue originada con sujetos normales y se buscó con ella la tendencia a la introversión o a la extroversión social.

Reseña Histórica del Test.

Desde hace veinticinco años comenzó a publicarse estudios sobre el cuestionario Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, comúnmente llamado M.M.P.I. En 1943 la editorial de la Universidad de Minnesota publicó el material del inventario y el primer manual de dicho cuestionario. En 1945 la Corporación Psicológica Norteamericana se convirtió en la editorial oficial ya que pensó en una organización profesional de Psicología podría ser de mayor utilidad para su difusión.

Cuando los creadores de la Prueba (H ataway y Mc Kinley) publicaron el manual de la prueba en 1951 incluyeron 49 referencias bibliográficas y, nueve años después, Dahlstrom y Welsh publicaron su "MMPI Handbook" (1960), se encuentran mil doscientas referencias y cerca de mil de ellas se refieren a investigaciones que implican un poco más de cien investigaciones anualmente publicadas en los Estados Unidos y otros países.

La prueba ha sido traducida a dieciséis idiomas. Naturalmente, esto hace suponer no solamente la traducción de las quinientas cincuenta entradas que constituyen la prueba, sino que, por lo menos, se han entontado investigaciones con este método en numerosos países.

El M.M.P.I. puede ser utilizado principalmente para lograr una separación subjetiva entre personas mentalmente sanas y enfermas, o con rasgos y tendencias más o menos patológicas, algunos la han utilizado también para seleccionar el personal en instituciones militares, industriales y educativas, también se ha utilizado en el diagnóstico diferencial de psiconeuróticos, en el estudio de psicóticos, sujetos con personalidad psicopática, etc.

Los cuestionarios se han convertido en una estimable fuente de información en la investigación, y las escalas constituyen un importante medio de comunicación entre los clínicos del mundo entero.

Existen numerosas traducciones del cuestionario, pero la validez o la normalización de tales traducciones no ha sido hecha en las áreas correspondientes a los diferentes países. Aun no existe suficiente información transcultural sobre la confiabilidad o validez de las escalas originales; los informes preliminares de algunos países indican que sí existe alguna validez transcultural en las escalas traducidas, pues parece ser que la información que proveen es útil en la clínica, aún a través de las barreras que implican la traducción y aplicación a diferentes culturas.

La traducción del M.M.P.I. al español se ha realizado desde hace tiempo en diferentes lugares de Latinoamérica. Una primera versión de las oraciones del inventario fue preparada en Cuba por los doctores A. Bernal y E. Fernández, antes de la Revolución. El Dr. Abelardo Mena, médico egresado de la Universidad de Yucatán y el Dr. Rafael Núñez trabajaron con las oraciones español, para lo cual contaron con la colaboración de un psiquiatra de Perú y --

otro de Argentina que hizo una segunda traducción del inglés al español; posteriormente el material ha sido revisado y adaptado por el Dr. Núñez y publicado por el Manual - Moderno S.A.

Al Dr. Núñez le parece que sería de gran valor para los psiquiatras y psicólogos de América Latina que -- una versión estandarizada en lengua española pudiera ser usada, sin esta variedad de expresión. Es muy importante notar que estos problemas en traducción no son meramente nacionales, ya que diferencias entre dos regiones de la -- misma nación, como por ejemplo, entre México y la Ciudad -- de México, pueden ser tan grandes como lo son entre Lima, Caracas y Buenos Aires.

Desde hace tiempo el M.M.P.I. ha sobrepasado el manual común o la simple guía con el que se ha interpretado hace veinte años. Aun cuando es muy simple de administrar y calificar, la variedad de sus escalas, y especialmente la complejidad de los cientos de expresiones numéricas que representan los perfiles construidos a partir de las calificaciones estándar de las escalas, han sido las fuentes de extensos informes sobre investigaciones e interpretaciones rutinarias. Así pues, su uso se ha mejorado con los años.

El Dr. Núñez espera que ningún psicólogo sobrevalore la validez del M.M.P.I., ya que ésta no provee una predicción precisa de la conducta, además, existen muchas discrepancias todavía en las calificaciones que han podido ser estimadas convenientemente y la prueba también será menos satisfactoria en sus resultados si es aplicada en otros países sin que antes haya sido investigada en la forma debida.

C) DESCRIPCION DEL METODO.

Los procedimientos estadísticos son de particular importancia en las ciencias de la conducta por la necesidad de reducir y abstraer datos. Debido a la variabilidad de la conducta humana, el estudio de individuos aislados contribuye poco a la búsqueda de consistencias generales. Grupos de personas deben ser estudiados para evitar el peligro de generalizar de una persona que no sea típica.

En las ciencias de la conducta se efectúan investigaciones para determinar en que medida son aceptables las hipótesis que derivamos de las teorías de la conducta. Después de seleccionar cierta hipótesis que parece importante en una teoría determinada, se recogen los datos empíricos que dan información directa acerca de la aceptabilidad de esta hipótesis. La decisión acerca del significado de los datos puede conducir a la confirmación, revisión o rechazo de las hipótesis y, con ella, la teoría que la originó.

Para decidir con objetividad si una hipótesis particular es confirmada por un conjunto de datos, necesitamos un procedimiento que nos lleve a un criterio objetivo para rechazar o aceptar esa hipótesis. Se insiste en la objetividad porque el método científico requiere que las conclusiones sean alcanzadas por métodos públicos susceptibles de ser repetidos por otros investigadores competentes.

Este procedimiento objetivo debe basarse tanto en la información obtenida al investigar como el margen de riesgo que estamos dispuestos a aceptar si nuestro criterio de decisión con respecto a la hipótesis resulta insurrecta.

Basados en los antecedentes decritos, procederemos

nos a enunciar las hipótesis convenientes para nuestra investigación.

D) HIPOTESIS DE TRABAJO.

- H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de distribución de hombres y mujeres dentro de los grupos de pacientes con cefalea tensional y pacientes migrañosos.
- H₂: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones o cantidad de individuos del sexo masculino entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.
- H₃: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones o cantidad de individuos del sexo femenino entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.
- H₄: Existen diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones obtenidas en el cuestionario del M.M.P.I. entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.
- H₅: Existen diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de distribución de hombre y mujeres dentro de los grupos de pacientes con cefalea tensional y pacientes migrañosos.

En esta investigación para comparar dos proporciones de población, donde las proporciones de muestra se'

derivan de muestras independientes y son desconocidas para nosotros, tomamos la media ponderada de las dos proporciones de muestras como estimador.

ESTADISTICO DE PRUEBA .

$$T = \frac{P_F - 0.5}{P_F}$$

DONDE:

$$\sigma_{P_F} = \sqrt{\frac{P_M P_F}{n}}$$

Sean P_M (Proporción Masculina) y P_F (Proporción Femenina). Las proporciones observadas $P_M + P_F = 1$. Probaremos:

$$H_0 : P_F = 0.5$$

$$H_a : P_F \neq 0.5$$

$$\text{Ya que } P_M = P_F \quad P_F = 0.5$$

CRITERIOS:

- 1) Elegir el nivel α
- 2) Obtener T
- 3) Si $|T| \leq T_{\alpha}$ aceptar H_0 si no aceptar H_a .

H₂: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones o cantidad de individuos del sexo masculino entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.

H₃: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones o cantidad de individuos del sexo femenino entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.

A menudo surgen situaciones en las que el muestreo es de proporciones, en vez de valor medio de una población. En tal caso, las observaciones son de naturaleza cualitativa. En nuestro muestreo es posible agrupar las unidades elementales de una población en dos clases cualitativas mutuamente exclusivas.

ESTADISTICO DE PRUEBA

$$T = \frac{P_A - P_B}{P_{A-B}}$$

DONDE:

$$\sigma_{P_{A-B}} = \sqrt{\frac{P_A (1-P_A)}{N_A} + \frac{P_B (1-P_B)}{N_B}}$$

Sean P_A (Proporción de un grupo) y P_B (Proporción del otro grupo). Probaremos:

$$H_0 : P_A = P_B$$

$$H_a : P_A \neq P_B$$

CRITERIOS:

- 1) Elegir α .
- 2) Obtener T
- 3) Si $|T| \leq T_{\alpha}$ aceptar H_0 , si no H_a .

H_a : Existen diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones obtenidas en el cuestionario del M.M.P.I. entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.

Nuestro interés aquí es por la diferencia entre medias poblacionales, entre variancias de población.

Las M_{A^i} , M_{B^i} son las medias obtenidas en los grupos A y B en escalas.

Probaremos:

$$H_0: M_{A^i} = M_{B^i}$$

ESTADISTICO DE PRUEBA

$$\text{DONDE: } T = \frac{M_{A^i} - M_{B^i}}{\sigma_{A-B}^i}$$

$$\sigma_{A-B}^i = \sqrt{\frac{(\sigma_{A^i})^2}{N_A} + \frac{(\sigma_{B^i})^2}{N_B}}$$

CRITERIOS:

- 1) Elegir α .
- 2) Calcular $N_A + N_B - 2 \rightarrow g^l$.
- 3) Obtener $T(\alpha, g^l)$.
- 4) Si $|T| \leq T(\alpha, g^l)$ entonces aceptar l_0 si no l_1 .

M I G R A S A

Puntajes T			E S C A L A S							Masculino					
S	E	E _C	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	38	C	63	50	53	76	72	64	68	52	50	66	46	55	61
2	26	S	53	53	64	48	52	64	52	63	41	56	58	58	48
3	42	C	43	59	50	67	47	55	63	58	50	56	57	78	44
4	33	C	56	70	38	80	72	56	68	69	91	68	85	65	73
5	25	C	53	59	72	58	69	69	81	53	62	69	71	70	48
6	22	S	52	59	49	75	72	62	69	52	56	56	57	63	47
7	24	S	62	52	46	70	51	64	67	64	50	53	57	65	55
8	50	C	56	55	46	57	79	55	35	63	105	50	46	33	74
9	29	S	53	52	58	64	44	64	64	72	53	64	64	72	39
10	26	S	43	64	50	67	70	67	64	50	47	60	46	69	42
11	37	C	56	49	63	47	81	72	57	63	60	62	52	50	22
12	44	C	53	50	63	74	70	65	65	50	62	66	71	69	55
13	28	S	53	59	64	67	51	55	69	52	50	56	57	58	47

S: SUJETO

E: EDAD

E_C: ESTADO CIVIL

CEFALEAS TENSIONALES

Puntajes T

E S C A L A S

Masculino

S	E	E _C	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	22	S	50	48	49	71	75	64	67	65	50	56	59	60	46
2	39	C	56	54	53	71	72	71	63	49	50	63	67	58	44
3	20	S	46	98	33	57	86	56	77	63	100	83	99	75	69
4	20	S	59	58	53	58	86	55	67	68	56	47	53	53	55
5	31	C	46	50	38	52	67	57	64	59	50	46	45	55	51
6	26	S	59	48	54	77	72	73	42	62	55	60	37	63	53
7	34	S	70	62	60	94	92	72	63	58	57	71	80	48	47
8	33	C	39	72	53	61	92	66	74	71	70	69	65	70	60
9	20	S	36	70	42	77	92	66	71	58	57	82	86	65	56
10	38	C	66	58	54	97	76	83	67	68	55	66	76	58	54
11	40	C	39	70	34	77	94	51	48	74	66	83	59	65	65
12	32	C	43	75	44	58	70	46	60	63	63	71	74	75	55
13	43	C	70	59	62	61	70	51	60	45	41	69	61	68	53
14	37	C	56	62	51	71	67	63	55	69	30	66	69	70	49
15	35	C	50	66	57	61	72	66	63	65	57	60	53	55	53
16	26	S	50	48	62	53	57	55	57	58	55	53	51	55	50
17	31	C	53	85	42	77	82	80	77	58	73	82	90	70	69
18	43	C	46	50	47	57	80	56	57	65	56	71	63	58	63
19	24	S	66	70	48	74	82	66	55	65	63	86	76	63	67
20	46	C	50	62	43	74	92	73	57	73	55	71	72	55	64
21	38	C	46	59	60	77	57	69	69	56	56	54	67	65	51

S: SUJETO

E: EDAD

E: ESTADO CIVIL

M I G R A N A

Puntajes T			E S C A L A S								Femenino				
S	E	E _C	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	30	S	45	57	63	78	53	33	71	70	62	68	74	81	40
2	32	C	65	95	42	80	71	89	73	39	79	66	77	78	55
3	26	C	60	60	49	53	73	68	50	51	70	60	57	45	40
4	20	S	53	66	42	39	74	72	45	68	70	78	33	55	64
5	30	C	60	48	53	53	73	61	52	68	41	53	49	50	65
6	21	C	50	53	61	73	59	61	62	70	50	56	58	55	47
7	41	C	56	68	49	76	72	66	69	68	65	63	77	78	62
8	24	S	60	62	47	75	71	73	71	45	68	63	69	58	53
9	26	S	40	68	53	75	67	57	79	53	68	73	64	37	44
10	30	S	60	62	46	53	56	42	41	63	44	38	52	58	58
11	34	C	43	49	64	59	51	61	62	43	72	59	57	68	41
12	25	S	43	67	42	69	100	59	60	44	57	71	69	72	71
13	36	C	56	50	55	50	56	45	49	66	50	43	58	58	52
14	46	C	66	48	55	60	71	59	48	57	56	58	52	53	56
15	33	C	54	60	51	64	67	64	59	57	60	60	69	64	49
16	30	C	53	62	49	53	67	61	52	45	44	59	57	55	40
17	29	S	56	49	63	59	70	61	48	68	68	53	57	55	47

S: Sujeto

E: Edad

E.: Estado Civil.

CEFALEAS TENSIONALES

Puntajes T						E S C A L A S						Femenino			
S	E	E _C	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	24	S	40	55	55	44	46	42	36	69	50	38	41	40	60
2	21	S	50	53	55	54	50	52	66	63	41	47	47	50	38
3	33	C	60	66	55	78	74	72	69	62	70	70	60	60	72
4	23	S	50	68	42	64	84	75	48	64	63	70	71	78	47
5	23	S	60	38	35	63	55	59	64	68	76	66	34	73	61
6	29	C	46	62	47	64	63	57	66	51	79	68	71	73	46
7	36	C	63	60	49	35	86	66	64	53	57	57	77	50	70
8	26	S	53	38	62	93	94	89	82	58	38	76	77	63	69
9	42	C	40	50	53	39	50	50	64	55	53	46	54	73	47

S: SUJETO

E: EDAD

E_C: ESTADO CIVIL.

B) INTERPRETACION ESTADISTICA DE LOS RESULTADOS

H_1 : Existen diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de distribución de hombre y mujeres dentro de los grupos de pacientes con cefalea tensional y pacientes migrañosos.

ESTADISTICO DE PRUEBA

$$T = \frac{P_F - 0.5}{P_F}$$

DONDE:

$$P_F = \frac{P_M P_F}{n}$$

Sean P_M (proporción masculina) y P_F (proporción femenina). Las proporciones de $P_M + P_F = 1$.

RESULTADOS OBTENIDOS:

GRUPO CON MIGRANA.

Con 95% de confianza, los hombres y las mujeres del grupo con migraña obtienen calificaciones similares - en el M.N.P.I., por lo general no existe diferencia significativa entre los grupos de hombres y mujeres con migraña lo que rechaza nuestra hipótesis, ya que:

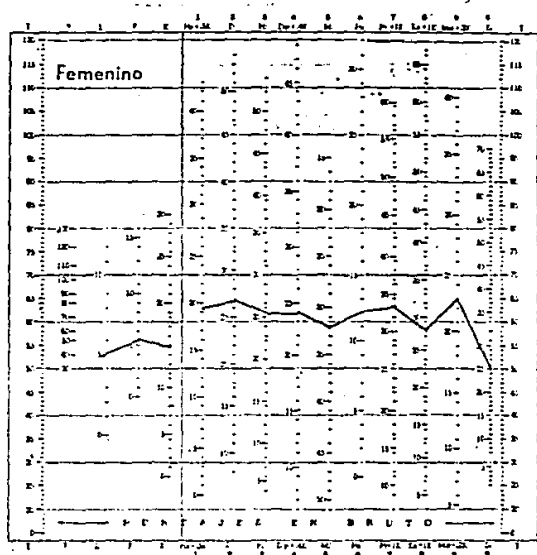
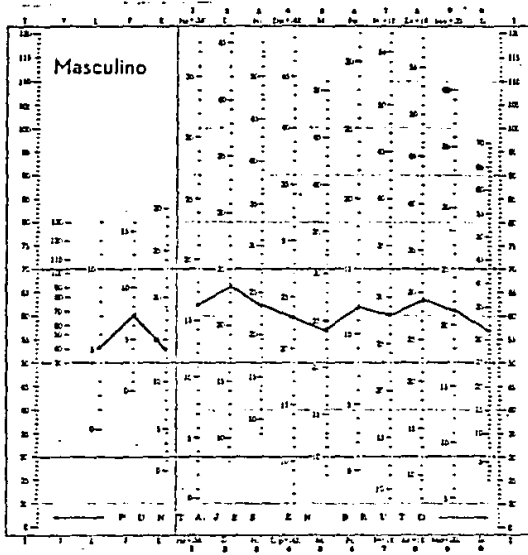
$$T (0.05, 28) = 1.7$$

esto sería que el valor de T en tablas es de 1.7 para --

una muestra de 30 sujetos y los valores críticos que obtu-
vimos nosotros oscilan entre -0.80 y 0.21 con lo que re-
chazamos la hipótesis.

GRUPO CON CEFALEA TENSIONAL.

Sucedió de igual forma que en el grupo con mi-
graña, solo que aquí los puntajes críticos oscilaron en-
tre -0.41 y 0.26 lo que indica que los hombres y mujeres
del grupo con cefalea tensional reaccionaron de igual for-
ma, lo que nos conduce a rechazar la hipótesis propuesta.



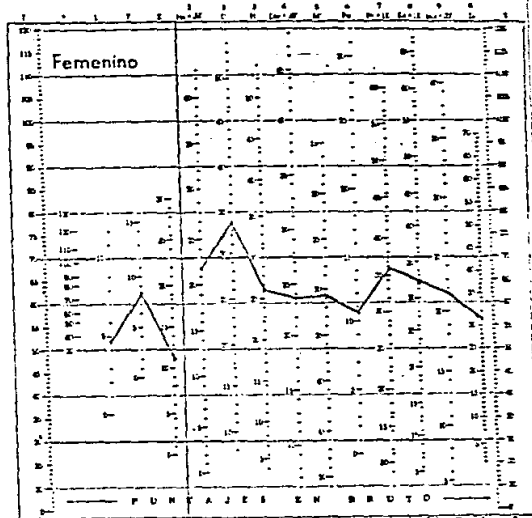
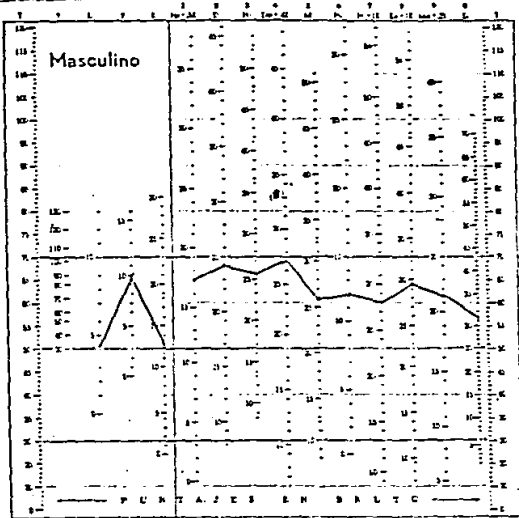
PERFIL DE PERSONALIDAD PROMEDIO DE LOS PACIENTES CON MIGRAÑA

SIGNIFICADO DE LAS ABREVIATURAS

X_m	Media obtenida por el grupo masculino
X_f	Media obtenida por el grupo femenino
S^2	Varianza de las calificaciones
T	Valor crítico obtenido mediante la fórmula

GRUPO:	MIGRANA			
ESCALA	L			
X_m	54.12	S^2 -	20.45	
X_f	53.58	T	0.03	
ESCALA	F			
X_m	59.05	S^2 -	21.90	
X_f	56.00	T	0.27	
ESCALA	K			
X_m	52.00	S^2 -	20.40	
X_f	54.33	T	-0.11	
ESCALA	1			
X_m	63.18	S^2 -	24.65	
X_f	65.25	T	-0.08	
ESCALA	2			
X_m	67.71	S^2 -	25.34	
X_f	64.92	T	0.11	
ESCALA	3			
X_m	63.65	S^2 -	24.05	
X_f	62.92	T	0.03	
ESCALA	4			
X_m	58.29	S^2 -	23.36	
X_f	62.75	T	-0.19	

ESCALA	5			
X_m	57.35	S^2	-	22.28
X_f	59.08	T		-0.08
ESCALA	6			
X_m	60.24	S^2	-	23.58
X_f	60.58	T		-0.01
ESCALA	7			
X_m	59.76	S^2	-	51.06
X_f	60.15	T		-0.80
ESCALA	8			
X_m	63.47	S^2	-	23.26
X_f	58.67	T		0.21
ESCALA	9			
X_m	62.94	S^2	-	24.70
X_f	65.75	T		-0.11
ESCALA	0			
X_m	52.29	S^2	-	20.16
X_f	51.50	T		0.04



PERFIL DE PERSONALIDAD PROMEDIO DE LOS PACIENTES CON CEFALEA TENSIONAL

GRUPO: CEFALEA TENSIONAL -

ESCALA I.

X_m	51.33	S^2 -	21.07
X_f	52.50	T	-0.06

ESCALA F

X_m	65.56	S^2 -	26.56
X_f	63.00	T	0.10

ESCALA K

X_m	50.11	S^2 -	20.24
X_f	48.95	T	0.06

ESCALA 1

X_m	64.89	S^2 -	27.37
X_f	68.90	T	-0.15

ESCALA 2

X_m	66.89	S^2 -	29.14
X_f	78.80	T	-0.41

ESCALA 3

X_m	62.44	S^2 -	25.76
X_f	63.50	T	-0.04

ESCALA 4

X_m	68.00	S^2 -	26.92
X_f	62.20	T	0.22

ESCALA	5			
X_m	60.89	S^2	=	24.84
X_f	62.80	T		-0.08
ESCALA	6			
X_m	64.07	S^2	=	25.85
X_f	57.95	T		0.26
ESCALA	7			
X_m	59.78	S^2	=	25.56
X_f	67.75	T		-0.31
ESCALA	8			
X_m	64.07	S^2	=	26.91
X_f	66.75	T		-0.08
ESCALA	9			
X_m	62.22	S^2	=	25.38
X_f	61.95	T		0.01
ESCALA	0			
X_m	56.67	S^2	=	23.12
X_f	56.15	T		0.02

H₂: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones o cantidad de individuos del sexo masculino entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.

H₃: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones o cantidad de individuos del sexo femenino entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.

ESTADISTICO DE PRUEBA:

$$T = \frac{P_A - P_B}{P_{A-B}}$$

DONDE:

$$P_{A-B} = \frac{P_A (1 - P_A)}{N_A} + \frac{P_B (1 - P_B)}{N_B}$$

Sean P_A (proporción de un grupo) y P_B (Proporción del otro grupo).

RESULTADOS OBTENIDOS:

COMPARACION POR SEXO: MASCULINO.

Dado un 95% de confianza, podemos inferir que -

existen diferencias significativas en las calificaciones del inventario MMPI obtenidas entre los hombres del grupo con Migrana y los del grupo con Cefalea Tensional, ya que para:

$$T (0.05, 31) = 1.7$$

esto sería que el valor T en tablas es de 1.7 para una muestra de 34 sujetos y nosotros obtuvimos valores críticos entre -1.13 y 0.82, lo que indica que en todas las escalas no hay diferencias significativas, excepto en la escala 4 (desviación psicopática) en la cual el valor es de -2.13, lo que obviamente nos muestra una reacción diferente entre los grupos y nos lleva a afirmar nuestra hipótesis.

COMPARACION POR SEXO: FEMENINO.

Los resultados para los grupos de mujeres, fueron similares al del grupo de los hombres, ya que si encontramos diferencias significativas entre ellos, ya que para:

$$T (0.05, 24) = 1.7$$

esto sería que el valor T en tablas es de 1.7 para una muestra de 26 mujeres y con un nivel de confianza del 95% y los resultados que obtuvimos arrojaron los siguientes valores críticos que nos llevan a comprobar nuestra hipótesis:

BSCALA F

$$T = -2.09$$

Escala 2 (Depresión)

T = -3.21

Escala 7 (Psicostenia)

T = -2.24

Escala 8 (Esquizofrenia)

T = -1.76

SIGNIFICADO DE LAS ABREVIATURAS

E_m	Grupo con Migraña
E_c	Grupo con Cefalea Tensional
S^2	Varianza de las calificaciones
T	Valor crítico obtenido mediante la fórmula

COMPARACION POR SEXOS: MASCULINO

ESCALA	L			
\bar{E}_m	54.12	$S^2 =$		3.40
\bar{E}_c	51.33	T		0.82
ESCALA	F			
\bar{E}_m	59.65	$S^2 =$		5.24
\bar{E}_c	65.56	T		-1.13
ESCALA	K			
\bar{E}_m	52.00	$S^2 =$		3.21
\bar{E}_c	50.11	T		0.59
ESCALA	1			
\bar{E}_m	63.18	$S^2 =$		6.65
\bar{E}_c	64.89	T		-0.26
ESCALA	2			
\bar{E}_m	67.71	$S^2 =$		6.61
\bar{E}_c	66.89	T		0.12
ESCALA	3			
\bar{E}_m	63.65	$S^2 =$		5.60
\bar{E}_c	62.44	T		0.21
ESCALA	4			
\bar{E}_m	58.29	$S^2 =$		4.57
\bar{E}_c	68.00	T		-2.13

ESCALA	5			
\bar{g}_m		57.35	S^2	3.54
\bar{g}_c		60.89	T	-1.00
ESCALA	6			
\bar{g}_m		60.24	S^2	5.80
\bar{g}_c		64.67	T	-0.76
ESCALA	7			
\bar{g}_m		59.76	S^2	5.08
\bar{g}_c		59.78	T	0.00
ESCALA	8			
\bar{g}_m		63.47	S^2	5.53
\bar{g}_c		64.67	T	-0.22
ESCALA	9			
\bar{g}_m		62.54	S^2	5.30
\bar{g}_c		62.22	T	0.14
ESCALA	0			
\bar{g}_m		52.29	S^2	4.79
\bar{g}_c		56.67	T	-0.91

COMPARACION POR SEXOS: FEMENINO

ESCALA	L			
E_m		53.53	S^2	2.72
E_c		52.19	T	0.50
ESCALA	F			
E_m		56.23	S^2	3.15
E_c		62.81	T	-2.09
ESCALA	K			
E_m		55.08	S^2	3.29
E_c		49.48	T	1.70
ESCALA	1			
E_m		65.38	S^2	3.94
E_c		69.29	T	-0.99
ESCALA	2			
E_m		63.85	S^2	4.33
E_c		77.76	T	-3.21
ESCALA	3			
E_m		62.31	S^2	2.63
E_c		63.76	T	-0.55
ESCALA	4			
E_m		63.23	S^2	3.58
E_c		62.52	T	0.20
ESCALA	5			
E_m		58.54	S^2	2.63
E_c		62.48	T	-1.50
ESCALA	6			
E_m		59.77	S^2	5.84
E_c		57.86	T	0.33
ESCALA	7			
E_m		60.15	S^2	3.10
E_c		67.16	T	-2.24

ESCALA	B			
E_m	58.85	S^2	4.49	
E_C	66.76	T	-1.76	
ESCALA	9			
E_m	65.77	S^2	3.03	
E_C	62.10	T	1.21	
ESCALA	0			
E_m	50.38	S^2	4.19	
E_C	55.90	T	-1.32	

H₃: Existen diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones obtenidas en el cuestionario del M.M.P.I. entre el grupo con cefalea tensional y el grupo con migraña.

Probaremos:

H₀: A = B

ESTADÍSTICO:

$$T = \frac{A - B}{A + B}$$

DONDE:

$$A + B = \frac{(A)^2}{N_A} + \frac{(B)^2}{N_B}$$

RESULTADOS OBTENIDOS:

Con un 95% de confianza, podemos inferir que para un grupo de 68 sujetos tenemos un valor de T en tablas de:

$$T(0.05, 58) = 1.67$$

y nuestros resultados obtenidos nos arrojan valores críticos que apoyan nuestra hipótesis en las siguientes escalas.

ESCALA F

$$T = -1.98$$

ESCALA K

$$T = 1.69$$

ESCALA 2 (Depresión)

T = -2.49

ESCALA 5 (masculino-femenino)

T = -1.90

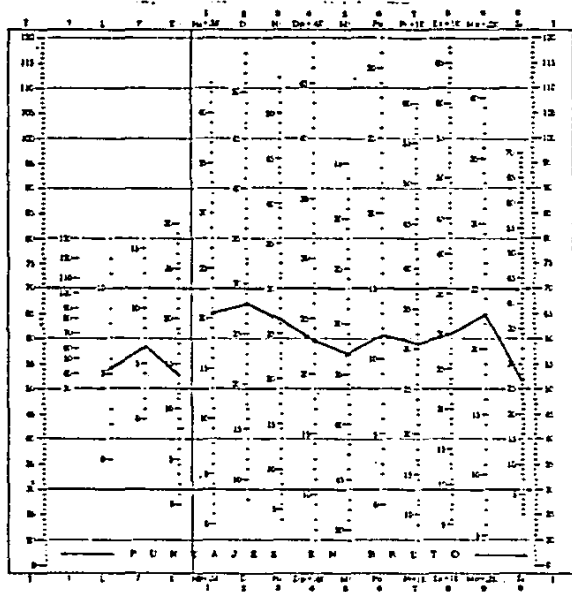
ESCALA 7 (psicastenia)

T = -1.79

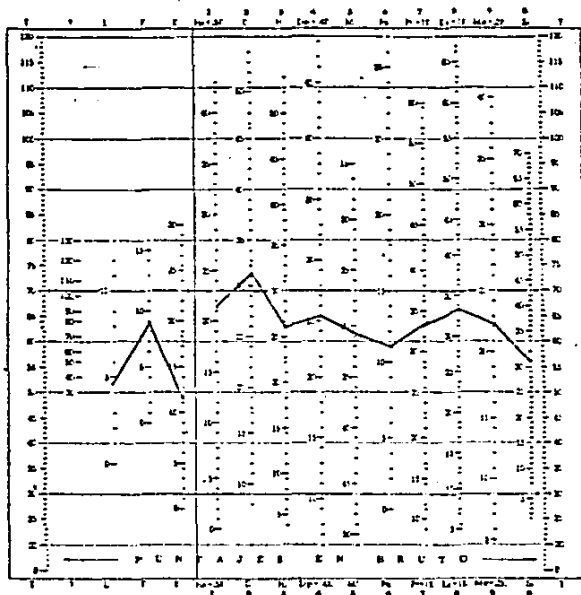
ESCALA 0 (sociabilidad)

T = -1.74

Lo que nos indica que en las escalas enumeradas anteriormente los sujetos obtuvieron calificaciones distintas con lo que podemos asentar que existen diferencias en los rasgos de personalidad entre los pacientes del grupo con migraña y los del grupo con cefalea tensional lo que nos conduce a afirmar nuestra hipótesis, donde asentamos que estadísticamente los puntajes entre los grupos serían diferentes.



PERFIL DE PERSONALIDAD PROMEDIO GENERAL DE LOS PACIENTES CON MIGRAÑA



PERFIL DE PERSONALIDAD PROMEDIO GENERAL DE LOS PACIENTES CON CEFALEA TENSIONAL

SIGNIFICADO DE LAS ABREVIATURAS

SSD

Varianza de calificaciones

T

Valor crítico obtenido mediante la fórmula

PRUEBA	L			
Migraña		53.87	SSD -	2.13
Cefalea		51.93	T	0.91
PRUEBA	F			
Migraña		58.17	SSD -	2.76
Cefalea		63.63	T	-1.98
PRUEBA	K			
Migraña		53.33	SSD -	2.17
Cefalea		49.67	T	1.69
PRUEBA	1			
Migraña		64.13	SSD -	3.27
Cefalea		67.97	T	-1.17
PRUEBA	2			
Migraña		66.03	SSD -	3.40
Cefalea		74.50	T	-2.49
PRUEBA	3			
Migraña		63.07	SSD -	2.66
Cefalea		63.37	T	-0.11
PRUEBA	4			
Migraña		60.43	SSD -	2.70
Cefalea		64.17	T	-1.38

PRUEBA	5			
Migraña		57.87	SSD -	2.18
Cefalea		62.00	T	-1.90
PRUEBA	6			
Migraña		60.03	SSD -	3.68
Cefalea		59.90	T	0.04
PRUEBA	7			
Migraña		59.93	SSD -	2.78
Cefalea		64.50	T	-1.79
PRUEBA	8			
Migraña		61.47	SSD -	3.32
Cefalea		66.13	T	-1.40
PRUEBA	9			
Migraña		64.17	SSD -	2.62
Cefalea		62.13	T	0.78
PRUEBA	0			
Migraña		51.47	SSD -	2.69
Cefalea		56.13	T	-1.74

CONCLUSIONS.

PERFILES DE PERSONALIDAD OBTENIDOS

Basado en los resultados estadísticos obtenidos y en los perfiles promedio de los pacientes de los grupos' muestrados en el Hospital Angel Leano, procederemos a describir los perfiles generales de personalidad de cada grupo.

En el análisis de los perfiles del MMPI, se encuentran elevaciones de las escalas clínicas aparentemente dentro de lo normal. Ambos perfiles son válidos. Parece ser que los pacientes realizaron un intento de seguir el instructivo y leyeron las frases con cuidado. Las respuestas parecen ser francas y honestas.

El Dr. Rafael Núñez en su manual de aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología, hace una observación con respecto a la elevación de la escala 2 Depresión, él comenta, que un gran número de personas normales mexicanas ofrecen puntuación elevada de dicha escala y recomienda disminuir de diez a quince puntos en la escala e interpretar el perfil con esta limitación. Quisimos mencionar lo anterior, ya que en los perfiles de ambos grupos, esta escala es la que aparece con elevación mayor; pero como no existe una patología grave, decidimos tomar los puntajes sin ninguna alteración en el momento de interpretarlos.

PERFIL DE PERSONALIDAD DEL PACIENTE MIGRAÑOSO

Son sujetos normales muy controlados, responsables, pero desconfiados de sus propias capacidades.

Tienen un sentimiento de insatisfacción consigo mismos y cierta timidez, aunque estos sentimientos difícilmente son expresados.

Tienen la tendencia a evitar involucrarse en sus relaciones interpersonales y por ello mantienen relaciones a distancia; pueden manifestar conductas impulsivas y ausencia de respuesta emocional. Evitan a cualquier precio el afrontar situaciones desagradables.

Poscen una alta tendencia a utilizar defensas de tipo psicosomático; así mismo, el perfil sugiere la presencia de síntomas tales como inquietud, dificultad para dormir y una reacción exagerada ante diversos estímulos.

No acepta tener dificultades de tipo emocional debido a esa actitud de negar su problemática se siente tenso y nervioso.

Son excesivamente sensibles a la crítica hecha por parte de los demás, ya que procuran ofrecer una imagen favorable de sí mismos ante la gente.

Procuran ser convencionales y adecuarse a las normas sociales establecidas con el fin de lograr una mayor aceptación en los grupos.

PERFIL DE PERSONALIDAD DEL PACIENTE
CON CEFALEA TENSIONAL

Son sujetos que tienden a preocuparse en exceso. De temperamento nervioso, generalmente se encuentran ansiosos.

Carecen de sentido común al enfrentar problemas cotidianos. Existe incapacidad para lograr decisiones. - Se muestran inseguros y manifiestan conducta inmadura; pueden llegar a ser dependientes.

Existe dificultad para manejar y expresar su agresión. Son irritables, quisquillosos, resentidos y muy sentimentales.

Se les percibe solitarios y sin involucrarse con la gente. Existen tendencias al aislamiento. Pueden surgir sentimientos de culpa generados por su incapacidad para relacionarse adecuadamente.

Existe un nivel de depresión clínicamente significativo por su importancia, lo que acarrea un bajo estado de ánimo, autoevaluación y pesimismo.

Manifiestan quejas somáticas difusas y vagas. - Preocupación por su salud.

Se preocupan por minuciosidades; puede generarse cierto estado de confusión y probablemente insomnio.

Teniendo a mano los resultados obtenidos en nuestra investigación, tratamos de realizar una comparación -- con otros estudios similares, a fin de conocer los datos - abstraídos anteriormente con la misma intencionalidad que la nuestra o relacionados con el tema.

La mayoría de las investigaciones que citaremos utilizaron como instrumento de medición el MMPI u otro -- test válido igualmente.

Espezaremos por citar un estudio realizado por - Kudrow-Sutkus en 1978 donde ellos encontraron que utilizando las escalas 1,2,3, del MMPI pueden detectarse el tipo específico de cefalea con un alto índice de certeza. - Así mismo descubrieron como escalas significativas en pacientes con migraña las 1,2,3,7. Concordamos con ellos en dos escalas, lo que nos parece interesante citar.

En un estudio de Couch, Ziegler y Hassanein 1975 de The Kansas University Medical Center Headache Clinic, - ellos sugieren que existe una débil pero significativa relación entre la migraña y la depresión así como en los signos tomas neurológicos de la migraña y la depresión.

Cooper y Friedman (1954) compararon 50 migraño-- sos y 50 cefálicos tensionales con el Rorschach. No encon traron diferencias significativas. Esta falla al no en encontrar diferencias, no significa que no existan correla tos del Rorschach en los migrañosos, solo que los migrañosos y los cefalógicos tensionales tienen perfiles similares que pueden ser muy diferentes de las personas sin cefaleas.

Quizá parezca aventurado el pretender adjudicar un tipo de personalidad determinado al paciente migrañoso o al cefaléico, lo que sí es necesario considerar es que la cefalea es un indicio de una lucha por una liberación parcial, ya que el individuo no puede cambiar totalmente, sino que está apegado a su propia forma de ser, a sus problemas, a su forma patológica de enfrentarlos.

En definitiva, el acceso de cefalea podría ser comparado con una inflamación que va venciendo a su agente infeccioso, el cual en este caso, es de origen psíquico. Si bien durante la cefalea el conflicto es parcial y temporalmente superado, luego vuelve a resurgir (puesto que depende de la totalidad de la personalidad del individuo) y renueva los sufrimientos y displaceres del sujeto.

El dolor que indica que hay algo enfermo, y representa una demanda de ayuda, para que el sujeto colabore en la lucha -- contra la enfermedad; por ello es posible afirmar, que el acceso de cefalea tiene también el significado de una lucha contra experiencias que torturan, martirizan y es, de alguna manera, una -- tentativa de lograr bienestar. Este esfuerzo es realizado por -- las partes más sanas de la personalidad del individuo, que procuran oponerse a otras, más enfermas que lo dañan. Es también una señal de alarma, un aviso de que hay un conflicto que lo es tan dañando. Por lo tanto, no solo hay que aliviar el dolor, si no las causas que lo provocan, ya que de esta manera, podríamos¹ eliminar la enfermedad desde sus raíces.

Teniendo en cuenta lo anterior y habiendo expuesto las características de personalidad generales que arrojaron los perfiles de personalidad del MMPI para cada grupo estudiado, quisieramos someter a la consideración de los especialistas que diariamente manejan a este tipo de pacientes, la posibilidad de ofre--

cer a estos individuos, una terapia integral, que no solo cura ra las dolencias físicas, sino que se adentrara en la dinámica psicológica del paciente y lo ayudara a manejar en forma adecuada su conflictiva intrapsíquica, ya que creemos que si esto se llevase a cabo, se reduciría así mismo el malestar físico que los aqueja, puesto que hemos encontrado un común denominado en las personalidades de los pacientes estudiados.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

THE MIXED HEADACHE SYNDROME: A NEW PERSPECTIVE
Joul R. Saper M.D. Headache (22: 284-286, 1982)
THE AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF HEADACHE. 1982.

A PSYCHOPHYSIOLOGICAL INVESTIGATION OF TENSION HEADACHE
H.C. Phillips and M.S. Hunter. Headache (22:173-179, 1982)
The American Association for the Estudy of Headache. 1982

RELATION BETWEEN HEADACHE AND DEPRESSION
Daniel Cox-Douglas Thomas. Headache (21: 261-263, 1981)
The American Association for the Estudy of Headache. 1981

SHORT TERM PSYCHOTERAPY AND REFRACTORY HEADACHE
Michael R. Barnat. Headache (21: 257-260, 1981)
The American Association for the Study of Headache. 1981.

CROSS-VALIDATION THE KUDROW SUTKUS MMPI CLASSIFICATION SYSTEM FOR
DIAGNOSING HEADACHE TYPES
Frank Androsik, Ph. D. Edward Blanchard Ph. D. Jhon Arena (22: -
2-5, 1982). B.A. Steven Tenders B.A. Laurence Rodichok M.D. Hea
chade.
The American Association for the Study of Heachade. 1982.

MMPI PROFILES OF HEACHADE PATIENT USING SELF-REGULATION TO CON-
TROL HEACHADE ACTIVITY
Dolores Soto M.A. Joseph Sargent M.D. Lolafaye Ph. D. Heachade'
(21: 164-169, 1981)
The American Association for the Study of Heachade, 1981.

MMPI PATTERN SPECIFICITY IN PRIMARY HEADACHE DISORDERS
Lee Kudrow M.D. Bruce Sutkus Ph. D. Headache (19: 18-24, 1979)
The American Association for the Study Headache. 1979.

MMPI PATTERNS IN COMMON HEADACHE DISORDERS

Sternbach, Dalessio, Kunzel and Bowman. Headache (20: 311-315, 1980)

The American Association for the Study of Headache. 1980.

HANDBOOK OF NEUROLOGIC THERAPEUTICS

Martin A. Samuels M.D.

Little Brown and Company. U. S. A. 1982.

APLICACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD A LA PSICOPATOLOGIA

Rafael Núñez

Editorial El Manual Moderno, S. A. Mexico. 1982.

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA MIGRANA

Harold Goist

Editorial El Manual Moderno, S.A. México. 1981.

HEADACHE AND OTHER PAIN

H.G. Wolff

Oxford University Press. U.S.A. 1948

THE PRACTICING PHYSICIAN'S APPROACH TO HEADACHE

Seymour Dismond M.D. And Donald J. Dalessio M.D.

The Williams and Williams Company. U.S.A. 1978

PRINCIPLES OF NEUROLOGY

Raymond Adams and Maurice Victor

Mc Graw-Hill Book Company. U.S.A. 1981.