

¿Existe una personalidad jaquecosa?

C. RAMO T., E. GARCIA-ALBEA, I. POSADA R., *
A. RODRIGUEZ-ANTIGÜEDAD Z., F. BERMEJO *

1. INTRODUCCION

El 80 % de la población sufre cada año algún tipo de cefalea, lo que genera un gran número de consultas médicas, sufrimientos y disminución del rendimiento laboral (1, 3). Esta dolencia no respeta a los niños (4).

La cefalea de tensión muscular, la migraña o jaqueca y la combinación de ambas (cefalea mixta) constituyen el 70-80 % de todas las cefaleas (5, 7).

La jaqueca es conocida desde la antigüedad, pero sólo a partir de los años setenta ha empezado a estudiarse con una metodología rigurosa y se han realizado estudios epidemiológicos reglados sobre esta dolencia. Estas investigaciones han puesto de manifiesto que este padecimiento tiene una prevalencia notable (10-20 % de la población padece jaquecas) y han cuestionado concepciones tradicionalmente mantenidas como la importancia de un factor patogénico hereditario o familiar, ya que se ha visto que todos podemos padecer una crisis de jaqueca —como de epilepsia—, dependiendo del «umbral» propio y del stress al que estemos sometidos. No obstante, las investigaciones más recientes no han llegado a solventar ni la etiología ni la fisiopatología de este trastorno (6, 8).

El diagnóstico de jaqueca se realiza en base a la sintomatología clínica y descansa en tres supuestos (9): a) cefalea unilateral (hemicránea) de carácter pulsátil; b) asociada a síntomas «digestivos», y c) de presentación recurrente. Estos tres supuestos no tienen que estar presentes necesariamente en todos los ataques, pudiendo tener el paciente accesos de cefalea bilaterales, o sin carácter pulsátil y con/sin manifestaciones digestivas.

Se diferencian dos tipos de jaqueca: la clásica y la común. La primera debuta con un aura antes de la cefalea, la segunda no tiene aura y la cefalea suele durar más (uno o varios días). El aura consiste en manifestaciones de disfunción neurológica, normalmente visuales, a modo de fosfenos (disfunción del lóbulo occipital), o bien trastornos de memoria o del esquema corporal (disfunción del lóbulo temporal), parestias o parestesias (disfunción del lóbulo frontal o parietal) y otras. Un jaquecoso puede tener crisis de varios tipos de jaqueca a lo largo de su vida (9).

La fisiopatología de la jaqueca es muy controvertida. Desde los trabajos de WOLFF (7) se admite que los defectos neurológicos precrisis (auras) son ocasionados por vasoconstricción de las arterias intracraneales de pequeño calibre [lo cual está confirmado por estudios de flujo cerebral (10)]. La cefalea sería producida por vasodilatación de las arterias extracraneales. Los jaquecosos tendrían constitucionalmente una mayor «labilidad»

(*) Servicio de Neurología CS «1.º de Octubre» de la Seguridad Social de Madrid.

vascular y las alteraciones vasculares en la jaqueca serían la respuesta del organismo ante el stress vital en una persona predispuesta constitucionalmente (7).

Otra hipótesis sostiene que las alteraciones primordiales de los jaquecosos radican en sus plaquetas (hiperagregabilidad plaquetaria), suponiendo que la jaqueca es, pues, una enfermedad sanguínea. Diversos stress o agentes provocadores podrían actuar sobre las plaquetas «hiperagregables» las cuales al aglutinarse liberarían sustancias vasoactivas (serotonina y otras) lo que, a su vez, determinarí­a las modificaciones vasculares descritas por WOLFF.

Las hipótesis vascular y sanguínea de la jaqueca no explican por qué un jaquecoso puede sufrir alteraciones prodrómicas (perturbaciones del apetito o emocionales) horas o días antes de las crisis de jaqueca, por qué las cefaleas pueden ser unilaterales, ni otros hechos (11). La incapacidad de las teorías previas para explicar los hechos descritos ha hecho renacer recientemente la hipótesis del siglo pasado (GOWERS -12-) de que la jaqueca es un disturbio primitivamente neurológico (¿hipotalámico?) que secundariamente genera alteraciones vasculares subsiguientes a perturbaciones del metabolismo regional del Sistema Nervioso Central (SNC), no estando claro todavía dónde radica ni en qué consiste la perturbación del SNC. Así se ha imputado la jaqueca a una alteración del metabolismo neuronal oxidativo (11) condicionada genéticamente (herencia poligénica) sobre la que actuarían diversos precipitantes hormonales (ejemplo, menstruación), bioquímicos (ciertos alimentos), o stress de diversos tipos que ocasionarían una alteración en ciertos neurotransmisores (serotonina) y subsiguientes modificaciones vasculares o, incluso, éstas podrían ser secundarias a perturbaciones en el metabolismo neuronal regional (¿hipotalámico?). Recientemente se han identificado en animales de experimentación, conexiones nerviosas entre el ganglio del trigémino y los vasos

sanguíneos cerebrales que constituyen el llamado sistema trigémino-vascular. Este sistema contiene un neurotransmisor peptídico, la Sustancia P, que es liberado ante ciertos estímulos nocivos produciendo dilatación y aumento de la permeabilidad vascular, siendo ésta una nueva explicación patogénica de la cefalea vascular. La hipótesis de una disfunción neurológica primaria permite explicar todas las manifestaciones clínicas de la jaqueca (10, 11). Para otros autores la jaqueca es un disturbio primario neurológico de la percepción del dolor (13) o de la barrera hematoencefálica (16).

Para complicar aún más el tema, desde los años cincuenta la jaqueca se ha considerado una enfermedad psicósomática (7, 17, 22). Esta hipótesis asume entre varios supuestos que: a) estímulos psicógenos pueden precipitar crisis de jaqueca, y b) existe una personalidad jaquecosa que facilita la génesis y perpetuación de este tipo de padecimiento. La primera premisa no se ha analizado con criterios experimentales rigurosos (en nuestro conocimiento), pero es un hecho clínico comprobado que ciertos stress incluidos los psicógenos facilitan las crisis de jaqueca; la segunda premisa ha originado una interesante literatura a cuya revisión se dedica este artículo.

2. PERSONALIDAD MIGRAÑOSA

Se ha sostenido durante medio siglo y aún se sigue manteniendo, que la migraña ocurre en individuos con una personalidad específica apoyando la idea original de WOLFF (7, 23) que fue uno de los primeros investigadores en divulgarla. Desde los años treinta, en que empiezan a publicarse las primeras descripciones, hasta la actualidad, se ha escrito mucha literatura sobre el tema intentando confirmar o, en cualquier caso, establecer perfiles de personalidad. A continuación, se revisan los principales estudios sobre el tema.

TABLA I
RASGOS DE PERSONALIDAD MIGRAÑOSA

TESIS CLASICAS (WOLFF y «psicoanalistas»)	ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS
Inteligencia superior	La apoyan: KALDEGG (1952) La cuestionan: WATERS (1971)
Clase social elevada	La apoyan: — La cuestionan: SCHIAVO (1953) ZOLA (1966) BILLIE (1962) WATERS (1971)
Rasgos obsesivos	La apoyan: ROGADO (1974) La cuestionan: KUDROW y SUTKUS (1979) HENRYK-GUTT y REES (1973) BLASZCZYNSKI (1984) CRISP (1977)
Hostilidad reprimida	La apoyan: BIHLDORFF (1971) HENRYK-GUTT y REES (1973) BLASZCZYNSKI (1984) La cuestionan: —
Neuroticismo	La apoyan: ROGADO (1974) HENRYK-GUTT y REES (1973) WATERS y O'CONNOR (1971) MAXWELL (1965) BLASZCZYNSKI (1984) La cuestionan: KUDROW (1979) PLANZ-MAXION (1978)

2.1. Teorías clásicas

Fueron establecidas por clínicos como WOLFF (7, 23) y ALVAREZ (24) y por autores de orientación psicoanalítica como FROMM-REICHMANN (19): SPERLING (25) y FINE (26) entre otros, y basándose únicamente en la experiencia personal acumulada.

WOLFF definió las características de la personalidad de una serie de pacientes diagnosticados de jaqueca y en nueve décimas partes de su serie se trataba de sujetos perfeccionistas. Los describe como delicados y tímidos en su niñez, obedientes y responsables pero con rasgos de terquedad e inflexibilidad y dotados de un alto sentido de la justicia. En la vida adulta el paciente acentúa sus rasgos; son ambiciosos y necesitados de éxito, poseen un constante afán de superación y la mayoría son persistentes, machacones, minuciosos y perfeccionistas. Tam-

bién se les aprecian ciertos rasgos obsesivos: testarudez, manía por el orden, tendencia a la duda que les dificulta la toma de decisiones, inflexibilidad y resentimiento. No suelen llevar una vida sexual activa satisfactoria, siendo frecuente no acertar en la elección del cónyuge, pudiendo ser éste el principal motivo de frustración y resentimiento. Los trabajos de ALVAREZ así como de otros autores de la época (27, 28) están de acuerdo con las experiencias de WOLFF y realizan curiosas descripciones sobre el hábito externo del enfermo.

Otros rasgos de personalidad fueron revelados por psicoanalistas y así FROMM-REICHMANN (19) descubre un impulso común de hostilidad dirigido no sólo contra personas queridas, sino también contra individuos que desempeñan papeles importantes en las relaciones interpersonales del sujeto. Es una hostilidad reprimida e inconsciente que el paciente es inca-

paz de erradicar y que la expresa a través de un dolor de cabeza. La incapacidad de expresar la hostilidad puede deberse a un sentimiento de culpabilidad, puesto que el sujeto de su odio suele ser un pariente próximo, por otra parte, muy querido; se ha dicho que empleando el mecanismo psicológico de la introyección proyectan el odio hacia sí mismos por medio de una cefalea. Según algunos psicoanalistas el jaquecoso es un masoquista y las crisis son un auto-castigo (29).

SPERLING (25) descubrió la fijación oral de estos pacientes, que tendrían poca tolerancia a la frustración y un marcado sadismo anal que daría lugar a un temperamento compulsivo, tenso y rígido. La elección de la cabeza como expresión física de los conflictos reprimidos, se atribuyó a fantasías pregenitales específicas y a impulsos de atacar al objeto frustrante o de destruir la intelectualidad de la persona amada.

Otros autores han hecho énfasis sobre la importancia o significado de los conflictos sexuales y la confusión acerca de la identificación sexual.

Finalmente FINE (26) atribuye los escotomas y prodomos visuales a la represión de tempranos traumas psicológicos que fueron experimentados visualmente.

2.2. Modificación de las concepciones sobre la personalidad migrañosa derivada de los estudios epidemiológicos

Diversos estudios epidemiológicos se han realizado a partir de la década de los años setenta intentando corroborar la imagen clásica del jaquecoso como ser de pensamiento rígido, ambicioso, exageradamente responsable, preocupado, perfeccionista, meticoloso, obsesivo y con mayor dificultad que el resto de las personas para hacer frente a la hostilidad. Estos estudios pusieron de manifiesto que la migraña es una enfermedad más frecuente de lo que se pensaba y que muy

probablemente los pacientes que acuden al médico son sólo parte de un grupo mucho más numeroso, habiéndose procurado, desde entonces, estudiar muestras de jaquecosos no seleccionados por su asistencia hospitalaria.

A continuación pasamos revista a los rasgos psicológicos más característicos atribuidos a estos pacientes.

2.2.1. Inteligencia

Es una idea extendida por los clásicos que los jaquecosos son muy inteligentes. KALDEGG (30) en estudios hechos mediante el test de «Wechsler» (WAIS) apoya esta teoría afirmando que aunque la jaqueca no es privativa de los más inteligentes la incidencia de jaqueca en ellos es mayor. WATERS (31), en cambio, demostró en un amplio estudio epidemiológico que no había ninguna diferencia en inteligencia entre los que padecían migraña y el resto de la población, sino que los migrañosos inteligentes consultan más a su médico que los menos inteligentes.

2.2.2. Clase social

Se ha dicho que la jaqueca es enfermedad de clases sociales elevadas, pero según afirma SCHIAVO (32) artesanos y campesinos la padecen por igual, sólo que no consultan por «un dolor de cabeza». En este sentido ZOLA (33), en un estudio de enfermedades físicas (no sólo la migraña), sostiene que los que acuden al médico aquejándose de algo, lo hacen de acuerdo a costumbres socialmente aceptadas que varían según las diferencias de clase. BILLIE (34), en su investigación con escolares suecos demostró que no había diferencia apreciable en la clase social de los pacientes migrañosos cuando se comparaban con el grupo control. WATERS (31) concluyó, al igual que con el factor inteligencia, que aunque la migraña no es más frecuente entre las clases altas socio-económicamente, éstas consultan más.

2.2.3. Rasgos obsesivos

Entre los estudios llevados a cabo para verificar las ideas de los clásicos con respecto a este rasgo de personalidad caben destacar los que referimos a continuación:

ROGADO et al. (35), estudiaron mediante el MMPI («Minnesota Multiphasic Personality Inventory») a 150 pacientes seleccionados de una policlínica de cefaleas y los diagnosticaron, según criterios de la Federación Mundial de Neurología, o bien de migraña o bien de «cluster headache» (neuralgia migrañosa, cefalea histamínica o cefalea de Horton); asimismo, eligieron un grupo-control de una policlínica de no cefaleicos. Cada grupo constó de 50 pacientes con 25 hombres y 25 mujeres cada uno. Una de las conclusiones obtenidas fue que tanto los pacientes con «cluster headache» como los migrañosos tenían rasgos obsesivo-compulsivos como se puso de manifiesto en la escala de psicostenia del MMPI. Los migrañosos por tanto son más obsesivos que los individuos-control, no mostrando diferencias con los pacientes con «cluster headache».

KUDROW y SUTKUS (36) por el contrario, no pudieron confirmar esta personalidad obsesiva a pesar de utilizar también el MMPI. Estudiaron 255 pacientes (113 hombres y 145 mujeres) que fueron acudiendo, por vez primera, a una policlínica de cefaleas. Fueron diagnosticados según los criterios del «Ad Hoc Committee» y agrupados en seis grupos: 1) migraña; 2) cefalea por contracción muscular; 3) cefalea combinada (migraña + contractura muscular); 4) «cluster headache»; 5) post-traumática, y 6) de conversión; había un grupo control de 30 pacientes que no acudieron a ninguna policlínica. Las características psicológicas de los pacientes con migraña y «cluster headache» a través del MMPI fueron las mismas y, tanto hombres como mujeres, mostraron poca o ninguna psicopatología.

HENRYK-GUTT y REES (37) estudiaron a 1.859 trabajadores de la Administración civil inglesa entre 16 y 65 años, en una

proporción de 2:1, hombre/mujer. A través de unos cuestionarios se diagnosticaron: 42 hombres y 62 mujeres de migraña clásica. Por una selección aleatoria se eligieron 25 hombres y 25 mujeres y fueron comparados con un grupo-control que comprendía pacientes con migraña común, cefaleicos no migrañosos, no cefaleicos, mujeres que ya estaban en tratamiento en una policlínica por migraña común o clásica y varios asmáticos. En total el estudio comprendió 237 individuos a los que se sometió a una entrevista personal y se les aplicó el EPI («Eysenck Personality Inventory»), una forma abreviada del MMPI y el «Buss Durke Hostility Guilt Inventory». Estos autores no pudieron confirmar el carácter obsesivo de los migrañosos a través de este amplio estudio.

BLASZCZYNSKI et al. (38), tampoco pudieron confirmarlo en su estudio realizado a un total de 60 mujeres (15 con migraña clásica y 15 con cefalea tensional, comparadas con 15 no cefaleicas y 15 sufridoras de otro tipo de dolor físico no cefaleico. Las pacientes procedían de la policlínica de neurología, algunas de ninguna policlínica y cinco pertenecientes a una clínica de psicoterapia para dolores crónicos. Se les aplicó el mismo cuestionario que utilizaron HENRYK-GUTT y REES y realizados el EPQ («Eysenck Personality Questionnaire») y el «Hysterodd Obsessoid Questionnaire». No se demostraron rasgos obsesivos.

CRISP et al. (39), en un estudio comparativo entre migrañas* y cefaleas no migrañosas en los pacientes tomados al azar de 5.000 habitantes de un pueblo y, aplicando el «Middlesex Hospital Questionnaire» (MHQ), tampoco confirmaron los rasgos obsesivos en los pacientes migrañosos y, aún más, los jaquecosos mostraban menores tendencias obsesivas que los no migrañosos, aunque estas tendencias no fueron estadísticamente significativas.

POLLOCK (40) argumenta que la personalidad obsesiva es uno de los caracteres

predominantes de las culturas occidentales y de forma más acusada en las clases profesionales y administrativas. Considerando la afirmación de WATERS de que estas clases sociales son las que más consultan al médico, la teoría de POLLOCK parece que permite decir que aquéllos que consultan al médico tienen rasgos obsesivos más acentuados.

RACHMAN y HODGSON (14) concluyeron tras una revisión de la literatura que la validez de una «personalidad obsesiva» es incierta y que no hay métodos psicológicos suficientes para medir este rasgo de forma satisfactoria. Esto, por supuesto, es discutible.

2.2.4. Hostilidad

Los diferentes estudios realizados y que a continuación se exponen son concordantes y confirman que los pacientes migrañosos poseen una hostilidad reprimida.

BIHLDORFF et al. (42), examinaron a 74 pacientes (33 con migraña y 41 con cefalea tensional) y los compararon con 27 testigos sin historia de cefalea. Entre los hallazgos encontrados destacó el que los migrañosos ejemplificaban el tipo de personalidad inhibida y compulsiva. Los pacientes migrañosos controlaban más su propia conducta que los pacientes con cefalea de tensión y estos últimos tenían menor dificultad para expresar sus sentimientos. Los migrañosos estaban más dispuestos a experimentar ansiedad y/o sentimiento de culpa. Este estudio ha sido criticado por haberse considerado que los grupos no eran totalmente representativos, ya que la investigación dependía de la devolución de los cuestionarios por correo y no todos fueron devueltos (43). Así mismo BAKAL (44) critica la metodología estadística.

HENRYK-GUTT y REES (37) a través del «Buss Durkhee Hostility Guilt Inventory», en el estudio que ya hemos descrito previamente, obtienen resultados estadísticamente significativos que correlacionan la migraña con la hostilidad. Los varones con migraña clásica mostraron una pun-

tuación estadísticamente más alta en la escala de hostilidad que el control de no cefaleicos. Las mujeres de la policlínica de migraña mostraron puntuaciones significativamente más altas para la hostilidad que los otros grupos, excepto con las mujeres con migraña común donde las puntuaciones fueron más bajas aunque no significativamente. Ni hombres ni mujeres de los diferentes grupos puntuaron significativamente en el «sentimiento de culpa» de la escala.

BLASZCZYNSKI et al. (38), cuyo estudio también hemos detallado previamente, encontraron mediante el «Buss Durkhee Hostility Guilt Inventory» y el «Hostility and Direction of Hostility Questionnaire», que los que padecían de cefalea o de dolor de otro tipo eran más hostiles que los que no padecían dolor. Dentro de su hostilidad, el grupo de pacientes migrañosos lo era menos en relación al grupo de cefalea tensional. Esto se interpretó como que los migrañosos niegan sus sentimientos de hostilidad. Coincidiendo con HENRYK-GUTT y REES tampoco encontraron sentimientos de culpabilidad entre los diferentes grupos. Los autores concluyeron que la similitud de personalidad entre los pacientes cefaleicos y no cefaleicos, pero sufridores de otro dolor, sugería que los rasgos considerados característicos de los cefaleicos pueden ser el resultado de padecer un dolor crónico o recurrente y no ser específicos del dolor de cabeza.

2.2.5. Neuroticismo

Otra de las hipótesis clásicas con respecto a la personalidad migrañosa consiste en que los jaquecosos muestran rasgos de neuroticismo que es medido a través de las escalas de histeria, de presión e hipocondría en diversos tipos de tests.

Ya conocemos los resultados de KUDROW (36) cuyo estudio mostró un perfil normal de personalidad en estos pacientes.

Comparten la opinión de KUDROW los alemanes PLANZ y MAXION (45) que usando la forma «A» del FPI («Freiburger Per-

sonality Inventory)), el EPI y el «Gieben Test» (GT), consideran que no aparecen rasgos neuróticos importantes. También CUY PERS (46) que utiliza el FPI intentando encontrar diferencias entre los pacientes con «cluster headache» y migraña, concluye que estos pacientes tienen una tendencia hacia las reacciones psicósomáticas pero no existen trastornos neuróticos importantes o específicos.

Contrariamente a estos trabajos se encuentran el de ROGADO et al. (35), también detallado en párrafos precedentes, que concluye, además de lo ya expuesto, que los pacientes migrañosos y con «cluster headache» puntúan más alto en las escalas de neuroticismo que los controles; el de HENRYK-GUTT y REES (37) que en su extenso estudio epidemiológico combinado con un examen clínico de los ejemplos, encontró que los pacientes con dolor de cabeza, migrañosos o no, eran más neuróticos que los controles usando el «Cornell Medical Index Questionnaire», aunque de forma menos significativa que HENRYK-GUTT y REES con el EPI.

Asimismo MAXWELL (47) en el estudio efectuado a tres grupos de pacientes (A: 32 migrañosos; B: 32 no migrañosos que visitaban frecuentemente a su médico, y C: 32 no migrañosos pero que rara vez acudían al médico) a los que se aplicó la forma breve del MPI («Maudsley Personality Inventory») dedujo que los pacientes migrañosos que acuden al médico presentan un mayor grado de ansiedad y otros signos de neurosis que, posiblemente, se incrementa en los pacientes seleccionados para una consulta de especialista.

BLASZCZYNSKI (38) en su estudio, también afirma que los pacientes que padecen de dolor de cabeza (migrañosa o tensional) tienen mayor tendencia al neuroticismo y, como ya hemos apuntado, hicieron una observación interesante: la similitud entre cefaleicos y sufridores de dolor crónico recurrente podría deberse a que el dolor crónico produce cambios en la personalidad pero no tiene por qué co-

rresponder a un tipo específico de dolor, como por ejemplo el de cabeza, sino que pueden darse en cualquier tipo de dolor crónico (48).

En este sentido son interesantes los estudios de STERNBACH et al. (51), que observan la variación del neuroticismo en el MMPI después de que el dolor fuese aliviado con tratamiento (49, 50, 51).

3. CONCLUSION

La revisión de la literatura muestra que el concepto de personalidad migrañosa sustentado por los autores de los años 30-50, ha sido cuestionado severamente por las posteriores investigaciones realizadas con metodología epidemiológica que no investiga sólo a los jaquecosos hospitalarios o a los de la práctica privada, e incluyen grupos de control y pruebas objetivas de personalidad (tests, cuestionarios).

No parece, pues, probado que exista una personalidad jaquecosa de la que, de alguna manera, participen todos, la mayoría o una parte sustancial de estos pacientes.

Es, sin embargo, posible, sólo posible, que en los jaquecosos se den con más frecuencia algunos rasgos de personalidad que en el resto de la población: inhibición-compulsión, hostilidad y otros. Queda por dilucidar si estos rasgos pertenecen a una «personalidad premórbida» específica, forman parte de la «personalidad proclive al dolor» o simplemente son una consecuencia psicológica generada por el dolor crónico que estos pacientes soportan.

En suma, el tema no está definitivamente resuelto. Existen aún, como ha señalado LEVITON (51), muchos estudios psicológicos no realizados en estos pacientes; ni siquiera el asumido hecho de qué stress psicógenos provocan jaqueca, se ha investigado prospectivamente y con metodología rigurosa.

Quizá nuevos estudios realizados con metodología prospectiva o con una diferente sistemática de análisis psicológico, o con una selección de grupos de jaque-

cosos efectuada en base no sólo de criterios clínicos sino biológicos precisos, si se encuentran, puedan en un futuro modificar los conocimientos actuales.

BIBLIOGRAFIA

- (1) MARTINEZ-LAGE, J. M.: Editorial. *Pathos*. (1982); 30: 13-14.
- (2) WATERS, W. E.: The potypridd headache survey. *Headache*. (1974); 14: 81-90.
- (3) ZIEGLER, D. K.: The epidemiology and genetics in migraine. *Res. Clin. Stud. Headache*. (1978); 5: 21-33.
- (4) BILLIE, B.: Migraine and school children. *Act. Paed. Scand*. (1962); 51. Suppl. 136: 1-151.
- (5) PASSCHIER, J.; VAN der HELM-HYLKEMA; ORLEBEKE, J. F.: Psychophysiological characteristics of migraine and tension headache patients. Differential affects of sex and pain state. *Headache*. (1984); 24: 131-139.
- (6) LANCE, J. W.: Migraine. En: Recent advances in clinical neurology. MATTHEWS, W. B. et al. Edt. Ch. Livigstone. Edinburgh (1978); 145-162.
- (7) DALESSIO, D. J. (Revised): Wolff's headache and other head pain. 3.ª ed. Oxford University Press. New York (1972); 1-688.
- (8) LEVITON, D.: Epidemiology of headache. *Adv. Neurol*. (1978); 19: 341-353.
- (9) FRIEDMAN, A. P.: Jaqueca. *Clin. Med. Nort.* (ed. española). (1978); 3: 497-509.
- (10) PEARCE, J. M. S.: Migraine: a cerebral disorder. *Lancet*. (1984); 2: 86-89.
- (11) BLAU, J. N.: Migraine pathogenesis: the neural hypothesis reexamined. *J. Neurol/Neurosurg. Psychiat.* (1984); 47: 437-442.
- (12) HANINGTON, E.; JONES, R. I.; AMES, J. H.: Migraine is a blood disorder. *Lancet*. (1984); 47: 437-442.
- (13) SICUTERI, F.: Migraine: a central biochemical dysnocepcion. *Headache*. (1976); 16: 145-159.
- (14) MOSKOWITZ, M. A.; REINHARD, J. F.; ROMERO, J.; MELAMED, E.; PETTIBONE, D. J.: Neurotransmitters and the fifth cranial nerve: is there a relation to the headache phase of migraine? *Lancet*. (1979); 2: 883-885.
- (15) BURNSTOCK, G.: Pathophysiology of migraine: a new hypothesis. *Lancet*. (1981); 1: 1.397-1.399.
- (16) HARPER, A. M.; MACKENZIE, E. T.; McCULLOCH, J.; PICKARD, J. D.: Migraine and the blood brain barrier. *Lancet*. (1977); 1: 1.034-1.036.
- (17) HAYNAL, A.; PASINI, W.: *Manual de Medicina Psicósomática*. Ed. Toray Masson. (1980); 1-172.
- (18) ALEXANDER, R. Cit. por HAYNAL, A. et al., *op. cit.* en 17.
- (19) FROMM-REICHMANN, F.: Contributions of the psychogenesis of migraine. *Psychoanal. Rev.* (1937); 24: 26.
- (20) SACKS, O. W.: Migraine: evolution of a common disorder. Vol. I. Faber and Faber. London. (1971); 1-298.
- (21) RYAN, R. SR. y RYAN, R. JR.: Headache and head pain. Mosby Company. St. Louis. (1978); 1-428.
- (22) PEARCE, J.: Migraine: a psychosomatic disorder. *Headache*. (1977); 17: 125-128.
- (23) WOLFF, H. G.: Personality features and reactions of subjects with migraine. *Arch. Neurol. Psychiat.* (1937); 37: 895.
- (24) ALVAREZ, W.: *Am. J. Geriat.* (1947); 213: 1. Cit. por WOLFF, *op. cit.* ref. 23.
- (25) SPERLING, M.: A psychosomatic study of migraine and psychogenic headache. *Psychoanal. Rev.* (1952); 39: 152-163.
- (26) FINE, cit. por ALWYN LISHMAN, W., en: Organic Psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder. Blackwell scientific publications (Oxford). (1978).
- (27) STIEGLITZ, E.: *J. Amer. J. Med. Sci.* (1935); 189, *op. cit.* ref. 23.
- (28) JIMENEZ DIAZ, C.: El asma y otras enfermedades alérgicas. *Jaqueca*. (Ed. España) (1932); página 807.
- (29) MARTY, P.: Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgias. *Rev. Franç. Psychoanal.* (1951); 2: 216.
- (30) KALDEGG, A.: Migraine patients: a discussion for some test results. *J. Ment. Sci.* (1952); 98: 413-672.
- (31) WATERS, W. E.; O'CONNOR, P. J.: Epidemiology of headache and migraine in women. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* (1971); 34: 148-153.
- (32) SCHIAVO, A. J.: Cefaleas comunes. J. A. OLIVERA. Ed. B. Aires. (1953).
- (33) ZOLA, I. K.: Culture and Symptoms: An analysis of patients presenting complaints. *Amer. Soc. Rev.* (1966); 31: 615.
- (34) BILLIE, B.: Migraine in school children. *Acta. Paediat.* (1962); 51. Suppl. 136.
- (35) ROGADO, A.; HARRISON, R. H.; GRAHAM, J. R.: Personality profiles in cluster headache, migraine and normal controls. *Arch. Neurobiol.* (1974); 37 (Extra). 227-241.
- (36) KUDROW, L.; SUTKUS, B. J.: MMPI pattern specificity in primary headache disorders. *Headache*. (1979); 19: 18-24.
- (37) HENRYK-GUTT, R.; REES, W. L.: Psychological aspects of migraine. *J. Psychosom. Res.* (1973); 17: 141-153.

(38) BLASZCZYNSKI, A. P.: Personality Factors in classical migraine and tension headache. *Headache*. (1984); 24: 238-244.

(39) CRISP, A. H.; KALUCY, R. S.; MCGUINNES, B.; RALPH, P. C.; HARRIS, C.: Some clinical, social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. *Postgrad. Med. J.* (1977); 53: 691-697.

(40) POLLOCK, J. M.: Obsessive-compulsive personality: a review. *Psychol. Bull.* (1979); 86: 225-241.

(41) RACHMAN, S. J.; HODGSON, R. J.: Obsessions and compulsions. New Jersey Prentice Hall. (1981).

(42) BIHLDORFF, J. P.; KING, S. H.; PARNES, L. R.: Psychological factors in headache. *Headache*. (1971); 11: 117-127.

(43) PEARCE: Conceptos actuales en la migraña. Monografías Médicas Marín. (1977); 66-80.

(44) BAKAL, D. A.: Headache: a biopsychological perspective. *Psych. Bull.* (1975); 82: 369-382.

(45) PLANZ, S.; MAXION, H.: Ergebnisse einer

Untersuchung mit drei persönlichkeitsinventaren bei 80 migränepatienten. *Nevenarzt*. (1978); 357-360.

(46) CUYPERS, J.: Personality profiles in cluster headache and migraine. *Headache*. (1981); 21: 21-24.

(47) MAXWELL, H.: Migraine. John. Wright. Bristol. (1965).

(48) BLUMER, D.: Chronic pain as a psychologic phenomenon: the pain prone disorder. En: Psychiatric aspects of neurologic disease. Vol. III. BENSON, D. F. y BLUMER, D. (Edits.). N. Y. 1982; 179-194.

(49) STERNBACH, R. A.; DALESSIO, D. J.; KUNZEL, M.; BOWMAN, G. E.: MMPI patterns in common headache disorders. *Headache*. (1980); 20: 311-315.

(50) STERNBACH, R. A.; WOLFF, S. R.; MURPHY, R. H.; AKESON, W. H.: Aspects of chronic low back pain. *Psychosom*. (1973); 14: 52-56.

(51) STERNBACH, R. A.; TIMMERMANS, G.: Personality change associated with reduction of pain. *Pain*. (1975); 1: 177-181.

RESUMEN

Se revisa brevemente el concepto actual de jaqueca y se analiza detalladamente la literatura existente sobre la personalidad jaquecosa. El concepto de personalidad jaquecosa fue mantenido por clínicos y autores de orientación psicoanalítica en las décadas de 1930-1950. Los estudios recientes efectuados con criterios epidemiológicos (no basados en estudios hospitalarios) y realizados, empleando tests psicológicos estandarizados no son concordantes con la existencia de una personalidad jaquecosa.

SUMMARY

The authors briefly review the actual concept of migraine and analyse in detail the literature about migraine personality. Migraine personality was maintained by clinicians and authors with psychoanalytic background in the decades 1930-1950. The present studies realized with epidemiological surveys (not hospital based) and employing standardised psychological tests do not support the existence of a migraine personality.

PALABRAS CLAVE

Migraña; Personalidad; Trastornos psicósomáticos.