

UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN PABLO

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y
HUMANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



MIGRAÑA ASOCIADA A FACTORES DE PERSONALIDAD EN ADULTOS
MAYORES DE 18 AÑOS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Tesis presentada por el bachiller
de la escuela profesional de Psicología:
DARLYN YEREMI SALAS HINOJOSA

Para optar por el título Profesional de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Asesor: Dra. Ada Frechia Huerta De Bermejo

AREQUIPA – PERÚ, 2022

Resumen

Gran parte de la literatura reporta estudios que involucran a la personalidad con variables psicológicas, sin embargo es insuficiente la asociación con variables de índole somática, el objetivo de la presente investigación fue hallar la relación entre la migraña, variables sociodemográficas y factores de personalidad según el inventario Big Five Inventory (John *et al.*, 1991), además se usó el cuestionario HIT-6 que paso por una validación de contenido, validez de constructo y confiabilidad para probar sus propiedades psicométricas, cabe resaltar que no se buscó un tipo de migraña específica, además se consideró el uso del cuestionario ID migraña el cual también paso por una validación de contenido y sirvió de filtro para diagnosticar este padecimiento, la muestra estuvo conformada por 142 participantes, pero tomando en cuenta los criterios tanto de inclusión como exclusión se redujo a 100. La investigación posee un enfoque cuantitativo y de diseño no experimental, de corte transversal, debido a que no se manipularon ninguna de las variables y la recolección de datos se hizo en un solo momento. Es de tipo correlacional debido a que el objetivo de esta fue conocer la relación entre las variables.

Los resultados reflejan que si existe relación entre la migraña y el factor neurótico, se cree que al tener ciertos patrones de inestabilidad dieron respuesta al nacimiento de migraña o trastorno mental, ya que este factor de personalidad estaría ligado a personalidades ansiosas y depresivas y poseen una relación consistente a la migraña, por otra parte se evidencio cierta predisposición del género femenino a padecer estas crisis migrañosas, otro dato importante que se recabo es la deficiente calidad de vida de las personas que padecen esta afección y el cómo batallan con esto día a día generando eventos estresantes mucho antes que padezcan el dolor, por lo que también se busca que en posteriores investigaciones o en la misma praxis médica se pueda tratar este problema de forma efectiva y multidisciplinaria.

Palabras clave: migraña, personalidad, somatizar, trastornos mentales.

Abstract

Much of the literature reports studies that involve personality with psychological variables, however the association with somatic variables is insufficient, the objective of this research was to find the relationship between migraine, sociodemographic variables and personality factors according to the inventory Big Five Inventory (John *et al.*, 1991), in addition, the HIT-6 questionnaire was used, which went through a content validation, construct validity and reliability to test its psychometric properties, it should be noted that a type of migraine was not sought. In addition, the use of the ID migraine questionnaire was considered, which also underwent content validation and served as a filter to diagnose this condition, the sample consisted of 142 participants, but taking into account the inclusion and exclusion criteria was reduced to 100. The research has a quantitative approach and a non-experimental design, cross-sectional, because none of our variables were manipulated and the data collection was done in a single moment. It is of a correlational type because the objective of this was to know the relationship between our variables.

The results reflect that if there is a relationship between migraine and the neurotic factor, it is believed that having certain patterns of instability gave a response to the onset of migraine or mental disorder, since this personality factor would be linked to anxious and depressive personalities and have a consistent relationship to migraine, on the other hand, a certain predisposition of the female gender to suffer these migraine crises was evidenced, another important piece of information that was collected is the poor quality of life of people who suffer from this condition and how they battle with this day by day generating stressful events long before they suffer pain, so it is also sought that in subsequent investigations or in the same medical practice this problem can be treated effectively and multidisciplinary.

Key words: migraine, personality, somatize, mental disorders.

Capítulo I: Planteamiento del problema

Justificación

Según Deza (2010) identifica a la migraña como uno de los dolores más habituales de cabeza, postula que puede ser debido a un desorden neurológico crónico con episodios recurrentes, que pueden presentar además, intolerancia a la luz, mareos, vómitos, intolerancia a sonidos, olores, etc. y puede vincularse a auras que el paciente anteriormente percibe, esto prácticamente produciría una probable incapacidad total durante la crisis migrañosa, abriendo camino a una deficiencia en la salud que forzosamente necesitara un diagnóstico y tratamiento acorde al o los padecimientos inmerso en la persona. En nuestro país El Instituto Peruano de Neurociencias (IPN, 2014) dio el dato de que aproximadamente 3 millones de ciudadanos padecen de migraña, y que puede variar de acuerdo al subtipo, también aparecen datos concisos de que el sexo más afectando es el de las mujeres, además las edades más comunes en que se presentan son entre 20 y los 50 años, esto genera problemas como: baja productividad en el trabajo, menor rendimiento en los estudios y ausentismo.

Por otro lado Salvaggio y Sicardi, (2014), mencionan que los factores psicológicos como (la inteligencia, los sentimientos, las cogniciones y pulsaciones) y factores biológicos (somático y morfológico) son singularidades de cada persona y que estos matices nos hacen únicos, ya que dan fruto a nuestra personalidad, es así como Moreno, Garrosa y Gálvez (2005) postulan que existe un nexo entre nuestra personalidad, la parte biológica, la neurológica, y la parte psicológica, estas generarían una posible inestabilidad en la salud, podrían afectar nuestro sistema inmunológico o nuestra actividad cardiovascular. Mónaco (2011) en su investigación donde entrevista a una serie de expertos a fines, comenta que la personalidad actúa como un determinante de riesgo para el desencadenamiento para una migraña, argumento detallado que empezó a dar voz a mediados del siglo XX.

Ahora ¿porque es importante este estudio? Rueda, Gaona y Martínez en (2005) guiándose de la segunda edición de clasificación International Headache Society (IHS), se evidencio un apartado donde existe una categoría para las cefalalgias que estarían conectadas a trastornos mentales a su vez aconsejaron aplicar este tipo de diagnóstico a este tipo de casuística ya que luego de un tratamiento efectivo a un trastorno mental se ve una mejoría en estos pacientes. Aún faltan comprobar algunos aspectos y pruebas objetivas que demuestren que estas crisis migrañosas sea una forma de somatizar de algún trastorno mental o que exista la posibilidad de algún tipo de comorbilidad, por lo cual es de suma importancia plantear diagnósticos precisos y evaluar la presencia de esta enfermedad en poblaciones con trastornos mentales. Autores como Sevillano, Manso y Cacabelos (2007) concuerdan con la relación entre la migraña y algunos trastornos psicológicos, estos autores plantean que la personalidad rígida de algunas personas podría desatar una crisis migrañosa, ya que algunos individuos pueden mostrar baja tolerancia a diversos eventos vitales pero negativos. También comentan de cómo algunos cambios hormonales que se dan en las mujeres las hace tener una vulnerabilidad hacia eventos estresores, lo que también podría generar algún tipo de ansiedad o depresión.

Pero ¿Por qué se decidió estudiar este tipo de enfermedad y asociarlo con variables psicológicas? Como se muestra en diversas investigaciones la personalidad es una causa que no se debe dejar de lado ya que puede contribuir al florecimiento de una enfermedad, por eso se planteó realizar esta investigación para poder determinar si existe un factor de personalidad predominante en personas que padecen de migraña. Al encontrar si existe una relación del tipo de personalidad y la migraña se podría aclarar una predisposición a esta enfermedad y plantear diferentes programas de prevención más adelante, claro que no solo basta identificar el factor de personalidad más predominante para desarrollar una migraña, si no analizar los demás factores que influenciaran para que se de este problema. Como dice Leonardi (2005) al

ser un gran porcentaje de personas que padecen esta enfermedad y el impacto negativo que ocasiona en sus vidas, tanto en la dimensión física y psicológica, encontrar una opción extra para poder prevenir o brindar un tratamiento contiguo ayudaría a mejorar el bienestar de estas personas y a su vez puedan tener una buena calidad de vida.

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre los factores de personalidad, migraña y variables sociodemográficas en adultos mayores de 18 años de la ciudad de Arequipa?

Objetivos de investigación

General

Conocer si existe una relación entre los factores de personalidad, migraña y variables sociodemográficas en adultos mayores de 18 años de la ciudad de Arequipa

Específicos

Describir los factores de personalidad en adultos mayores de 18 años de la ciudad de Arequipa

Estimar los valores de migraña en adultos mayores de 18 años de la ciudad de Arequipa

Conocer si existe relación entre los factores de personalidad, migraña y variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, en adultos mayores de 18 años de la ciudad de Arequipa.

Capítulo II: Marco teórico

Migraña

Navia et al. (2006) comentan que este tipo de cefalea tiene una historia bastante antigua, hace 7 milenios aproximadamente ya se realizaban craneotomías para evidenciar algunas afecciones, pero recién en el siglo XX se tomó más importancia a este problema, por la incapacidad, el aspecto social y el costo económico que ocasiona.

Del Mónaco (2011) explico el inicio de esta dolencia donde sus orígenes significan “mitad del cráneo”, por otro lado, haciendo la revisión de distintos artículos llegamos a la primera noción de migraña la cual la plantea Fernández y Canuet (2003) como un trastorno que tiene que ver con la neurología y que puede mantenerse por largos periodos de tiempo, causando un gran dolor por los ataques reincidentes, el cual causara una incapacidad temporal. Mientras que Cáceres, Lozano, González y Olivera (2005) describen a la migraña como un dolor en la cabeza de principio y termino brusco, afectando por lo menos a una décima parte de los humanos, de igual forma la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone de manifiesto a la migraña, como una de las enfermedades más incapacitantes del planeta; países como Estados Unidos o nuestro país, se ven afectados ya que es una de las causas más frecuentes de ausentismo en el trabajo, conllevando un deterioro lamentable en la persona.

Rueda (2002) y Muñoz *et al.* (2013) concuerdan en que la migraña es un riesgo constante para la salud por la discapacidad que provoca, siendo las féminas las más afectadas. Países como España, muestran prevalencias altas de migraña aproximadamente la décima parte de su población, Fernández y Canuet (2003) cita a Lipton et al en 2002 para mostrarnos prevalencias de migraña en la población estadounidense en un 13%, así mismo Peñafiel (2015) al realizar estudios en Europa y en Norteamérica se dio con la sorpresa de que cada

año, el 8% de los hombres y el 16,5 % en mujeres padecen esta enfermedad. En nuestro continente, la situación es semejante siendo las damas las más afectadas, este autor y Quesada, Contreras, Traba y Frómeta (2010) explican esta frecuencia debido a factores menstruales y hormonales.

Rueda (2002) en su investigación en Dinamarca, encontró valores de migraña que rondan un 8% en hombres y 25% en mujeres, Cáceres *et al.* (2005), Quesada *et al.* (2010), Navia, *et al.* (2006), y muchos autores más dan seguridad que las damas son muy proclives a tener esta afección, sin embargo en una investigación realizada en nuestro país a estudiantes de medicina por Gálvez, Situ, Tapia, Guillén y Samalvides (2011) encontraron resultados inversos llegando a frecuencias muy altas respecto a los hombres, mientras que las mujeres mostraron resultados más bajos, respecto a la edad en la que podría aparecer la enfermedad fue 21 años, además al realizar otros análisis estudiantes que cursaban su primer año en la universidad presentaron altas frecuencias de crisis migrañosas, mientras que los estudiantes del cuarto año mostraron menor prevalencia.

Otros autores como Ramírez, Díaz, Rojas, Behrens y Kubisch (2006) postulan que existe una prevalencia del 33% en mujeres y del 13,3% en hombres. En nuestro país vecino Chile muestran que las consultas neurológicas son cada vez más comunes, y en Sudamérica países como: Venezuela, Colombia y Brasil presentan altos índices de prevalencia de esta enfermedad.

Una de las posibles etiologías de esta enfermedad la postulan Benavides, Rodríguez, Restrepo y Vargas (2015) ya que indican que la causa de este dolor se daría en el sistema trigémino vascular; este sistema es conocido por su anatomía y fisiología del dolor cráneo-facial, que también podrían incluir vías nerviosas y núcleos. Lamentablemente aún no se sabe

el origen o momento en el que se desliza el cumulo de reacciones nerviosas que acabarían originando una crisis migrañosa.

Del Mónaco (2011) en su investigación donde recabo diferentes puntos de vista de profesionales expertos sobre esta enfermedad, muchos plantearon la convergencia de factores biológicos y factores sociales para el nacimiento de la enfermedad llegando así a catalogarla como una enfermedad multifactorial, ya que puede estar sujeta a temas de genética, las experiencias, dinámica familiar, cultura, raza o hasta la religión, todos estos factores podrían estar relacionados con lo que la persona percibe, existen algunas culturas que ven el dolor de una forma diferente, esto podría explicarse al cómo son procesadas estas emociones, dando cabida a los diferentes circuitos tanto hormonales, endógenos y biológicos. Por su parte Cáceres *et al.* (2005) postulan que variables ambientales podrían desencadenar una cefalalgia, poniendo ejemplos: el consumo de alcohol y cacao, olores intensos como la pintura, tabaco, alquitrán, gasolina y perfumes, en cuanto a la visión luces cegadoras o centellantes, el sol radiante, una presión atmosférica cambiante, la temperatura que cambia de manera brusca, y lo que ahora podría darse con más frecuencia, el estar demasiado tiempo en las laptops o celulares, daría paso al nacimiento de alguna crisis migrañosa.

Sevillano *et al.* (2007) instruyen sobre el componente genético ya que más del 50% de casos registrados tienen como particularidad a un familiar que padezca migraña, mostrando una mayor prevalencia con la madre que con los padres, además por lo menos tienen a un hermano afectado, estos autores hablan de factores que podrían ocasionar una migraña: variables hormonales poniendo de manifiesto el sufrimiento de migrañas menstruales que se da en algunas mujeres, crisis como la ovulación, embarazos, posparto o la menopausia.

Una posible respuesta al origen de estas crisis migrañosas la comparte Del Mónaco (2011) el cual comenta que el dolor se da por un cambio neurológico en el cual diferentes

grupos de neuronas empiezan a turbar y empieza a darse un cambio en los receptores, Navia *et al.* (2006) por otro lado se basa en la relación de un gen proteínico el cual forma parte de un canal iónico asociado al calcio, y se da de esta manera: el canal presentaría un desperfecto en la descarga de neurotransmisores por parte de la neurona, (neurotransmisores como la serotonina), esto daría paso a una “hiperexcitabilidad neuronal”, la cual se postula como una de las bases biológicas en la migraña, esta idea también la apoyan Benavides *et al.* (2015) ya que estos autores creen que un tipo de migraña específico llamada migraña hemipléjica familiar tienen una mutación en un cromosoma, haciendo que los canales de calcio sufran una anomalía.

Deza (2010) refiriéndose al mecanismo de acción de la migraña postula que puede darse de acuerdo a sustancias simpáticas, parasimpáticas y sensitivas que se sitúan en conformación craneal, donde se pueden encontrar así mismo los vasos y leptomeninges, fibras del ganglio trigémino como la sustancia P, péptidos relacionados con la calcitonina, la neurocinina y el PACAP, como ya se mencionó este sistema trigémino tiene mucho que ver con el dolor que se produce en la migraña. Hay que tener en cuenta el desencadenante de la migraña, la cual es la depresión cortical diseminada, que es originada por una variación en la permeabilidad neuronal, creando así un desequilibrio en los canales iónicos. A su vez Moreno, Rodríguez, Peraza y Peraza (2013) al revisar diferentes medicamentos y evaluaron los que ocasionan vértigo, visión borrosa y una baja en la agudeza visual, lo cual también podría dar origen a crisis migrañosas u otras enfermedades.

Deza (2010) indica que la migraña posee características clínicas, además de atributos diferentes inherentes a cada tipo, en esta investigación describiré seis subtipos de migraña, las cuales son:

La migraña común (sin aura), este tipo de migraña no avisa que se desencadenara el dolor además es 3 veces menor en prevalencia que la migraña con aura. Existen criterios de diagnóstico como: Por lo menos 5 episodios de cefalalgia que cumplen los criterios de: crisis pueden durar entre 4 horas y 3 días (sin tratamiento) y presencia de alguno de estos síntomas: Nausea y/o vomito, fotofobia y sonofobia, que se presentan por lo menos dos de estas características: dolor parcial en un lado, características pulsátil, características de intenso dolor o de moderado a severo, puede empeorarse con actividad física y como ultimo criterio, esta cefalalgia no es explicable a otra enfermedad (Deza, 2010, p.129-136.).

El segundo subtipo vendría a ser la migraña clásica (con aura) la cual muestra un aviso aural que indica que se desencadenara el dolor, los criterios diagnósticos son: Diagnóstico que requiere por lo menos dos crisis migrañosas, no sin antes presentarse los siguientes criterios: Permanencia de aura, pero sin debilidad muscular, síntomas ópticos como luces que tiritan, manchas como escotomas o hasta pérdida de visión, síntomas somato sensoriales reversibles, algunos con características positivas como pinchazos y otros catalogados como negativos como adormecimiento y disfasia transitoria, totalmente reversible. Además, presentan por lo menos dos de los siguientes síntomas: pueden ser visuales o sensoriales que se presentan unilateralmente, episodios de escotomas que se desatan en aproximadamente 5 minutos y auras presentes entre 5 minutos y una hora. Estos dolores comienzan con la presencia de escotomas o después de estos, en un tiempo no mayor a una hora se desata el dolor, por último, esta cefalalgia no se atribuye a otra dolencia (Deza, 2010, p.129-136.).

De igual forma Deza (2010) relaciono que los sucesos de los dos diferentes subtipos de migraña clásica y común empiezan en la parte delantera o mitad del cráneo Sin embargo el dolor a veces, puede empezar bilateralmente y luego podría mantenerse a un lado del cráneo. Al inicio podría mostrarse con bajo grado de dolor y después de 60 minutos llega a un nivel limite donde el dolor es insoportable, ese instante se cataloga, como de tipo latido y con

intensidad alta, agregándose también esa cualidad pulsátil, para especificar más sobre esta angustia se realizaron evaluaciones subjetivas donde la escala iba de cero a diez, donde diez era un dolor intolerante, la moda en esta escala fue de siete y nueve describiendo un dolor intolerante por parte de los pacientes.

Un estudio realizado en Chile por Ramírez *et al.* (2006) hacen hincapié sobre un tipo de migraña con aura el cual se llama migraña hemipléjica familiar (MHF), en este estudio seleccionaron 5 familias, que necesariamente tenían un pariente de primero o segundo grado sufriendo las mismas crisis de dolor, este tipo de migraña se da por una alteración en los iones, desregulando la actividad neuronal, este estudio se dio gracias al descubrimientos por análisis electrofisiológico describiendo una evolución en los canales iónicos, en la bomba de sodio y potasio, en los cuales los mecanismos involucrados podrían generar una inconsistencia neuronal que daría como fruto las señales de la migraña hemipléjica familiar.

El tercer subtipo vendría a ser la migraña retiniana este es un tipo muy parecido a la migraña de aura visual ya que se determina por perturbaciones visuales periódicas, pero que solo se presenta en un solo ojo y que está asociado a una jaqueca. La persona ve luces parciales o en todo el campo visual, formándose auras a nivel ocular, por ejemplo, si decidimos caminar o leer, es posible que no podamos ver todo el contexto o ambiente en el que estamos ya que existe un bloqueo en la visión y después de estos síntomas en la visión se produce niveles intensos de dolor.

El cuarto subtipo de migraña es el que aparece como síndrome periódico en la niñez que muestran que podrían ser precursores de migraña, se postula que algunos niños, muestran diferentes síntomas como vómitos episódicos, dolor en el abdomen o percepción de que todo le da vueltas. Y que muy a pesar de estos no se le puede asignar algún padecimiento de enfermedad, además que su desarrollo es totalmente normal excepto en los sucesos, al existir

estos síntomas en el menor hay una predisposición a que en la edad adolescente o adulta se desencadene una migraña.

En el quinto subtipo se muestran complicaciones que se podrían dar de acuerdo a la gravedad de la enfermedad, todos estos encajarían en un solo subtipo ya que más que todo se habla de la intensidad y el tiempo en el que pueda presentarse dando lugar a varias formas de migraña como la migraña crónica, que se explica cómo sucesos migrañosos que se presentan dos semanas a más al mes, por más de noventa días, y no se debe al uso de fármacos para eliminar el dolor de cabeza ni a alguna enfermedad causal. El estado migrañoso dura más de tres días se da como un dolor continuo que no desaparece ni en la noche ni con el uso de calmantes. El aura sin infarto, puede llegar a durar más de 7 días, pero no existen señales de infarto cerebral, mientras que, si se habla de infarto migrañoso este se da solo en pacientes con aura migrañosa y que tienen una duración que pasa la hora, su diagnóstico debería ser comprobado por radiólogos ya que podría desarrollar complicaciones o enfermedad vascular cerebral. Hay además una relación entre la migraña y la crisis epiléptica, mostrándose esa última poco después de la crisis migrañosa. Por último, la posible migraña, es el nombre que se le da a esta crisis de dolor pero que no junta los criterios para un diagnóstico de algún subtipo de migraña.

Por otro lado, clínicamente la migraña, presenta una serie de etapas Navia et al. (2006) las describen en 5 periodos: La primera etapa es en la cual se presentan síntomas, como alteraciones en el ánimo del paciente relacionados con más frecuencia a tristeza, irritabilidad, aumento en la sensibilidad a diferentes estímulos, complicación para poder concentrarse, escotomas, debilidad, síntomas sistémicos como: (retención de líquidos, fatiga, palidez, mialgias, etc.) además se puede producir alteraciones a nivel alimentario. El tiempo que dura esta etapa es de varias horas hasta un día o 2. Por lo menos a 1 de cada 4 pacientes presenta el aura.

En la segunda etapa se evidencian síntomas relacionados a la sensibilidad por ejemplo hormigueos en las extremidades, caso curioso en el tipo de migraña hemiplejica familiar ya antes detallada se ven síntomas motores, como dificultades en el lenguaje, puede presentarse disartria o afasia.

En la tercera etapa, se siente ya el dolor propiamente dicho, localizado hemicranealmente en la región fronto-temporal o retro-ocular. Aunque también existen casos donde puede localizarse en la mandíbula, maxilar, eminencia malar, a estos dolores lo acompañan síntomas como náuseas y vómitos, y en la mitad de casos sudoración profusa, gastroenteritis, cambios en la piel, sensación de congestión nasal. En ocasiones los pacientes expresan que, al vomitar o dormirse, presentan mejorías. Esta etapa puede durar unas horas o en el peor de los casos 3 días.

En la cuarta etapa se evidencian los dolores, pero en declive. Se dice que para poder llegar a la última etapa el paciente se debe quedar dormido durante varias horas en ambientes completamente oscuros, es ahí donde llega la quinta y última etapa denominada resaca, se presentan síntomas como somnolencia, agotamiento, dificultad para poder concentrarse, etc.

Autores como Fernández y Canuet (2003) hablan de esta afección y el gran problema que supone en esta población debido a la repetición de los ataques, si bien se sabe que puede presentarse de forma fortuita, la imposibilidad que produce para realizar ciertas actividades suele ser devastadora, ya que empiezan a predisponer futuras crisis y crean condicionamientos en su comportamiento, por el miedo a que se desate la cefalea, llegando a perder días de trabajo, escuela o universidad, los datos de ausentismo los explica Navia et al. (2006) autor el cual evidencio resultados en pacientes que padecen de migraña y los que están libres de esta afección, los cuales pierden por lo menos 29 días de 90 hábiles.

Al hablar de causas, tipos y etapas, también se debería hablar de las diferentes soluciones los cuales en este caso son los tratamientos, hay que tener en cuenta que todas las migrañas tienen diferentes umbrales de dolor, son diferentes en tiempo y gravedad. Para lo cual es indispensable plantear tratamientos de manera personalizada, la medicación es muy empleada en esta enfermedad, pero se debe hacer en la etapa inicial antes que se intensifique el dolor, de igual forma pueden ser usadas para aliviar cualquier otro síntoma del ataque como náuseas, mareos, intolerancia a la luz o a los sonidos. Mientras que las terapias de prevención son utilizadas para evitar los ataques o reducir el tiempo o severidad

Respecto a los fármacos que ayudarían a aliviar estas crisis migrañosas Carod, Irimia y Ezpeleta (2012) postulan al Topiramato como uno de los más investigados en el tratamiento de migraña, este fármaco estuvo en estudios para tratar la migraña crónica, se habla de igual forma de la neuroestimulación del nervio occipital, investigadores de Taiwán dicen que la acupuntura es un tratamiento veraz, aun mejor que los fármacos.

Deza (2010) habla de los fármacos más usados que ayudaran a desaparecer el dolor migrañoso, dice que en su gran mayoría son agonistas de receptores de serotonina 1 (5-HT₁), estos son usados cuando el dolor es muy grave, alivian la crisis de dolor, y desinflan por la acción en receptores 5-HT_{1D}. Otras formas de aliviar la crisis la proporcionan los alcaloides ergotaminicos, que son los más antiguos, ejerciendo un efecto agonista no selectivo en 5-HT₁, consiguiendo acción sobre receptores del organismo, por lo cual podrían causar trastornos indeseables como adicción al fármaco o dependencia. Sin embargo, debido a su gran efecto son usados para bloquear estos dolores intensos. Lamentablemente en nuestro país se pueden comprar sin un diagnóstico médico y de forma tan libre que generarían un gran peligro para los que consumen sin una receta médica. Los agentes antiinflamatorios no esteroideos, ejercen una labor analgésica, bloqueando la enzima ciclooxigenasa (COX), causando la reducción de prostaglandina evitando su síntesis, para así disminuir las dolencias en la zona afectada, es

aconsejable usarla en este tipo de cefalalgia sea baja o media, aunque algunos pacientes con dolor intenso indican que su dolor disminuyó al tomar este tipo de fármaco.

Peñafiel (2015) postula la autohipnosis e hipnosis para poder controlar las dolencias propias de esta enfermedad, también plantea la música ya que puede llegar a producir estados de relajación en el paciente. De la misma manera Del Mónaco (2011) comenta sobre técnicas de relajación, que a la vez ayudan al estado físico como a la mentalidad, por ejemplo, yoga o taichi, recomienda además con ímpetu el lograr hábitos alimenticios, tener un buen horario del sueño, hidratarse y no consumir mucha cafeína, para Ducros (2010) el aislarse en un lugar oscuro y sin ningún factor que pueda alterar el descanso ayudaría a aliviar el dolor intenso.

Finalmente conocer la verdadera causa de la migraña se ignora o por lo menos es difícil de identificar, pero gracias a la teoría sobre el sistema trigémino vascular se tuvo un acercamiento alentador, muy aparte los factores como la herencia, edad, sexo, situaciones de estrés y ansiedad, producción de hormonas, consumo de alcohol y diversos factores medioambientales, también ayudarían a revelar la verdadera causa de esta enfermedad, gracias a esta información se considera como un factor más a los rasgos de personalidad, ya que de alguna manera indicaría una posible predisposición a tener esta enfermedad ya que de alguna forma estaría englobando cada uno de estos factores no de manera total, pero si parcial. Como bien lo postulan Sevillano *et al.* (2007) no es suficiente el realizar un buen diagnóstico sobre el tipo de migraña, sino evaluar los posibles factores que acompañan a la enfermedad.

Personalidad

Salvaggio y Sicardi (2014) mencionan que la personalidad está conformada por aspectos tanto biológicos como psicológicos, característicos de cada persona y que gracias a eso se distinguen de las demás. Para comprender el contenido de la personalidad, hay que tener presente que tiene factores tanto ambientales como los de heredabilidad, posee además elementos que la hacen ser de determinada manera que son: el carácter, la inteligencia el temperamento y los roles sociales o el ambiente, tomado como la gran influencia social. Toda persona tiene una personalidad potencial al nacer, en cuanto a esos elementos básicos que la constituyen, se desarrollara esta potencialidad de acuerdo a ciertas características y capacidades, como la creatividad, la conducta emocional, la ética y el trabajo intelectual, entre otras, todas deben actuar con cierto nivel de organización para mantenerse en una personalidad normal.

Según Salgado, Vargas-Trujillo, Schmutzler y Wills-Herrera (2016), cuando se habla de personalidad según los Cinco Grandes es necesario enfocarse en cómo fue organizado el modelo en estos cinco factores que permanecen sin cambio a lo largo de la vida del individuo y que de una u otra manera determinan la manera de responder a las diferentes circunstancias que se le presenten. De la misma manera W. Allport en Salvaggio y Sicardi (2014) hacen hincapié en que la personalidad es una estructura dinámica, inmersa en lo profundo del individuo y que contienen sistemas psicofísicos que darán lugar al comportamiento y la conducta. Esto muestra que en cada uno subyace una forma diferente de actuar y esto se da por la personalidad propia en cada uno, además de la naturaleza cambiante, tomada como algo profundo y no externo, que necesariamente no es algo psíquico ni neurológico, si no que su funcionalidad necesita tanto de cuerpo y mente, de tal forma que se generara motivación para realizar diferentes acciones y mostrar una adaptación correcta al ambiente al que pertenece.

De igual forma Salgado *et al.* (2016) explican que la teoría de los 5 grandes se remonta a investigaciones en el ámbito psicológico que partían de una noción de particularidades notorias. Ahora, ¿Porque usar esta teoría? pues este modelo se transformó a términos de la década de los noventa en un proyecto descriptivo de la personalidad el cual es muy usado en investigación. Su valor se fundamentaba en la forma explicativa que llegó a ser en el campo de la psicología y los comportamientos relativos a la salud, punto en el cual esta investigación se enfocara.

Según Salcedo, Pazos, Guadalupe, y Gavilánez (2019) el modelo de los 5 grandes en los años ochenta aseguro que los rasgos de personalidad, pueden describirse a través de cinco factores, que ayudarían a identificar posibles psicopatologías, conductas agresivas, rendimiento en la escuela y trabajo.

Siguiendo los ideales de Salgado *et al.* (2016) y el consejo general de colegios oficiales de psicólogos de España explicare los 5 factores del modelo.

Apertura a la experiencia, este factor explica la grandeza, profundidad, unicidad y lo complejo vida mental, esta emana de las diferentes experiencias de la persona. Se basa en la conservación de valores e ideales estables, centrado a su en la amplitud de intereses; esto quiere decir que este factor hace referencia a individuos abiertos a conocer, interesados en el mundo superficial pero también el mundo interior. Este factor tiene una fuerte conexión con la parte intelectual, el pensamiento creativo. Sin embargo, no se refiere a inteligencia como tal, la base principal de este factor es la experiencia y el cómo se da el proceso de adaptabilidad.

Responsabilidad, este factor explica el cómo se da el control de impulsos, además facilita el logro de tareas y metas, este punto se explica en como estas personas llegan a analizar algo antes de hacerlo, postergar gratificaciones, seguir normas y reglas, planear,

organizar y anteponer lo importante en la vida incluye cuestiones sobre el sentido de orden, organización, el deber, la autodisciplina y la eficiencia. Son individuos con capacidad voluntaria, puntuales, honestos, detallados y pueden controlar sus impulsos.

Extroversión, esta dimensión quiere decir cómo uno se desenvuelve en el plano social, engloba rasgos sociales, de constante actividad, la asertividad y emocionalidad positiva. Los extravertidos son personas abiertas, les gusta pasar momentos de calidad con amigos, la comunicación es de suma importancia, prefieren la compañía de los demás para realizar la mayoría de las actividades, pueden tener rasgos de impulsividad, tienden a hacer bromas, la despreocupación es también un rasgo distintivo en ocasiones pueden actuar con cierta agresividad. Su contra parte los introvertidos son personas tranquilas, hasta se les puede catalogar de retraídas, quietas, se basan en planes a futuro, suelen ser muy analíticos y tienen un orden muy meticuloso en su día a día.

Afabilidad, consta en el contraste de una orientación que beneficia a otros, incluyendo rasgos altruistas, confianza, ternura, modestia, caracterizados por esos rasgos compasivos, confianza, dotados de una alta franqueza para comunicarse y sensibilidad empática con los demás.

Neuroticismo, evalúa la estabilidad emocional y en cómo se manejan las experiencias de las situaciones emocionales negativas. Una persona neurótica tiende a ser ansiosa, preocupada, malhumorada, frecuentemente con un ánimo deprimente, puede que no descansa bien, y que pueda llegar a sufrir algún trastorno psicosomático. Muchas veces la emocionalidad prima en ellos, pueden reaccionar agresivamente a cualquier estímulo que se le presente, de esta manera se le dificulta volver a un punto de equilibrio después del evento emocional negativo, muchas veces sus reacciones son de manera irracional. Una de las características principales es la preocupación constante por las cosas que le pueden llegar a

salir mal por lo que empiezan a tener episodios emocionales de ansiedad, lo que los puede llevar a un sufrimiento. Su contra parte, la persona estable mantiene una respuesta emocional débil y volviendo al punto de equilibrio rápidamente después de cada suceso. Es un individuo que se puede percibir como tranquilo, con un temperamento que se mantiene en su vida diaria, controlado y despreocupado.

Por otro lado, Salgado (1998) en Salcedo *et al.* (2019) se evidencian los diversos estudios sobre el modelo en los que postula que serviría como un instrumento que ayudaría a predecir cómo funcionan ciertas variables psicológicas, llegando a la conclusión que factores como estabilidad emocional o responsabilidad resultan de suma importancia para identificar y seleccionar ciertos tipos de perfiles, por otro lado, a partir de este modelo también se pueden medir estilos interpersonales, emocionales y motivacionales que son de suma importancia para evaluar algunos trastornos; enfocándose en una descripción entendible de la persona y además gracias a la información complementaria que brinda ayudaría a la elección de un adecuado tratamiento.

Pérez (2003) en sus últimos estudios presta atención a la conexión entre los factores de la personalidad y los trastornos de la personalidad, plantea una hipótesis donde podrían ser explicados en gran parte por el modelo de los 5 grandes para presagiar el origen de algún trastorno, su explicación se basa en los rasgos identificados en el modelo de los 5 grandes que de acuerdo a su estructura darían diferentes patrones desadaptativos para llegar a una conclusión sobre el nacimiento de algún trastorno.

Autores como Salgado *et al.* (2016) se dieron cuenta de una peculiaridad en esta teoría la cual es su estructura ya que no muestra una perspectiva teórica particular, sino una clasificación integradora, representando un ideal de grupos particulares con características de personalidad que se relacionan unas con otras, y no las separan en

cualidades diversas por individuo. Según Dominguez-Lara, Merino-Soto, Zamudio, y Guevara-Cordero. (2018) Los estudios de los 5 grandes factores llegan a tener congruencia con diversas variables psicológicas y cuentan con un buen número de investigaciones a nivel internacional, se explica esto porque si bien al inicio esta teoría no se consideraba como predictiva, algunos estudios respaldaron su valor teórico y práctico, sustentando como un modelo no solo con tintes teóricos, sino también aplicativos. Por esta razón los 5 grandes factores se titulan como uno de los manuales diagnósticos más usados en el mundo, además de su alta fiabilidad.

Migraña y personalidad

Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo (2007) expresan que cada persona posee ciertos patrones de personalidad, y que estos patrones podrían desencadenar en algún trastorno mental o enfermedad de acuerdo al tipo de personalidad que, explican también que la diferencia de los individuos con una personalidad estable es su adaptación normal a los diferentes ambientes que se le presentan, por otro lado, las personas que no se pueden adaptar o que muestran conductas tensas o rígidas, son las que probablemente tienen alguna anomalía en su personalidad, por lo cual Pérez (2003) comenta sobre como la teoría de los cinco factores pueden también ayudar a esto ya que se puede dividir en grupos y según probabilidades y posibles pruebas se podría evidenciar la relación con algunos trastornos de personalidad.

Antonaci, Nappi, Galli, Manzoni, Calabresi, y Costa (2011) hablan de cómo se da la convergencia entre la migraña y algunas variables psicológicas, como el perfeccionismo, el neuroticismo, la represión de la agresividad y el ánimo melancólico, tales variables empezaron a repetirse constantemente por más de un siglo, como lo menciona también

Compen y Rojas (2019) que muy a pesar que haya evidencia de estudios que muestren prevalencias con trastornos afectivos en pacientes con migraña y más aun con el tipo de migraña crónica, no se mostró todavía un análisis sobre su personalidad, ni los rasgos netos de la migraña como tal, así mismo otros autores concuerdan con la literatura que el tipo de migraña crónica, tiene una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos, pero que no estaban definidas por criterios diagnósticos.

Ayala (2016) realizo un estudio en jóvenes universitarios en la ciudad de Arequipa mostrando como resultados una prevalencia en el sexo femenino con esta enfermedad, pero en otra investigación realizada en Lima por Gálvez *et al.* (2011) se encontró que esta enfermedad está ligada al sexo masculino. Mientras que en otras investigaciones como la de Rueda (2002) al igual que en la primera la prevalencia es más frecuente en mujeres. Por estas diferencias tan ambiguas también se plantea cual es el factor de personalidad más ligado a cada sexo con respecto a la migraña, además de otras variables sociodemográficas para tener un análisis más rico, además según Salgado *et al.* (2016) la influencia de la edad y sexo son variables muy estudiadas en el inventario de los Cinco Grandes e identificaron que de acuerdo al grado de madurez nuestra personalidad empieza a cambiar, sin embargo esto dependería del ambiente en el cual este la persona.

En otro estudio hecho por Jiménez (2015) se identificó en 164 pacientes con migraña de 5 centros diferentes de salud que los tipos de personalidad con más prevalencia fueron: en el grupo temerosos: donde se encuentran los ansiosos con un porcentaje de 53, anancásticos en un porcentaje de 44 y dependientes en 32%. En el grupo de rasgos inmaduros, el tipo de personalidad histriónica fue el más común, cabe resaltar que en esta investigación no hubo diferencias en la variable de sexo. Muñoz *et al.* (2013) Evidencia a la personalidad como un papel importante ya que sus procesos: cognitivos, emocionales y conductuales, estarían muy ligados a las condiciones que puedan presentarse en la salud y enfermedad.

La migraña es una de las enfermedades que provoca una gran incapacidad para quienes la sufren. En una investigación realizada en Colombia por los autores Muñoz y Díaz (2015) evidenciaron que las personas con este padecimiento tienen entre dos y cuatro veces más probabilidad de tener depresión que una persona sin esta enfermedad y se encontró que existe un factor bidireccional, tanto las personas con migraña pueden desarrollar una depresión, como las personas con depresión pueden desarrollar una migraña. Postulan de igual forma que en otros trabajos realizados hay una moda en la comorbilidad con trastornos de ansiedad y en algunos casos también afectivos, además respecto a la migraña crónica al igual que anteriores investigaciones se evidenciaron relaciones con el rasgo anancástico.

De la misma manera Sevillano *et al.* (2007) explican que existe en la migraña un tipo de personalidad obsesiva y el subtipo “migraña con aura” posee una conexión estrecha con el desequilibrio emocional, por su parte Mónaco (2011) postula que los tipos de personalidad minucioso tienen una tendencia a desarrollar crisis migrañosas, de igual manera estaría de acuerdo en no descartar la presencia de depresión o los trastornos de ansiedad. Mateos *et al.*, (2011) en su investigación donde los pacientes con migraña son evaluados con el NEO-FFI una variante del Big Five parecida a la que se usó en la presente investigación, los resultados presentaron una mayor inestabilidad emocional dando como prevalencia al factor neuroticismo.

Ahora cuando se habla de factor neuroticismo Gálvez y Montoro (2022) indican primero que los dolores de cabeza son la causa más frecuente de consulta en el área de neurología, y uno de los más habituales en medicina general. Como se mencionó anteriormente la migraña es una de las enfermedades más incapacitantes, frecuentes y con un costo alto realmente impactante. Ahora bien, estos autores plantean al neuroticismo como una afección a sufrir ansiedad y trastornos emocionales en general y se le ha asociado con algunos trastornos mentales y físicos que seguramente ya fueron descritos como son: el dolor crónico,

depresión e incluso la migraña. Es en este punto donde los autores buscan realizar una relación con estas variables ya que en las investigaciones que se buscaron encontraron que el neuroticismo parece tener una conexión fuerte con la migraña, así mismo también llegaron a encontrar que personas que padecen de migraña en comorbilidad con depresión y ansiedad indicaron niveles elevados de neuroticismo, cuando se habla de depresión se debe tener en cuenta que esta estuvo asociada a una transformación en cuanto a la migraña de una episódica a una crónica, mientras que el neuroticismo existe en este conjunto como un intermediario.

De acuerdo a Cardona-Castrillón, Zapata-Soto, Franco, González-Berrío, y Tamayo-Díaz, (2007) en su investigación donde tomaron como muestra, pacientes con migraña en la cual encontraron una alta frecuencia con trastornos como la ansiedad, distimia y el trastorno depresivo mayor. Rueda, Gaona y Martínez (2013) dan a conocer en sus investigaciones que tanto migraña como el trastorno bipolar, son condiciones de prevalencia e importancia en la población mundial. Aunque algunos estudios informan que hay una alta comorbilidad, no se sabe con exactitud si podría ser totalmente veraz esta asociación.

Hipótesis

Hipótesis de investigación

Los efectos de la migraña son más comunes en las personas con neuroticismo.

Hipótesis nula

Los efectos de la migraña no son más comunes en las personas con neuroticismo.

Capítulo III: Método

Diseño de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que se recopilarán datos confiables y se analizarán estos datos estadísticamente de acuerdo a nuestros objetivos. Además, es de diseño no experimental y de corte transversal, debido a que no se manipularan ninguna de las variables y la recolección de datos se hará en un solo momento. Por otro lado, será de tipo correlacional debido a que el objetivo de esta será conocer la relación que existe entre la migraña y los factores de personalidad (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018)

Participantes

La muestra del presente estudio responde a un tipo no probabilístico intencional, ya que la elección de nuestros participantes dependió de una característica específica la cual es el padecimiento de “migraña” (Otzen & Manterola, 2017).

Las personas a las que se evaluó fueron 142, indicando como premisa que debían padecer migraña y ser mayores de edad. Aun así, uno de nuestros cuestionarios sociodemográficos tuvo como finalidad evidenciar si se cumplía el principal criterio de inclusión, es así como se diferencio quienes en verdad experimentaban esta enfermedad, conformando así una muestra de 100 participantes exactamente.

Criterios de inclusión:

Personas que padezcan migraña

Personas mayores a 18 años

Personas de ambos sexos

Criterios de exclusión

Personas que padecen algún trastorno en el sistema nervioso

Personas con diagnóstico o sintomatología de daño cerebral

Tabla 1*Descriptivos Género*

	<i>f</i>	%
Masculino	22	22.00
Femenino	78	78.00
Total	100	100

El 22.00% de La muestra estuvo conformada por varones y 78.00% por mujeres

Tabla 2*Edad de la muestra*

	Media	<i>D.E</i>	Mínimo	Máximo
Edad	27.34	8.43	18.00	57.00

Se puede observar que la edad mínima encontrada es de 18 años y la máxima de 57 años, y se tiene una media de 27.34 años con una desviación estándar de ($D.E = 8.42$)

Tabla 3*Estado civil*

	<i>f</i>	%
Soltero	84	84.00
Casado	11	11.00
Divorciado	5	5

Respecto al estado civil predominan los solteros (84.00%), seguido de casados (11.00%) y por último divorciados (5%).

Tabla 4*Grado de instrucción*

	<i>f</i>	%
Primaria	0	0.00
Secundaria	6	6.00
Superior técnica	10	10.00
Superior universitaria	82	82.00
Independiente	2	2.00

Respecto al grado de instrucción se observa que el grado con porcentajes más altos fue superior universitario con un 82%, seguida de superior técnica con un 10%, mientras los que se presentan con porcentajes bajos son independiente con un 2% y secundaria completa con 6%.

Tabla 5*Familiares que padecen migraña*

	<i>f</i>	%
Si	58	58.00
No	42	42.00
Total	100	100

En cuanto a los familiares de nuestros pacientes que también padecen de migraña se observan resultados de que por lo menos uno de sus familiares padece migraña en un (58%), mientras que el (42%) no tienen familiares que padezcan esta cefalea.

Instrumentos

ID de Migraña

La revista Headache (2011) demuestran que este cuestionario diagnóstico lo usan para atención primaria y posee tres ítems, los cuales hacen referencia a las dimensiones de fofobia (malestar por la luz), náuseas y discapacidad (ya sea en el trabajo o vida diaria), las cuales son idóneas para dar positivo al padecimiento de migraña, donde 2 respuestas afirmativas a estas preguntas, dan señal de migraña, la creación de esta herramienta fue desarrollada en 2003 en la cual se buscaba ser practica para los diferentes médicos de atención primaria, para evidenciar la eficacia del instrumento se realizaron diferentes investigaciones con más de 5000 pacientes de diferentes países, y guiándose de criterios de la International Headache Society IHS.

En nuestro país este instrumento no está validado, por lo cual se realizó una validez de contenido mediante el coeficiente de validación V de Aiken. (ANEXO 3)

En la validez realizada se utilizó un nivel de confianza del 95% y un criterio flexible de elegibilidad $V = 0.5$ (Merino y Livia, 2009) y se pudieron evidenciar claramente los criterios de relevancia, coherencia y claridad de nuestros ítems (0,93).

HIT-6™ (Prueba de los efectos del dolor de cabeza)

Por otro lado, este cuestionario ayudara a medir el impacto que tienen los dolores de cabeza en los diferentes ámbitos ya sea escuela, trabajo, casa y situaciones sociales. Está conformado por 6 ítems, y las respuestas se responden en base a una escala Likert de 5 puntos que va desde “siempre” hasta “nunca”. El puntaje obtenido dará esas señales de como los dolores de cabeza impactan en el día a día de las personas y el cómo sus capacidades pueden

estar afectadas. Siendo las dimensiones desde, impacto importante en su vida (alto) explicado como dolor severo y otros síntomas, ocasionando pérdida de ciertas actividades como ausentismo en el trabajo, actividades sociales, tiempo con la familia o escuela, el segundo es explicado como dolores de cabeza que parecen estar teniendo cierto impacto en su vida (medio) explicado como un dolor de cabeza que no afectaría mucho en la realización de otras actividades y por ultimo poco impacto en su vida (bajo) en el cual el test recomienda que se debe tomar el HIT - 6 para dar un seguimiento.

La creación de esta herramienta fue desarrollada por un equipo internacional experto en neurología y medicina de cuidados primarios, además se contó del apoyo de psicólogos los cuales desarrollaron su valoración en salud.

Al igual que en el anterior instrumento esta herramienta no está validada en nuestro país, por lo cual se realizó una validez de contenido mediante el coeficiente de validación V de Aiken, a su vez paso por un análisis factorial confirmatorio y por último se aplicó el coeficiente de omega para poder evidenciar la confiabilidad de nuestro instrumento.

(ANEXO 2).

Se evidencian puntajes sobre relevancia, coherencia y claridad de nuestros ítems, de la misma forma se pueden observar los promedios de cada ítem y el resultado final de la V de Aiken, además de sus límites de confianza para los 6 ítems. (0,86 y 1).

Finalmente, se observa el coeficiente de confiabilidad, los cuales fueron evaluados a través del ω = coeficiente omega de Mc Donald, y dieron valores críticos mayores a 0.8 (Ventura-León, y Caycho-Rodríguez, 2017) por lo que da cuenta de que existe suficiente evidencia empírica para asegurar que nuestro instrumento aplicado en la presente investigación es confiable para la población estudiada.

Big Five Inventory (John et al., 1991).

El instrumento utilizado en esta investigación es la versión resumida del Big Five Inventory (BFI) de John, Donahue y Kentle (1991) elaborada por Benet-Martínez y John (1998) el cual fue estructurado al mismo tiempo en español e inglés. Dominguez-Lara, *et al.* (2018) cuentan que este modelo es el más empleado en el mundo para estudiar la personalidad y lo respalda una serie de trabajos que corroboran su carácter multicultural.

Según Salgado, *et al.* (2016), esta versión del BFI está compuesto por 44 ítems los cuales se dividen en 5 factores apertura (10 ítems), extraversión (8 ítems), afabilidad (9 ítems), responsabilidad (9 ítems) y neuroticismo (8 ítems), el instrumento consta de pequeñas frases y muy comprensibles, es así como se puede evidenciar la simplicidad de esta versión reducida, la cual evita desventajas como ambigüedad o significados diversos. Las respuestas se responden en base a una escala Likert de 5 puntos que va desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Sus resultados demostraron una alta consistencia interna y confiabilidad.

Respecto a la validez en nuestro país Dominguez-Lara, *et al.* (2018) realizaron un análisis factorial exploratorio, $KMO = 0,842$ y test de esfericidad de Bartlett significativo ($p < 0,001$). Se demostró que tuvo evidencias favorables con respecto a su estructura interna de cinco dimensiones, así mismo los indicadores de confiabilidad son favorables (α promedio = 0,78; Benet-Martínez & John, 1998). La muestra que tomaron estos autores fue no probabilística incidental de 332 estudiantes entre 16 y 48 años ($M = 20,39$) de una universidad privada de Lima Metropolitana, Perú.

Finalmente se llega a la conclusión de que el estudio realizado da prueba de que cuenta con una confiabilidad por consistencia interna, y que las puntuaciones son adecuadas

para propósitos de investigación en nuestro país y además los valores de los coeficientes de confiabilidad basados en variables latentes (ω , α ordinal y H) son aceptables.

Ficha sociodemográfica

Se elaboro una ficha de datos socio demográficos, la cual servirá para recoger datos como el sexo de nuestros participantes, la edad y el grado de instrucción, etc. Se recabo estos datos para poder cumplir nuestros objetivos el cual es poder determinar la relación de estos datos con los factores de personalidad y migraña, ya que en algunas investigaciones postulan diferentes teorías sobre el sexo más predisponente o la edad promedio para padecer esta enfermedad. (ANEXO 1)

Procedimiento

En primer lugar, en esta investigación se trabajo con dos instrumentos que no estaban validados en nuestro país por lo que se realizó un análisis de las propiedades psicométricas de cada uno de ellos, el ID de Migraña ayudó a diagnosticar si efectivamente nuestros participantes padecían de migraña, mientras que el HIT-6 ayudó a conocer los efectos del dolor de cabeza en nuestros participantes.

En segundo lugar los participantes, fueron elegidos de forma no probabilística de tipo intencional, ya que se seleccionaron aquellos casos que padezcan este problema de salud, se les expuso un consentimiento informado y posteriormente se les presento la ficha sociodemográfica, para luego ser evaluados con el ID migraña el cual sirvió de indicador de este padecimiento, seguidamente se evaluó con los instrumentos HIT-6 el cual cuantifica el impacto de la cefalea en los diferentes ambientes de los participantes y luego con el Big Five

Inventory (John et al., 1991), que ayudó a evidenciar los diferentes factores de personalidad de nuestros participantes.

Para esto se realizó una pequeña presentación sobre la investigación de manera virtual, compartiendo el link por redes sociales tanto correo institucional UCSP, Facebook, Instagram y Whatsapp, dando algunas pautas para poder participar de manera adecuada.

Los datos que se obtenidos fueron analizados en el programa estadístico JASP 14.1, para luego ser interpretados de acuerdo a nuestros objetivos.

Análisis de datos

Como se mencionó anteriormente, al utilizar instrumentos que no están validados en nuestro país, se realizó una validez de constructo, basado en análisis factoriales confirmatorios de ambos instrumentos y el análisis de confiabilidad para poder confirmar las propiedades psicométricas en la población Arequipeña. Para el análisis de los resultados, se usó pruebas de normalidad Shapiro Wilk ya que la literatura demostró que es un estadístico más potente que la prueba de Kolmogorov Smirnov y que puede ser utilizado para muestras superiores a 60 participantes (Razali y Wah 2011), esta prueba ayudara a establecer si nuestros datos son paramétricos o no paramétricos, por otro lado para responder a nuestro objetivo general, se realizara un análisis correlacional utilizando la correlación de Pearson para variables cuantitativas, para luego pasar al análisis descriptivo y de frecuencia necesario para responder a nuestros objetivos específicos, Todo este procedimiento se realizará en el programa estadístico JASP 14.1.

Capítulo IV: Resultados

Tabla 6

Análisis de normalidad

	Media	D.E	Shapiro-Wilk	P-valor de Shapiro-Wilk
Extraversión	26.40	6.26	0.99	0.51
Afabilidad	30.26	3.75	0.98	0.14
Responsabilidad	29.68	4.22	0.98	0.06
Neuroticismo	26.08	5.85	0.98	0.1
Apertura 50	38.90	5.64	0.98	0.06
Migraña	17.74	4.3	0.96	0,005

Nota 1: D.E.= Desviación estándar

Para conocer la normalidad de la muestra se trabajó con Shapiro Wilk, ya que se encuentran algunas investigaciones que avalan que este tipo de estadístico puede ser usado para muestras superiores a 60 participantes, se encontró que los factores extraversión, afabilidad, responsabilidad, neuroticismo, apertura tienen valores superiores al 0.05 por lo cual se usará una estadística no paramétrica para responder al objetivo general.

Tabla 7

Factor de personalidad predominante

	Extraversión	Afabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
Media	26.56	30.39	29.65	26.06	38.81
D.E	6.07	3.69	4.29	5.68	5.66
Mínimo	12.00	19.00	16.00	12.00	19.00
Máximo	40.00	38.00	39.00	38.00	50.00

Nota: D.E = Desviación estándar

Respecto al factor personalidad más predominante se evidencia el factor apertura con la media más alta 38.81 y (D.E= 5.66), seguidamente están afabilidad con una media de 30.39 (D.E= 3.69), responsabilidad con una media de 29.65 (D.E= 4.29), extraversión con una media de 26.56 (D.E= 6.07) y neuroticismo con una media de 26,06 (D.E= 5.68).

Tabla 8*Niveles de los efectos del dolor de cabeza*

	<i>f</i>	%
Bajo	17	17.00
Medio	54	54.00
Alto	29	29.00
Total	100	100

Respecto a los niveles de los efectos del dolor de cabeza predominan el nivel medio 54.00% seguido del nivel alto 29.00% y por último el nivel bajo 17.00 %.

Tabla 9*Análisis de correlación factores de personalidad y efectos de dolor de cabeza.*

	1	2	3	4	5
2	0.117	-			
3	0.330 ***	-0.101	-		
4	-0.413 ***	0.277 **	-0.373 ***	-	
5	0.239 *	0.013	0.317 **	-0.185	-
6	-0.138	0.075	0.107	0.409 ***	0.025

Nota 1: Extraversión, 2=Afabilidad, 3=Responsabilidad, 4= Neuroticismo, 5= Apertura, 6= Migraña

Nota 2: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Nota 3: Se utilizo el estadístico de Pearson's

En la siguiente tabla se observa relaciones estadísticamente significativas, es decir que poseen un p valor $< .001$, entre las dimensiones de Neuroticismo y los efectos de dolor de cabeza ($\rho = 0,049$, $p < .001$)

Tabla 10*Correlación entre sexo y niveles del dolor de cabeza*

	Valor	df	P valor
X ²	10.078	2	0.006
N	100		

En esta tabla se observa la existencia de una relación muy significativa, entre el dato sociodemográfico sexo y los niveles del dolor de cabeza, la cual dispone de un p valor < 0.006, ($X^2= 10,078$, $p < 0.006$)

Tabla 11

Correlación entre sexo y los niveles del dolor de cabeza

Sexo	NIVELES			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Masculino	8.000 36.364 %	12.000 54.545 %	2.000 9.091 %	22.000 100 %
Femenino	9.000 11.538 %	42.000 53.846 %	27.000 34.615 %	78.000 100%
Total	17.000 17.000 %	54.000 54.000 %	29.000 29.000 %	100.000 100 %

En esta tabla se observa que las mujeres tienen mayores porcentajes en los niveles medios 53.84%, seguidamente se presentan los niveles altos con un 34.61%, mientras que en los varones los mayores porcentajes se presentan en niveles medios con un 54.54% y en niveles bajos con un 36.36%. ($X^2= 0.006$)

Tabla 12

Correlación entre estado civil y niveles del dolor de cabeza

	Valor	df	P valor
X^2	1.950	4	0.745
N	100		

En esta tabla se observa que no existe una relación significativa, ya que el p valor es > 0.745, entre el dato sociodemográfico estado civil y los niveles del dolor de cabeza, ($X^2= 1,950$, $p > 0.745$)

Tabla 13*Correlación entre edad y migraña*

Variable		Edad	Migraña
Edad	Spearman's rho	—	
	p-valor	—	
Migraña	Spearman's rho	0.021	—
	p-valor	0.836	—

En esta tabla se observa que no existe una relación significativa, ya que el p valor es > 0.836, entre la variable sociodemográfica edad y la variable migraña, ($\rho = 0,021$, $p > 0.836$)

Tabla 14*Correlación entre familiares que padecen migraña y los evaluados*

	Valor	df	P valor
X ²	3.718	2	0.156
N	100		

En esta tabla se observa que no existe una relación significativa, ya que el p valor es > 0.156, entre la variable sociodemográfica familia y la variable migraña, ($X^2 = 3.718$, $p > 0.156$)

Capítulo V: Discusión

En la presente investigación se tuvo como objetivo evidenciar la probable relación entre los factores de personalidad, migraña y variables sociodemográficas, por lo cual la muestra fue de tipo no probabilístico intencional, ya que se eligieron participantes con esta afección, aunque en la premisa se indicó claramente que solo podrán llenar los cuestionarios personas que padezcan migraña, por precaución se adjuntó un pequeño cuestionario que ayudaría a filtrar si alguno de nuestros participantes no cumplía con este criterio tan importante, cabe resaltar que este cuestionario paso por una validez de contenido para evidenciar si tales ítems poseían una buena relevancia, claridad, coherencia y si responden a la dimensión que se pretende medir, satisfactoriamente se pudieron cumplir todos los criterios y fue utilizado en la población arequipeña, este cuestionario fue imprescindible ya que de la muestra inicial que fue de 142, fue reducida a 100 participantes ya que no cumplían con nuestro principal criterio de inclusión.

Según, Muñoz *et al.* (2013) mencionan esta singularidad en la asociación de diferentes psicopatologías con la migraña, Wolff por su parte menciona que la migraña puede ocurrir en personas con una personalidad particular idea que se viene afirmando desde 1937 y este estudio no será la excepción ya que se pudo confirmar la hipótesis de investigación la cual planteaba que los efectos de la migraña son más comunes en las personas con neuroticismo, los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre el padecimiento de migraña y neuroticismo (Tabla 9), para esto se aplicó la prueba HIT-6 (Tabla 8) para evaluar los efectos del dolor de cabeza el cual fue diseñado para ayudar a describir y comunicar el sentir de la persona y los impedimentos que causan estos dolores de cabeza en su día a día (Kosinski, Bayliss, Bjorner, Ware, Garber, Batenhorst y Tepper 2003).

Ahora, ¿cómo se explica esta relación? seguiré las diferentes investigaciones que demuestran como la variable migraña se relaciona con diferentes rasgos de personalidad

además de diferentes trastornos, por otra parte, tomare un artículo en particular para realizar algunas conclusiones interesantes, ya que en este relacionan factores del Big Five Inventory y el MCMI II. Pérez (2003), explica el factor neuroticismo como una de las dimensiones con mayor consistencia a padecer algún trastorno, ya que en ellos se ve una mayor inestabilidad emocional, el factor responsabilidad tiene un grado de implicancia en los trastornos antisocial y obsesivo compulsivo, el factor de extroversión, si muestra puntajes bajos, indica que el individuo tiene rasgos introvertidos o baja energía y se estaría relacionado con trastornos esquizoide o fóbicos y de manera variable con los demás trastornos, mientras que el factor afabilidad tiene una alta relación con el trastorno paranoide y por último, apertura no posee un grado certero de enlace con algún trastorno, pero si una ligera relación con el trastorno esquizoide.

Si bien se confirmó nuestra hipótesis de investigación, evidenciando de manera muy significativa la relación de la migraña y los efectos del dolor de cabeza con el factor neuroticismo (Tabla 9) es preciso regresar y explicar lo que dice Salgado *et al.* (2016) sobre el neuroticismo, esta es una variable que evalúa la estabilidad emocional y el cómo los individuos pueden manejar estas experiencias negativas. Cuando se habla de una persona neurótica, se piensa en rasgos como la ansiedad, preocupación, irritabilidad o la frecuencia de un ánimo deprimente, al tener estos rasgos la persona puede presentar problemas para conciliar el sueño o algún defecto a la hora de dormir, por lo cual este factor también estaría ligado a algún trastorno psicósomático y esta investigación es prueba de ello, muchas veces la emocionalidad puede jugar en contra, y al ser individuos de frágil estabilidad pueden reaccionar violentamente a cualquier estímulo presente, y por eso se les hace más difícil volver a un punto de equilibrio después del evento emocional adverso, al actuar de manera irracional también podría evidenciarse una repetida preocupación por situaciones que podrían

salir mal, esto generaría cuadros de ansiedad, lo que progresivamente podría desencadenar algún trastorno.

Aunque no existen muchas investigaciones que hablen de la relación que se da entre los 5 factores y la migraña, existen algunas investigaciones que hablan de relaciones similares que se explicaran a continuación, Muñoz et al. (2013) en el trabajo que realizo al aplicar un test que mostro los diversos rasgos de personalidad según los 3 Clusters de personalidad A, B y C, se evidenciaron grandes relaciones con el cluster tipo C donde están estos rasgos ansiosos que detalle anteriormente, con un 53,7%, seguidamente también existen rasgos anancasticos y dependientes ambos con un porcentaje de 32,9%, por otro lado en el cluster B se ve como predominante el rasgo histriónico, al contrastar la investigación de Muñoz et al. (2013) con la de Pérez (2003) en la que menciona como los 5 factores de personalidad se relacionaban con diferentes trastornos, se observa como coinciden también con el cluster C y ahora el gran alcance que se evidencio con el factor neuroticismo en la investigación, si bien me refiero al neuroticismo como factor más predominante para el nacimiento de un trastorno, este mismo coincide con los trastornos ligados a la migraña que muchas investigaciones avalan, sobre todo la ansiedad, en la investigación realizada por Senaratne, Van Ameringen, Mancini, Patterson y Bennett (2010) llevaron a cabo un estudio que era inversamente al nuestro en el cual se buscó personas que padecían ansiedad para después asociarlo con migraña y se pudo concluir que hubo una relación del 67%. Respecto al trastorno obsesivo compulsivo, Mónaco (2011) habla de este como una personalidad minuciosa la cual tiene una gran disposición a desarrollar una migraña, además de como el subtipo de migraña con aura posee una alta relación con el desequilibrio emocional.

En gran parte del trabajo también pude explicar como la migraña se relacionaba con la depresión para eso hablare del trabajo realizado por González, Landero y García-Campayo (2009) donde la población estudiada presento síntomas psicósomáticos con una intensidad de

media a alta, poniendo de manifiesto la relación con depresión intensa y ansiedad, si aumentaban los síntomas psicósomáticos aumentaban de una forma exponencial los valores de ansiedad y depresión, los síntomas psicósomáticos que se evidenciaron en esta investigación fueron, dolores de cabeza, espalda, menstruales así como agotamiento y problemas para dormir. Se menciona esta relación ya que anteriormente el factor neuroticismo está ligado a ciertos patrones de personalidad inestable es por eso que cito a Pérez y Urquijo (2002) los cuales explican que el factor de personalidad más predominante a la depresión, es el neuroticismo, perteneciente a los individuos ansiosos y preocupados, además también habla del psicoticismo, con características como la poca empatía, la soledad y una conducta antisocial.

Sera preciso explicar cómo todo está conectado o como pueden ser detonantes los unos a los otros, se sabe por diversos estudios que la ansiedad posee una alta relación con la depresión, Merikangas *et al.* (1990) citado en Pareja y Campo (2004) habla de esta convergencia entre la ansiedad, depresión y migraña; si bien la migraña se relaciona significativamente con la depresión, sea o no de la mano de la ansiedad, existen pocas posibilidades que la depresión se halle sola en individuos con migraña. Breslau y Davis, autores citados en Sevillano, *et al.* (2007) manifiestan que la migraña, trastornos ansiosos y el trastorno depresivo mayor, poseen ciertos circuitos que se entrelazan, para autores como Hudson *et al* (2003) y Merikangas (1995) mencionan que la migraña, la depresión y la ansiedad son conjunto de un mismo síndrome. Desglosa este concepto describiéndolo de esta manera: primero se tiene síntomas ansiosos, segundo esto conducirá a un evento migrañoso y tercero empezaran los síntomas depresivos.

Rueda (2001) justifica por qué existen estos síntomas comunes entre migraña y depresión, guiándose de criterios para diagnosticar la depresión mayor, postulados que los vio en el DSM IV, los síntomas somáticos como el aumento o disminución de peso, mayor o

menor apetito; trastornos del sueño; agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, son todos síntomas que se presentan en la primera etapa o en la fase final de una crisis migrañosa y si empiezan a darse cada vez más seguido todos estos síntomas se agrupan y pueden fácilmente completar los criterios de depresión presentes en el DSM V; lo cual llevaría a tomar pruebas para un diagnóstico en el paciente y dar cuenta que obedecen a los criterios diagnósticos de depresión.

Cardona *et al.* (2007) explica un poco más sobre esta tendencia compartida, entre los trastornos tanto depresivo como ansioso y la migraña, postulando como al mayor involucrado al sistema neuroquímico, el cual señala que la serotonina explicaría la fisiopatología de la migraña al igual que en los trastornos mencionados, autores como Rueda *et al.* (2005) hablan de la alteración serotoninérgica la cual tendría un alto grado de implicancia fisiopatológica en trastornos depresivos y ansiosos. Hablando de un autor ya mencionado el cual es Merikangas, *et al.* (1988) pero en una de sus investigaciones más antiguas, se hallaron individuos que al tener migraña y depresión, mostraban sintomatología ansiosa, Valdés y de Flores (1985) explican esta convergencia entre ansiedad y depresión, estos dos forman parte de un mismo proceso, al darse la inhibición provocaría un desequilibrio a nivel bioquímico, serotoninérgico y a nivel de corticoesteroides, Por su parte Rammohan, Manikkoth, Das y Shaji (2019) plantean que los daños o ataques en el cerebro se pueden explicar por la excitación trigeminovascular, la cual está anclada al surgimiento de trastornos del ánimo que se ven en este tipo de cefalea.

Ahora al ver los resultados del cuestionario HIT-6 (Tabla 8) los efectos del dolor de cabeza en nuestros participantes, si bien no salieron la mayoría con resultados críticos o que se evidencien efectos de dolores crónicos que indican que tienen un efecto severo en sus vidas, gran parte obtuvieron resultados de efectos medios, por lo cual Navia, *et al.* (2006) concuerdan con la idea de que es indispensable establecer un tratamiento que permita proteger

a estos individuos de tales efectos para que de alguna forma puedan realizar sus tareas con toda normalidad, sin días u horas perdidas a causa de una migraña y más aún si este padecimiento se logra unir con un trastorno mental, lamentablemente autores como Peterlin, Katsnelson, y Calhoun, (2009) muestran un hecho alarmante al realizar diversas investigaciones, dicen; que si bien los pacientes podrían responder a tales tratamientos, si no se empalman de manera satisfactoria se pueden dar costos económicos realmente altos, gastos de \$ 13,000 a 13,500 por año, y por su parte pacientes que solo padecerían de migraña estarían gastando aproximadamente entre \$ 5000 y 5600 anualmente. Así que muy aparte de este análisis de prevención de enfermedad Carod *et al.* (2012) hablan de como ayudaría exponencialmente un tratamiento individualizado y para cada diferente comorbilidad, tomando en cuenta cada factor de riesgo presente en la persona y sobre todo estar un paso adelante para un posible diagnóstico

¿Como adelantarse a un posible diagnóstico? Sin duda esta investigación también responde a eso, como lo dije al inicio de la discusión, el factor neuroticismo es uno de los más ligados por no decir el que tendría más predisposición a desarrollar un trastorno, y además en la presente investigación también es el más ligado a este tipo de cefalea, sin duda el factor neuroticismo de personalidad es el que estaría relacionado a ciertas somatizaciones, por el desorden, desequilibrio y esas reacciones exageradas a cualquier estímulo (Pérez y Urquijo 2002), entonces si una persona posee estos rasgos propios del factor neurótico estaría ciertamente predispuesto a quedarse con tales rasgos de personalidad y entraría en una burbuja a la cual llamare factor de riesgo, de esta manera, si se empieza a intensificar o cronificar un estado depresivo u ansioso transitorio, estaría involucrado de forma patológica tal factor, lo cual daría nacimiento a una depresión netamente patológica.

Muñoz *et al.* (2013) habla de esta asociación entre esta cefalea migraña y depresión, exponiendo que si una persona sufre de migraña es posible que tenga de 2 a 4 veces

posibilidad de desencadenar una depresión y además de la posibilidad de personas con depresión puedan desarrollar una migraña. Carod-Artal, *et al.* (2012) comentan los sustratos de esta bidireccionalidad, diciendo que la depresión es desencadenante y de igual forma posible consecuencia de una migraña crónica, y si abría la posibilidad de padecer depresión al lado de una migraña episódica, esta sería predictora de una migraña severa, por su parte Rueda (2001) y Fernandez y Canuet (2003) apoyan este enlazamiento de desarrollar una depresión en individuos que padecen de migraña y desarrollar migraña en individuos con depresión. Y uno de nuestros postulados más emblemáticos es el de Rammohan, *et al.* (2019) los cuales comentan que un individuo que padezca este tipo de cefalea tiene 2,5 veces más probabilidad de estar con un ánimo deprimido que aquellas personas que no la tiene, además de una probabilidad de entre 2 a 5 veces más de padecer un trastorno de ansiedad.

Silva *et al.* (2012) fueron los autores que realizaron una investigación que fue la más cercana a este estudio. Los cuales evidenciaron que la ansiedad y depresión son trastornos que presentan comorbilidad altamente significativa en personas con este tipo de cefalea; y que, si existen puntajes altos en depresión o ansiedad en pacientes con este tipo de crisis, impactaran de manera negativa en todas las esferas u áreas en las que está inmerso; llegaron a la conclusión de que existe una relación directa, a mayor crisis migrañosas serán mayores las puntuaciones en el HIT-6.

Como se evidencio en gran parte de la investigación, el género femenino es el que tiene mayor predisposición a padecer esta afección y en la investigación, aunque de los 100 participantes un 78% fueron mujeres (Tabla 1), no se puede ser concluyente al decir que existe una predisposición a padecer este dolor si eres mujer, ya que no se obtuvo una muestra homogénea⁶, sin embargo, fue una de las más altas frecuencias en toda la investigación. Ayala (2016) también mostro esta coincidencia en población arequipeña y a nivel mundial también se vio esta predisposición. Peterlin, *et al.* (2009) ayudan a entender esta repetición en

las diversas investigaciones y ponen de manifiesto el rol que juega el estrógeno, ya que en la amplia gama de artículos revisados ven a los sucesos hormonales como una llave a la caja de síntomas migrañosos y desencadenante de estos trastornos. Por otra parte, Pérez y Urquijo (2002) mencionan, que las mujeres a temprana edad pueden presentar valores de depresión elevados y tienden a ser más desequilibradas emocionalmente comparadas con los varones.

Respecto a la relación entre los participantes y sus familiares los cuales también padecían de migraña no se dio una relación significativa (Tabla 14) ya que los que tenían un pariente con la misma afección era de un 58% (Tabla 5), se menciona esto ya que existe un tipo de migraña llamada hemipléjica familiar, en la que se llegó a la conclusión de que para que se de este tipo de migraña, es necesario que el paciente tenga un pariente de primer o segundo grado sufriendo las mismas crisis migrañosas, un estudio ya mencionado realizado en Chile por Ramírez, *et al.* (2006) hacen referencia a estos matices para el desarrollo de este tipo de migraña.

Finalmente realizando la correlación entre edades y la variable migraña, no se encontraron relaciones significativas (Tabla 13), pero en otras investigaciones se observan que las edades que presentaban estas crisis migrañosas estaban entre 20 y 50 años, lo cual generaría ciertos problemas de ausentismo, rendimiento por debajo del promedio en la escuela o dificultades para trabajar.

No se debe quedar satisfecho con lo que corrobore y descubri, se tiene la obligación de seguir indagando e investigando en poblaciones más grandes, quizá apoyarnos en algún hospital o clínica y a su vez evaluar a la población en general y si es posible de manera presencial, además realizar estudios comparativos entre varones y mujeres, evidenciar si existe realmente un factor o rasgo de personalidad que predispone a tener otras enfermedades o somatizar, evaluar si existe algún otro desencadenante que se une a alguna variable, además

será importante validar ciertos instrumentos que ayudaran a evidenciar el diagnóstico y los efectos del dolor que ocasiona este tipo de cefalea o de igual forma crear en nuestro Perú estos instrumentos que ayudaran en investigaciones futuras para que los estudios se puedan realizar de manera más sencilla respecto a este tipo de variables que pueden estar unidas a la somatización y variables psicológicas, pero sobre todo debemos mantener en constante evaluación los posibles factores de riesgo que envuelven a la migraña con el nacimiento de algún trastorno mental o viceversa.

Por otro lado, uno de los datos más relevantes que se pudieron evidenciar en esta investigación es la deficiencia en la calidad de vida de los participantes ya sea en el trabajo, familia o ámbito social, resultado que mostró nuestro cuestionario HIT-6. Por lo que Sevillano, *et al.* (2007) recomienda que, si se presenta una comorbilidad entre ansiedad, depresión y migraña, los antidepresivos son las drogas más sugeridas para este conjunto o síndrome. Por su parte Carod, *et al.* (2012) plantean que se deberían tratar por separado la depresión y la ansiedad pero que es recomendable usar mediación como la venlafaxina y la amitriptilina ya estos se usan mayormente en pacientes con migraña crónica ligados a depresión, otro tipo de mediación usada para tal comorbilidad es la fluoxetina la cual también la postulan Peterlin, *et al.* (2009) en sus estudios.

Si bien esta enfermedad es tomada muy a la ligera, se debe tener en cuenta como existen ciertos factores de personalidad predisponentes o trastornos muy ligados a este padecimiento, algunos luchan con esta afección día a día, y llegan a tener acontecimientos estresantes mucho antes que aparezca el dolor, por lo que se sugiere que en siguientes investigaciones o en la misma praxis médica tengan en cuenta una labor multidisciplinaria ya sea neurólogos, psiquiatras, psicólogos, etc. que puedan tratar estos males tanto físicos, mentales, sociales y laborales, ocasionados por ciertos desencadenantes.

Al realizar esta investigación hubieron ciertas limitaciones respecto a la muestra ya que se pretendía llegar a un número más grande, por otro lado el periodo de este estudio se prolongó, ya que los instrumentos que se procuraban utilizar no se encontraban validados en nuestro país, por lo que se realizó una validación de contenido, validez de constructo y confiabilidad para probar sus propiedades psicométricas (ANEXO 2), también es importante mencionar la poca literatura encontrada, por lo cual llevó a buscar artículos un poco más antiguos, pero que si ayudaron a comprender la convergencia de las variables estudiadas, además de eso mencionar que en Perú o en nuestra misma ciudad, no existen muchos estudios que hablen de las variables. No esta demás mencionar la gran limitación que ocasiono la pandemia del COVID 19 ya que en un inicio se planteó la idea de recolectar datos de pacientes de diversas clínicas, sin embargo, no se pudo realizar por el contexto en el cual estamos inmersos y se tuvo que recolectar la muestra de otra manera. Así mismo para futuras investigaciones es importante plantear la relación tanto con factores o rasgos de personalidad como con trastornos mentales, ahondar en como la migraña u otras enfermedades son producto de somatización, esto abrirá un mar de posibilidades en cómo tratar algunos trastornos mentales, ya que la forma en la que puede presentarse sigue un orden.

Finalmente, luego de cumplir con los objetivos de esta investigación y al realizar una comparación con los resultados de otras investigaciones llegue al siguiente epilogo:

En primer lugar, se confirma la hipótesis de investigación, hallando una relación significativa entre el factor neuroticismo y la migraña, es decir que, los efectos de la migraña son más comunes en personas neuróticas y viceversa.

En segundo lugar, se puede ver cierta frecuencia a padecer migraña por parte del género femenino, además presentan niveles medios y altos respecto a los efectos del dolor de cabeza.

En tercer lugar, se pudo evidenciar que la edad no posee una relación significativa con la variable migraña, pero en otros estudios postulan que las edades predisponentes a tener esta afección rondan entre los 20 y 50 años.

En cuarto lugar, se llegó a la conclusión de que el estado civil no posee una relación significativa con la variable migraña.

En quinto lugar, se llegó a la conclusión de que la variable familia no posee una relación significativa con la variable migraña.

Referencias

Antonaci, F., Nappi, G., Galli, F., Manzoni, G. C., Calabresi, P., & Costa, A. (2011).

Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *The journal of headache and pain*, 12(2), 115-125. Recuperado de:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10194-010-0282-4>

Asparouhov, T., & Muthén, B. (2010). Weighted least squares estimation with missing data.

Mplus technical appendix, 2010, 1-10. Recuperado de:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.310.692&rep=rep1&type=pdf>

Ayala Espinoza, S. A. (2016). Determinar la prevalencia y nivel de discapacidad de migraña en estudiantes de medicina, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2015.

Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3492>

Benavides, D., Rodríguez, L. C., Restrepo, J., & Vargas, D. (2015). Fisiopatología de la migraña: Teoría vascular, ¿Cierta o no? *Acta Neurológica Colombiana*, 31(1), 84-91.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/David_Benavides4/publication/324486063_Fisiopatologia_de_la_migrana_Teoria_vascular_Cierta_o_no_Pathophysiology_of_migraine_vascular_theory_true_or_not_Revision/links/5acfe9f54585154f3f47c4c8/Fisiopatologia-de-la-migrana-Teoria-vascular-Cierta-o-no-Pathophysiology-of-migraine-vascular-theory-true-or-not-Revision.pdf

Benítez, M. J. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 7(1), 163-184.

Recuperado:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile25269/20879>

Cáceres, M., Lozano, L. O., González, L., & Olivera, I. R. (2005). Estudio oftalmológico de la migraña con aura visual. *Revista Cubana de Oftalmología*, 18(1), 0-0. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421762005000100007&script=sci_arttext&tlng=en

Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). *Madrid: TEA, Ediciones*. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300004

Cardona-Castrillón, G. P., Isaza, R., Zapata-Soto, A. P., Franco, J. P., González-Berrío, C., & Tamayo-Díaz, C. P. (2007). Comorbilidad de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos de ansiedad con migraña. Recuperado de:

<http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/3880>

Carod-Artal, F. J., Irimia, P., & Ezpeleta, D. (2012). Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Rev Neurol*, 54(1), 629-37. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Carod_Artal/publication/224933458_Chronic_migraine_Definition_epidemiology_risk_factors_and_treatment/links/54c8eecf0cf289f0ced123d2/Chronic-migraine-Definition-epidemiology-risk-factors-and-treatment.pdf

Compen, L., & Rojas, E. (2019). Diferencias en los rasgos de personalidad entre los pacientes con migraña episódica y crónica. *Revista Médica de Trujillo*, 14(4). Recuperado de:

<https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/2596>

Del Monaco, R. (2012). Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad: un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña. *Intersecciones en antropología*, 13(2), 501-511.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1795/179525429014.pdf>

Deza, L. (2010). La migraña. *Acta Médica Peruana*, 27(2), 129-136. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n2/a09v27n2.pdf>

Dominguez-Lara, S., Merino-Soto, C., Zamudio, B., & Guevara-Cordero, C. (2018). Big Five Inventory en Universitarios Peruanos: Resultados Preliminares de su Validación.

Psykhé (Santiago), 27(2), 1-12. Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282018000200111&script=sci_arttext

Ducros, A. (2010). De novo mutations in ATP1A2 and CACNA1A are frequent in early-onset sporadic hemiplegic migraine. *Neurology*, 75(11), 967-972. Recuperado de:

<https://n.neurology.org/content/75/11/967.short>

Fernández-Concepción, O., & Canuet-Delis, L. (2003). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Rev Neurol*, 36(12), 1105-1112.

Recuperado de:

http://www.academia.edu/download/37201649/discap_y_CV_migrana.pdf

Galvez-Sánchez, C. M., & Montoro Aguilar, C. I. (2022). Migraine and Neuroticism: A Scoping Review. *Behavioral Sciences*, 12(2), 30. Recuperado de:

<https://www.mdpi.com/2076-328X/12/2/30>

Galvez, A. D., Situ, M., Tapia, H. A., Guillén, D., & Samalvides, F. (2011). Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de una universidad de Lima-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 74(4). Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/html/3720/372036936002/>

González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista panamericana de salud pública*, 25, 141-145. Recuperado de:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v25n2/v25n2a07.pdf

Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). México^ eD. F DF: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de:

<https://dspace.scz.ucb.edu.bo/dspace/bitstream/123456789/21401/1/11699.pdf>

Hudson, J. I., Mangweth, B., Pope, H. G., De Col, C., Hausmann, A., Gutweniger, S., & Tsuang, M. T. (2003). Family study of affective spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 170-177. Recuperado de:

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/207153>

Kosinski, M., Bayliss, M. S., Bjorner, J. B., Ware, J. E., Garber, W. H., Batenhorst, A & Tepper, S. (2003). A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6™. *Quality of life research*, 12(8), 963-974. Recuperado de:

<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1026119331193>

Leonardi, M., Steiner, T. J., Scher, A. T., & Lipton, R. B. (2005). The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of

Functioning, Disability and Health (ICF). *The journal of headache and pain*, 6(6), 429.

Recuperado de :

<https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1007/s10194-005-0252-4>

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019). Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. *LIBERABIT. Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 99-106.

Recuperado de: <http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/236>

Mateos, V., García-Moncó, J. C., Gómez-Beldarrain, M., Armengol-Bertolín, S., & Larios, C. (2011). Factores de personalidad, grado de discapacidad y abordaje terapéutico de los pacientes con migraña atendidos en primera consulta en neurología (estudio Psicomig).

Rev Neurol, 52(3), 131-138. Recuperado de:

http://www.doctormateos.com/documentacion/articulos/factores_de_personalidad_grad_o_de_discapacidad_de_los_pacientes_con_migrana.pdf

Merikangas, K. R. (1995). Association between psychopathology and headache syndromes.

Current opinion in neurology, 8(3), 248-251. Recuperado de:

<https://europepmc.org/article/med/7551128>

Merino Soto, C., & Livia Segovia, J. (2009). Confidence intervals for the content validity: A

Visual Basic computer program for the Aiken's V. *Anales de Psicología*, 25(1), 159-

161. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16711594019.pdf>

Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(1),

67. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350423/>

Moreno-Jiménez, B., Garrosa-Hernández, E., & Gálvez-Herrer, M. (2005). Personalidad positiva y salud. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 59-76. Recuperado de:

<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

Muñoz, I., Toribio-Díaz, E., Carod-Artal, F. J., Peñas-Martínez, M. L., Ruiz, L., Domínguez, E., & Uribe, F. (2013). Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. *Rev Neurol*, 57(12), 529-534. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Carod_Artal/publication/259003651_Personality_traits_in_patients_with_migraine_A_multicentre_study_using_the_salamanca_screening_questionnaire/links/54cf6cb40cf298d656636f2e.pdf

Navia Bueno, M. D. P., Farah Bravo, J., Yaksic, N., Rios Valdez, C., Arce Vargas, C., Rivera, M., & Del Carpio, C. (2006). Factores asociados a migraña en estudiantes universitarios de 18 a 35 años IINSAD-UMSA. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 51, 41. Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762006000200005&script=sci_arttext&tlng=es

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071795022017000100037&script=sci_arttext

Pareja-Ángel, J., & Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con migraña. *Rev Neurol*, 39(8), 711-4. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Adalberto-Campo-Arias/publication/8205262_The_prevalence_of_symptoms_of_anxiety_and_depression

[in female migraine sufferers/links/0a85e5360497d0df4e000000/The-prevalence-of-symptoms-of-anxiety-and-depression-in-female-migraine-sufferers.pdf](http://www.scielo.org/bo/scielo.php?pid=S2077-21612015000200006&script=sci_abstract&tlng=pt)

Peñañiel Muñoz, O. R. (2015). HIPNOSIS APLICADA AL DOLOR CRÓNICO EN LA MIGRAÑA. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13(2), 235-260. Recuperado de :

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612015000200006&script=sci_abstract&tlng=pt

Pérez, E. J. P. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15(3), 203-220. Recuperado de:

<http://www.portalfarma.webcindario.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/428>

Pérez, M., & Urquijo, S. (2002). Rasgos de personalidad y depresión en adolescentes. In Tercer congreso virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Sebastian-Urquijo/publication/228545028_Rasgos_de_personalidad_y_depresion_en_adolescentes/links/00b7d52a1c66fe4ed8000000/Rasgos-de-personalidad-y-depresion-en-adolescentes.pdf

Peterlin, B. L., Katsnelson, M. J., & Calhoun, A. H. (2009). The associations between migraine, unipolar psychiatric comorbidities, and stress-related disorders and the role of estrogen. *Current pain and headache reports*, 13(5), 404-412. Recuperado de:

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11916-009-0066-1.pdf>

Planes, M. P. (1992). Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (54), 97-108. Recuperado de:

<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61056/88730>

- Quesada-Vázquez, A. J., Contreras-Maure, L. J., Traba-Tamayo, E. R., & Frómeta-Guerra, A. (2010). Migraña: características clínicas y discapacidad en una población rural Cubana. *Rev Neurol*, 50, 72-6. Recuperado de: https://www.academia.edu/download/51691654/2010_Migrana_caracteristicas_clinicas_y_discapacidad.pdf
- Ramírez, A., Díaz, V., Rojas, C. V., Behrens, M. I., & Kubisch, C. (2006). Migraña con aura: Una mirada molecular a un problema hereditario. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 98-104. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000200003>
- Rammohan, K., Mundayadan, S. M., Das, S., & Shaji, C. V. (2019). Migraine and mood disorders: prevalence, clinical correlations and disability. *Journal of neurosciences in rural practice*, 10(01), 28-33. Recuperado de: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.4103/jnrp.jnrp_146_18
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33. Recuperado de: https://www.nbi.dk/~petersen/Teaching/Stat2017/Power_Comparisons_of_Shapiro-Wilk_Kolmogorov-Smirn.pdf
- Rueda Jaimes, G. E., Gaona Barbosa, I. A., & Martínez Ladino, Y. A. (2005). Comorbilidad entre Trastorno bipolar y Migraña: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000400006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Salcedo, G. E., Pazos, D. S., Guadalupe, A. P., & Gavilánez, J. L. (2019). Análisis de validez y confiabilidad del Test de personalidad Big Five en estudiantes universitarios de

Ecuador. revistapuce. Recuperado de:

<http://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/244>

Salgado, E., Vargas-Trujillo, E., Schmutzler, J., & Wills-Herrera, E. (2016). Uso del Inventario de los Cinco Grandes en una muestra colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(2), 365-382. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/799/79945606011.pdf>

Salvaggio, D., & Sicardi, E. (2014). La personalidad. Psicología de las organizaciones.

Buenos Aires, Argentina. Recuperado de:

<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2410/La%20personalidad.pdf?sequence=1>

Sánchez, M. R. (2002). Prevalencia de la migraña. *MedUNAB*, 5(13), 23-27. Recuperado de:

<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/294>

Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología.

PsicoUSF, 8(2), 163-173. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v8n2/v8n2a08>

Senaratne, R., Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Bennett, M. (2010). The prevalence of migraine headaches in an anxiety disorders clinic sample. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(2), 76-82. Recuperado de:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1755-5949.2009.00103.x>

Sevillano-García, M. D., Manso-Calderón, R., & Cacabelos-Pérez, P. (2007). Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Rev. Neurol*, 45(07) (Ed. impr.), 400-405. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/17918105>

Silva Sieger, F. A., Zarruk Serrano, J. G., Silva Camargo, S., Camacho, P., Díaz Silva, G. A., Díaz Quijano, F. A., & García Gómez, R. G. (2012). Influencia de la ansiedad y

depresión sobre la discapacidad relacionada con la migraña. Acta Neurológica Colombiana, 28(4), 194-201. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482012000400005

Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud, 15(1), 625-627. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/journal/773/77349627039/html/>

Villanueva Gómez, R. R. (2018). Rasgos de personalidad de progenitores con hijos con déficit de atención e hiperactividad en Lima Metropolitana. Recuperado de:

<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1158>

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA SOCIODEMOGRAFICA					
DATOS PERSONALES					
EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL		
	M	F	Soltero	Casado	Otro
GRADO DE INSTRUCCIÓN					
Primaria	Secundaria	Superior cursado	Superior técnico	Superior universitario	
DATOS SOBRE ENFERMEDAD					
ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CON MEDICACION PARA LA MIGRAÑA		ALGUN FAMILIAR PADECE DE MIGRAÑA		TIENE ALGUN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	
SI	NO	SI	NO	SI	NO

ANEXO 2

Análisis de la validez de contenido

Tabla 15

Análisis de contenido por jueces a través de la V de Ayken HIT – 6

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Promedio	V de Ayken	Intervalos de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
Item 1	3	3,7	4	4	3,7	3,7	0,86	0,621	0,963
Item 2	3,3	4	3,7	4	4	3,8	1	0,796	1
Item 3	3,3	4	4	4	4	3,9	1	0,796	1
Item 4	3,7	4	4	4	4	3,9	1	0,796	1
Item 5	3,7	4	3,7	4	4	3,9	1	0,796	1
Item 6	4	4	4	4	2	3,6	0,86	0,621	0,963

El instrumento Hit – 6 fue evaluado por 5 jueces expertos, los cuales calificaron en una escala de 1 (no cumple al criterio) a 4 (que si cumple de manera correcta) respecto a relevancia, coherencia y claridad de los ítems. Para identificar si los ítems tuvieron una buena validez de contenido se aplicó el coeficiente V de Aiken, considerando la cantidad de jueces se utilizó un nivel de confianza del 95% y un criterio flexible de elegibilidad $V= 0.5$ (Merino y Livia, 2009)

Podemos evidenciar puntajes sobre relevancia, coherencia y claridad de nuestros ítems, de la misma forma se pueden observar los promedios de cada ítem y el resultado final de la V de Aiken, además de sus límites de confianza para los 6 ítems.

Análisis factorial confirmatorio

Tabla 16

Analisis de normalidad del HIT-6

	Media	D.E	Shapiro-Wilk	P-valor de Shapiro-Wilk
I1	2.930	0.769	0.859	< .001
I2	2.760	0.842	0.875	< .001
I3	3.760	0.976	0.865	< .001
I4	2.820	0.947	0.881	< .001
I5	2.710	1.038	0.891	< .001
I6	2.760	0.955	0.879	< .001

En la siguiente tabla podemos apreciar las estimaciones de las medidas de tendencia central, como media, desviación estándar, Shapiro Wilk y p-valor de Shapiro - Wilk para cada uno de los ítems, podemos observar que los ítems, poseen una media ente 2.71 y 3.76, además de poseer desviaciones típicas cercanas a 1, por lo que la dispersión de los datos no es considerable, además los valores de Shapiro Wilk poseen valores de distribución cercanos a 1, mientras que su p valor es <.001, esto indica que su distribución es normal, para lo cual se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio.

Tabla 17

Índices de bondad de ajuste

Parámetros	Valor
Comparative Fit Index (CFI)	0.952
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.920
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.128
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.049
X ²	2.647

Teniendo en cuenta que los ítems se ajustan a ser variables continuas (cinco o más categorías de respuesta), tener una distribución normal, pero que la muestra es pequeña, se procedió a realizar el análisis de la estructura utilizando el método de estimación de Máxima Verosimilitud (ML) (Asparouhov & Muthen, 2010) y el método de rotación utilizado fue la rotación Promax (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019).

Además se consideró un error robusto de 95% , luego de ello se analizaron los índices de bondad de ajuste los cuales: CFI= 0.95, TLI= 0.92, RMSEA= 0.128 y SRMR= 0.049, los cuales están dentro de los valores adecuados, por ultimo Chi cuadrado dio como resultado $X^2=2.65$ que resultó ser un valor valido ya que el cociente debe salir menor o igual a 3, lo que da como conclusión que nuestro modelo cumple con la norma, ya que todos nuestros ítems responden a una misma dimensión y que responden al modelo original planteado por el autor.

Tabla 18

Cargas factoriales

Factor	Indicator	Estimate	p	95% Confidence Interval	
				Bajo	Alto
Factor 1	ítem 1	0.457	< .001	0.302	0.611
	ítem 2	0.609	< .001	0.468	0.750
	ítem 3	0.408	< .001	0.220	0.596
	ítem 4	0.750	< .001	0.593	0.906
	ítem 5	0.953	< .001	0.811	1.094
	ítem 6	0.800	< .001	0.640	0.960

Respecto a esta tabla podemos observar que las cargas factoriales de cada ítem de nuestro cuestionario HIT-6 son cercanas a 1.

Confiabilidad

Tabla 19

Análisis de confiabilidad

Estimador	McDonald's ω
Punto estimado	0.876
Límite inferior del CI del 95%	0.839
Límite superior del IC del 95%	0.914

Finalmente, podemos observar el coeficiente de confiabilidad, los cuales fueron evaluados a través del ω = coeficiente omega de Mc Donald, y dieron valores críticos mayores a 0.8 (Ventura-León, y Caycho-Rodríguez, 2017) por lo que da cuenta de que existe suficiente evidencia empírica para asegurar que el instrumento aplicado en la presente investigación es confiable para la población.

ANEXO 3

Propiedades psicométricas ID MIGRAÑA *Análisis de validez de contenido*

Tabla 20

Análisis de contenido por jueces a través de la V de Ayken ID MIGRAÑA

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Promedio	V de Ayken	Intervalos de confianza al 95%	
								Inferior	Superior
ítem 1	3,3	3,7	4	4	4	3,8	0,93	0,702	0,988
ítem 2	3,3	4	4	4	3,7	3,8	0,93	0,702	0,988
ítem 3	3,3	3,7	4	4	4	3,8	0,93	0,702	0,988

El instrumento ID MIGRAÑA el cual sirvió de filtro para poder determinar nuestra población también fue evaluado por 5 jueces expertos, los cuales calificaron en una escala de 1 (no cumple al criterio) a 4 (que si cumple de manera correcta) respecto a relevancia, coherencia y claridad de los ítems. Para identificar si los ítems tuvieron una buena validez de contenido se aplicó el coeficiente V de Aiken, considerando la cantidad de jueces, se utilizó un nivel de confianza del 95% y un criterio flexible de elegibilidad $V = 0.5$ (Merino y Livia, 2009)

Podemos evidenciar los puntajes sobre relevancia, coherencia y claridad de nuestros ítems, de la misma forma se pueden observar los promedios de cada ítem y el resultado final de la V de Aiken, además de sus límites de confianza para los 3 ítems.