

# El cuerpo doloroso: migraña y depresión

Gabriel A. Castillo, Camilo Serrano

## RESUMEN

La identidad de todo ser humano esta relacionada con su corporalidad y es a través de ella que la persona se identifica en lo individual y colectivo mediante los significados de tener un cuerpo, ser un cuerpo y hacer cuerpo con. En la depresión y el dolor el individuo puede sentir amenazada su identidad y experimentar una despersonalización, cuya intensidad es proporcional a la severidad de aquellos. Una característica fundamental de la experiencia dolorosa, es la despersonalización que tiende a atrapar y perturbar globalmente al individuo. La experiencia de sentir dolor es difícil de transmitir a otros.

La depresión se caracteriza por lentitud psicomotora y alteración en la temporalidad, la paradespresión por hastío y pérdida del sentido de las cosas y la pseudodepresión por una causa orgánica directa o indirecta de los síntomas.

En ocasiones el dolor ayuda a que las personas sientan mejor sus propios cuerpos, manteniendo la actividad de las funciones de identidad (repersonalización), fenómeno infrecuente en depresiones graves.

En toda evaluación inicial es indispensable observar las propiedades de la corporalidad (ser cuerpo, tener un cuerpo, y hacer cuerpo con...) y orientar la anamnesis para lograr un adecuado diagnóstico (*Acta Neurol Colomb 2006;22:262-268*).

**PALABRAS CLAVES:** migraña, depresión, comorbilidad.

## SUMMARY

The identity of all human being is related to its corporality and is through it who persons identifies itself as individual, or collective thing by means of the meaning to have a body, to be a body and to make body with. In depression and pain the individual can feel threatened its identity and experience a depersonalization, whose intensity is proportional to the severity of those. A fundamental characteristic of the painful experience is the depersonalization that tends to globally catch and to disturb the whole individual. The experience to feel pain is difficult to transmit to others. Depression characterizes by psychomotor slowness and alteration in the temporality, para-depression by weariness and loss of the sense of the things and pseudo-depression by a direct or indirect organic cause of the symptoms. Sometimes the pain helps to that the people feel better their own bodies, maintaining the activity of the identity functions (re-personalization), infrequent phenomenon in serious depressions. In all initial evaluation is indispensable to observe the properties of corporality (to be body, to have a body, and to make body with...) and to orient the anamnesis to obtain a suitable diagnosis (*Acta Neurol Colomb 2006;22:262-268*).

**KEY WORDS:** migraine, depression, comorbidity.

---

*El diálogo debe perdurar. Es imposible acallar  
nuestro silencio y nuestra voz*

## INTRODUCCIÓN

Es innegable la importancia que ha cobrado en los últimos años el estudio de la depresión en el campo de la investigación clínica. Diversos

aspectos son hoy objeto de múltiples teorías, descripciones y planteamientos terapéuticos, todo esto con el fin de lograr una mejor comprensión del trastorno depresivo y un manejo más ajustado de éste a nuestra realidad.

De igual manera, en la práctica clínica actual es significativa la coexistencia de migraña y trastornos psiquiátricos, principalmente con

---

**Recibido: 03/02/06. Revisado: 07/02/06. Aceptado: 06/06/06.**

Gabriel A. Castillo, Neurólogo - epileptólogo, psicoanalista. Camilo Serrano, Psiquiatra, profesor del departamento de psiquiatría. Facultad de Medicina Nuestra Señora del Rosario.

Correspondencia: castilloneuro@yahoo.com

---

---

depresión y con trastornos de ansiedad (1-3). Se han realizado varios estudios al respecto en diversas latitudes (4-7).

En neurología el tema ha suscitado un creciente interés, al punto que en la última clasificación de dolor de cabeza se ha incluido un capítulo al respecto (Capítulo 12: Cefalea atribuida a trastornos psiquiátricos). Sin embargo, aún no existe sección alguna que describa con claridad los aspectos psicosociales de éste, como tampoco un planteamiento definido acerca de las posibles relaciones existentes entre cefaleas y trastornos psiquiátricos (8).

Por su parte, la Asociación Mundial de Psiquiatría hace un llamado para establecer un cuerpo de estudio consistente y preciso acerca de la compleja interacción entre enfermedades orgánicas y depresión, a su vez que manifiesta una gran preocupación por la alta prevalencia de depresión en los pacientes con enfermedades físicas (una tercera parte de la población con síndrome doloroso y más de la mitad de pacientes con enfermedad de Parkinson sufre depresión) (9), así como por las bajas tasas de detección de la misma en el nivel primario de atención (menor al 10% según algunos estudios) y por los insuficientes tratamientos que de ello se desprenden (10).

## **ESTUDIO DE LA COMORBILIDAD**

La comorbilidad entre migraña y depresión se entiende principalmente según dos tipos de modelo: modelo causal: una situación clínica puede llevar a otras. En este caso existen dos posibilidades: por un lado que la depresión pueda producir una migraña, y por otro que la migraña pueda desencadenar una depresión; por otro lado modelo de etiología compartida en la cual factores comunes a las dos situaciones clínicas pueden acompañarse de diferentes manifestaciones clínicas. Los modelos básicos de investigación que permiten diferenciar las posibilidades anteriores son los estudios familiares/genético y los longitudinales (11).

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA MIGRAÑA Y LA DEPRESIÓN**

En la depresión se han encontrado evidencias de trastornos concomitantes en muy diversos

sistemas tales como: la hiperactividad del eje corticotrópico (aumento de liberación de CRH hipotalámico, de ACTH hipofisario y de cortisol adrenal), las alteraciones en la plasticidad de las vías neuronales (plasticidad adaptativa disminuída, con o sin pérdida de neuronas y glia en regiones hipocampal y prefrontal), el aumento de liberación de citosinas pro-inflamatorias cerebrales, y la estimulación del receptor NK1 R, del receptor del neuropéptido sustancia P, con la consecuente inhibición de las neuronas serotoninérgicas del rafe dorsal (12). Por su parte, en la migraña se encuentran involucradas diferentes sustancias como la serotonina, la noradrenalina, la sustancia P; además, en ella existe un compromiso de la modulación central del dolor trigéminovascular.

De manera más específica, se ha sugerido que las proyecciones serotoninérgicas y noradrenérgicas que parten del tallo cerebral están involucradas en las vías espinales, vías moduladoras de los síntomas dolorosos somáticos, y que una disfunción de estas vías debida a la depresión aumenta la percepción de estas señales. Se cree que la depresión y el dolor son mediados a partir de una vía común y que el equilibrio entre norepinefrina y serotonina influye en la percepción de los síntomas dolorosos.

Sin embargo, estudios actuales sobre la acción de los antidepresivos indican que una propiedad de desensibilización sostenida al dolor, potencial característica de estos fármacos, parece relacionarse con su acción específica sobre el eje noradrenérgico (a diferencia de la propiedad antidepresiva propiamente dicha, resultado de la acción sobre las diversas redes de neurotransmisores). De confirmarse este hecho, comprenderíamos mejor por qué los antidepresivos con acción prevalente noradrenérgica son altamente efectivos en la prevención de la migraña y de la cefalea tensional (13).

## **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRAÑA Y LA DEPRESIÓN**

A pesar de la creciente evidencia clínica de la coexistencia de síndromes dolorosos (dentro de los cuales se destaca la migraña) y de trastornos depresivos, las clasificaciones actuales diagnósticas psiquiátricas de mayor cobertura y utilización tales como la DSM-IV y la CIE- 10,

---

no contemplan como elementos diagnósticos relevantes ningún síntoma doloroso, síntomas que son apenas mencionados de una forma marginal (14,15).

## IDENTIDAD Y CORPORALIDAD

La identidad de todo ser humano esta relacionada con su corporalidad. Por medio de la corporalidad el individuo está en capacidad de sentirse identificado individual y colectivamente a través de los significados de tener un cuerpo, ser un cuerpo y hacer cuerpo con. El equilibrio y el bienestar de la corporalidad es el equilibrio y el bienestar en sus funciones de identidad: en efecto, existen diferentes experiencias de la corporalidad que afectan la identidad en su consistencia (experiencia de ser individuos únicos e integrados), en su actividad (integración de nuestras funciones, vgr. soy yo quien habla, quien escribe...) en su vitalidad (conciencia de existir) (16).

Así, en la depresión el individuo presenta alteraciones de la identidad como la despersonalización, la cual puede tener diferentes grados según la intensidad de la depresión. También la experiencia de dolor, que en ocasiones constituye una amenaza para la corporalidad, es causa de despersonalización, y en la medida en que logramos aliviar ese dolor, recuperamos la identidad del individuo. Sin embargo, en ocasiones el dolor puede constituirse en un factor reparador de la despersonalización, fenómeno paradójico, cuya importancia se describirá más adelante.

## CUERPO DOLOROSO

La experiencia pura de sentir dolor es una experiencia difícil de transmitir a los demás (17). Este hecho es debido, en gran parte, a que el dolor es más que una simple percepción y, sin duda, algo diferente a una disposición. En efecto, si restringimos el dolor a una simple percepción empobrecemos su naturaleza al asemejarlo a una mera información elemental. Por el contrario, si lo identificamos con una disposición, llegamos a confundirlo con el sufrimiento, elemento éste cuya naturaleza es afectiva, y cuya tendencia natural es la extensión en el tiempo. Así, desvirtuamos

el dolor tanto en su carácter de sensación, como en su función de alarma, de expresión cerrada de un malestar.

La dificultad para comprender el dolor es también debida a la esencia de su naturaleza. Su pobre identidad propioceptiva, resulta en una precaria memorización del mismo. De esta manera, en el instante de sentir dolor es posible atribuirle algunas características aunque no sea posible redefinir la experiencia una vez ésta concluye. Esta fragilidad del dolor admite difícilmente representaciones, imaginaciones y remembranzas, y por ende, como ya lo mencionamos, es difícil de transmitir. Contrariamente al sufrimiento, que con sus principios culturales y de tradición es susceptible de ser compartido, el dolor nos aísla, nos sustrae del mundo común, confinándonos a una expresión muchas veces quejumbrosa. Finalmente, el cuerpo doloroso nos impide acceder a la experiencia de armonía con nosotros mismos y con nuestro entorno.

## CUERPO DEPRESIVO

Los cambios de la corporalidad observados en los pacientes con sintomatología depresiva, permiten precisar el diagnóstico y ofrecer un manejo consecuente con sus alteraciones de base. Esto es aún más relevante, en la medida en que el campo clínico de la depresión se ha visto también expuesto en los últimos años a replanteamientos en ocasiones riesgosos, que amenazan la conformación de sus fronteras.

Describamos a continuación tres situaciones clínicas del espectro depresivo, muy importantes de precisar de acuerdo a la exhaustiva revisión hecha por Charbonneau y Legrand en su obra *Depresión y Paradespresiones* (18): a) depresión. b) paradespresiones, y c) pseudodespresiones.

**Depresión:** los dos elementos clínicos fundamentales de esta dimensión son: el enlentecimiento psicomotor, y la alteración en la temporalidad.

Tengamos siempre presente que sin estos dos elementos, el cuadro clínico que conocemos con el nombre de depresión puede encontrarse en muy diversas patologías, siendo por lo tanto, inespecífico.

---

El enlentecimiento psicomotor establece ante todo un cambio en la relación del individuo con su mundo. Y este hecho es tanto más dramático en cuanto que el individuo depresivo sufre de una alteración fundamental en su capacidad por hacer las cosas (sentido del poder). No hay posibilidades para este tipo de pacientes de lograr una sinergia entre su ritmo propio y el ritmo del mundo. La conciencia de este hecho, muchas veces conservada, genera un profundo sentimiento de incapacidad y de distanciamiento vital. La falta de energía disponible para sus diferentes actividades le confiere una atmósfera de aislamiento y de “extinción” vital extremos.

Por su parte, la alteración en la temporalidad refleja para todo individuo cambios en su identidad. Esta alteración toma fundamento en una insuficiencia para permitir el fluir natural del tiempo (pasado-presente-futuro). El paciente depresivo proyecta su porvenir hacia el pasado, pasado muchas veces cargado de errores y culpas, encerrándose en una certeza desesperanzada de inmovilidad. El futuro es, en su sentir, una mera repetición de lo ya sucedido. A su vez, la conducción de la energía hacia el pasado o el futuro, le resta vitalidad al presente de estos pacientes, lo que acentúa el enlentecimiento psicomotor.

**Paradepresiones:** son característicos: la labilidad sintomática, el hastío y la pérdida de sentido de las cosas. En estos individuos la ansiedad se expresa fácilmente y la necesidad de resonar ante los hechos supone un terreno propicio para la presencia de quejas somáticas. Las personalidades que se relacionan frecuentemente con la presencia de paradepresiones son aquellas en las cuales hay un egocentrismo marcado (mirada excesiva hacia sí mismo), una baja tolerancia a la frustración y una insuficiente contención (explosión) de una agresividad excesivamente reprimida (acumulación). Estas personas están siempre envueltas en situaciones de acción, y en general tienen poca capacidad de introspección, lo que les protege de un fraccionamiento global y profundo como el que es propio de la depresión. Por otro lado, su relativa adaptación a las circunstancias desfavorece el cabal desarrollo de un profundo compromiso con las personas y situaciones, confiriéndoles un contacto “superficial” con el mundo. Los hechos que rodean a estas personas son importantes

como “estimulantes o excitantes de vida” aunque pueden ser considerados por ellas mismas con desprecio (alteración del sentido de valor).

**Pseudodepresiones:** esta dimensión se identifica a partir de los siguientes hechos: los síntomas depresivos (tanto físicos como emocionales) aparecen como consecuencia directa de una alteración orgánica de base, o indirecta de las limitantes bio-psico-sociales derivadas de esta alteración; la evolución sintomática, aunque variable, muestra con extremada frecuencia una remisión completa cuando desaparece o se controla la enfermedad de base. Si la remisión no es satisfactoria una vez tratada adecuadamente aquella, debe pensarse en una propensión de carácter a desarrollar una depresión; se puede presentar en todo tipo de personalidades.

Dispongámonos a analizar la relación existente entre el dolor y la depresión bajo la óptica de la despersonalización y de la repersonalización. Recordemos aquí que toda sintomatología depresiva conlleva un grado variable de despersonalización, grado que depende de la profundidad de la alteración de la corporalidad y de las funciones de identidad. Destaquemos que en una depresión leve, que produce una despersonalización mínima, se ve alterada únicamente la noción de consistencia; que en una depresión moderada se altera además la función de actividad; y que en una depresión profunda, con despersonalización extrema, son las tres esferas de identidad (vitalidad, actividad y consistencia) las que se ven comprometidas.

**El dolor y la despersonalización:** un primer elemento de despersonalización es la tendencia del dolor a atraparnos, a perturbarnos globalmente, siendo ésta una característica fundamental de la experiencia dolorosa. La armonía corporal se transforma en favor de un ser enteramente doloroso. Así, tener un cuerpo se convierte en una experiencia ajena a nosotros, ya que el dolor nos impide tomar distancia frente a nosotros mismos (facultad indispensable para preservar nuestra identidad). De la misma forma, hacer cuerpo con... representa la experiencia opuesta a la del cuerpo doloroso, experiencia esta última que nos aísla del movimiento de nuestro mundo.

---

El segundo elemento del dolor que se relaciona con la despersonalización, es el carácter cerrado y aislante de su expresión, haciendo que el individuo pierda su capacidad de verbalización y establezca la comunicación únicamente a través del dolor.

**El dolor y la repersonalización:** en ocasiones el dolor ayuda a que las personas sientan mejor sus propios cuerpos, manteniendo la actividad de las funciones de identidad. Esto explicaría por qué, en algunas situaciones, los pacientes con síndromes dolorosos crónicos, parecen optar por la preservación del dolor. De esta manera la idea de “ganancia secundaria” invocada con frecuencia en los pacientes que sufren de dolores crónicos, no es solamente una manera de obtener afecto del entorno, sino y ante todo, la compensación de experiencias de despersonalización ocasionadas por la depresión en el individuo. El dolor se establece así como una herramienta para combatir la despersonalización, promoviendo una repersonalización. El dolor puede así mantener en la realidad al sujeto depresivo, o reconducirlo a ella en ciertos casos, aumentando su intensidad para disminuir o equilibrar la despersonalización. Podríamos señalar que, en estos casos, el dolor nos garantiza la presencia de una corporalidad constituida, así sea de forma precaria. No hay que olvidar que cuando nos encontramos con un paciente con una depresión profunda, es infrecuente observar en él una experiencia dolorosa. Si por el contrario su intensidad es leve o moderada, el dolor estará presente casi sin excepción, obstaculizando la comunicación o, en el mejor de los casos, precediéndola. Es allí donde nuestra habilidad clínica debe favorecer una actitud comprensiva del sufrimiento que toma sentido en la repersonalización dolorosa, abriéndonos caminos terapéuticos concretos.

**Recomendaciones para la práctica clínica:** tener presente la alta coexistencia de migraña y síndromes depresivos para hacer una evaluación integral y un manejo amplio de los pacientes con cefalea.

Recordar que la migraña se observa con más frecuencia en personalidades con poca capacidad

de verbalización y en las depresiones leves o moderadas. Por el contrario, es infrecuente observarla en depresiones graves. En estas últimas la función de repersonalización propia del dolor migrañoso es ya ineficaz ante la profundidad del cuadro depresivo.

Las tres dimensiones depresivas para tener en cuenta en todo ejercicio diagnóstico y terapéutico son. La depresión, las paradespresiones y las pseudodespresiones.

Una detallada anamnesis y un cuidadoso examen clínico son las herramientas prácticas indispensables para lograr, con la finura propia a la clínica neurológica, este propósito.

En toda evaluación inicial es indispensable observar las propiedades de la corporalidad (ser cuerpo, tener un cuerpo, y hacer cuerpo con...) así como las funciones de identidad (vitalidad, actividad y consistencia).

Es siempre preciso evaluar con detenimiento el papel del dolor como elemento de despersonalización o de repersonalización.

Orientar la anamnesis para definir depresión o paradespresión (Tabla 1).

No olvidar que toda intervención terapéutica requiere de una actitud comprensiva del sufrimiento del paciente. Una explicación clara de la coexistencia real entre migraña y depresión, así como de las expectativas y medidas terapéuticas escogidas a corto, mediano y largo plazo, constituyen sin duda un punto fundamental para establecer una relación terapéutica plena de dignidad y confianza.

La intervención farmacológica inicial debe cumplir propósitos sintomáticos, sindromáticos y etiológicos.

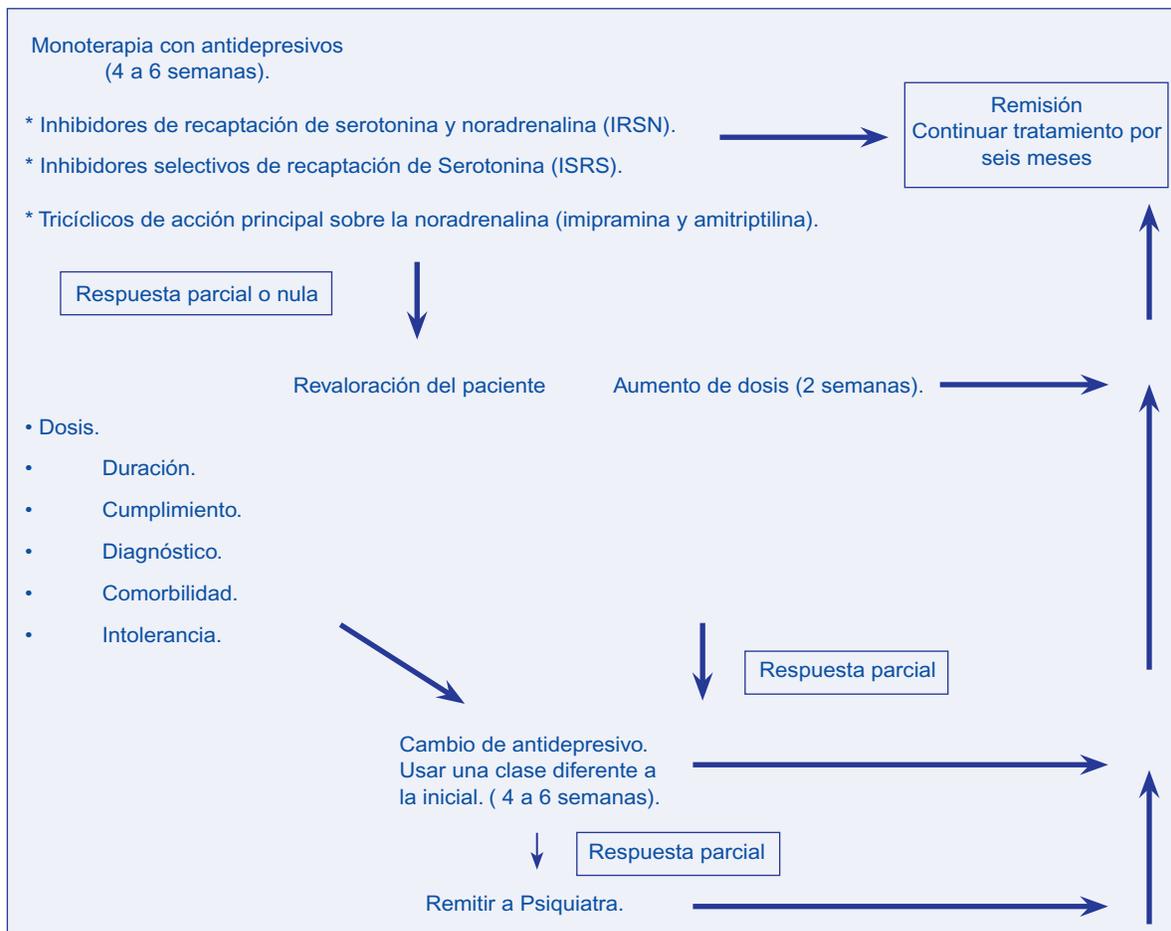
Los antidepresivos que regulan los ejes serotoninérgico o noradrenérgico (ejes comprometidos particularmente en el dolor depresivo) son los fármacos de primera elección en el manejo de las alteraciones pertenecientes al espectro depresivo (Figura 1) (19).

Recordar que las diferentes acciones de los antidepresivos son: la ansiolítica, la analgésica, la hipnótica, la estimulante, la timorreguladora, y la antidepresiva propiamente dicha. Las primeras cinco se emplean con objetivos precisos, de

**TABLA 1.** ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DEPRESIÓN O PARADEPRESIÓN.

Depresión	Paradepresión
Sintomatología estable	Sintomatología lábil o cambiante
Alteración estructura temporal (bloqueo en el pasado)	Conservación estructura temporal (anticipación posible del futuro)
Enlentecimiento psicomotor marcado	Dinamismo psicomotor preservado
Inhibición expresión emocional	Expresión emocional abundante
Abandono o indiferencia hacia cuerpo. Quejas somáticas infrecuentes.	Quejas somáticas frecuentes
Pérdida del sentido del poder (sensación marcada de incapacidad)	Pérdida del sentido de valor de las cosas
Sobrevaloración de las circunstancias	Devaluación de las circunstancias
Falta de resonancia ante estímulos externos.	Alta resonancia a estímulos externos (necesidad de ellos)

**FIGURA 1.** ALGORITMO DE TERAPIA FARMACOLÓGICA DE DEPRESIÓN.



---

utilidad homogénea en las tres dimensiones depresivas estudiadas. Por el contrario, la acción específica antidepresiva no reviste una mayor utilidad terapéutica en los cuadros paradespresivos o pseudodespresivos, y sí en un alto porcentaje de depresiones.

Los antidepresivos con acción prevalente sobre el eje noradrenérgico constituyen una opción terapéutica a considerar en la prevención de las migrañas y de las cefaleas tensionales.

El largo tiempo de latencia de la acción analgésica de los antidepresivos (en ningún caso inferior a cinco días) hace en ocasiones indispensable la utilización simultánea de medicamentos antimigrañosos específicos, de acuerdo a criterio del neurólogo.

La mejoría de la sintomatología depresiva comienza a observarse al cabo de veinte días del inicio de cualquier tratamiento farmacológico regular y consistente.

Por último, considerar la utilidad de una remisión oportuna a psiquiatría, o la iniciación de un manejo conjunto. El cómo establecer un diagnóstico y el cómo instalar un tratamiento garantizan, en gran medida, una adecuada observancia del paciente, así como una esperanza de recuperación.

## REFERENCIAS

1. **Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Scultz LR, Welch KM.** Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003; 60: 1308-12.
2. **Torelli P, D'Amico D.** An updated review of migraine and co- morbid psychiatric disorders. *Neurol Sci* 2004. Suppl 3: 5234-5.
3. **Radat F, Swendsen J.** Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia* 2005; 25: 165-78.
4. **Breslau N, Davis GC, Scultz LR, Peterson EL.** Migraine and Major Depression: a longitudinal study.

*Headache* 1994; 34: 387-93.

5. **Merikangas KR, Angst J, Isler H.** Migraine and psychopathology. Results of the Zurich Cohort Study of young adults. *Arch. Gen Psychiatry* 1990; 47: 849-53.

6. **Pareja-Angel J, Campo-Arias A.** Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con migraña. *Rev Neurol* 2004 Oct 16-31; 39: 711-4.

7. **Galego JC, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA.** Depression and migraine. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62: 774-7.

8. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24: 1-160.

9. WPA/PTD. Educational Program of Depression Disorder. Depressive Disorders in Physical Illness- Core booklet, New York, NCM Publishers. 1998.

10. Grupo Internacional de Depresión (IDP). Revisión estudios sobre depresión a nivel primario. Pekín, s.e.2001.

11. **Merikangas KR, Stevens DE.** Comorbidity of migraine and psychiatric disorders. *Neurol Clin* 1997; 15: 115-23.

12. **Páez X, Hernández L, Baptista T.** Avances en la terapéutica molecular de la depresión. *Revista de Neurología* 2003; 37:459-470.

13. **Moja PL, Cuzi C, Sterzi RR, Canepari C.** Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) for preventing migraine and tension.type headaches. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;20: CD002919.

14. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. Washington.1994.

15. Organización mundial de la salud. Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10.1992.

16. **Musalek M.** Dépression et douleur, dépersonnalisation et repersonnalisation. in: Phénoménologie des sentiments corporels. Granger et Charbonneau. Association Le Cercle Herméneutique/ Collection Phéno. 8 Av. Gabriel Péri.95100 Argenteuil. 2003. pp 115-121.

17. **Charbonneau G.** Pour une phénoménologie des sentiments corporels. In :Phénoménologie des sentiments corporels. Granger et Charbonneau. Association Le Cercle Herméneutique/ Collection Phéno. 8 Av. Gabriel Péri.95100 Argenteuil. 2003. pp17-23.

18. **Charbonneau G, Legrand JM.** Dépression et Parádpressions. Collection Actualités Psy. Paris. Editions SB Publications. 33 Rue de la Chapelle. 75018 2003. 150 pp.

19. **Chaskel R, Mejía J, Serrano C.** Caso virtual sobre Ansiedad y Depresión. Wyeth Inc. Corp. 2004.