

Fantasmas del pasado: una perspectiva desde la Psicología Clínica

Sabela Bermúdez Míguez¹, Alicia Carballal Fernández²

¹Psicóloga Clínica

²Psicóloga Interna Residente

Xerencia de Xestión Integrada. A Coruña. España

e-mail: sabelabermig@gmail.com

Un viernes, a última hora de la mañana, tal como acostumbrábamos hacer desde hacía semanas en el Hospital Marítimo de Oza, nos acercamos a la habitación de un paciente al que le habían amputado ambas piernas. Se encontraba solo. Ligeramente reclinado en su cama. Su rostro vestía una mirada cálida y sosegada mientras miraba al mar -Yo trabajaba en esos barcos del puerto descargando pescado-nos dijo mientras observaba curioso la maniobra de atraque de un pequeño barco pesquero-, quizás cuando me den el alta pueda trabajar de nuevo en el muelle, quien sabe, quizás me dejen reparar las redes de los barcos. En ese momento, movió los muñones debajo de las sábanas a modo de saludo y nos sonrió. Lo que dijo a continua-

ción fueron las palabras que dieron origen a este escrito -¿saben?...sé que no tengo piernas y que me he de acostumbrar al hecho de que a partir de ahora me tendré que mover en una silla de ruedas, pero hay una cosa que no alcanzo a comprender, ¿cómo es posible que me pique el dedo gordo del pié? Me pica, me pica varias veces al día, me pica terriblemente, hasta les puedo decir el lugar exacto donde me pica. Sé que no tengo dedo, pero me encantaría poder rascarlo, ¿me pueden decir si me estoy volviendo loco? ¿cómo puedo hacer para aliviar este picor?

La sensación de picor que nos describe este paciente en relación a sus piernas amputadas, no es ajena a la que describen muchas otras

personas que también han sufrido una amputación, ya sea ésta de miembros inferiores, como es el caso, o de miembros superiores. Este fenómeno es conocido como sensación de *miembro fantasma* y es descrito no sólo a lo largo de la literatura científica, sino que podemos encontrar referencia a dichas sensaciones en distintas obras literarias. Así, entre las primeras novelas que describen un caso similar, encontramos la obra de *Herman Menville, Moby Dick* (1851), que narra la travesía del barco ballenero *Pequod* en la obsesiva persecución de una gran ballena blanca, *Moby Dick*, que de un mordisco había arrancado la pierna al viejo capitán Ahab. En un fragmento de la obra, Ahab llama a un carpintero para que le construya una nueva pierna ortopédica. Es en este momento cuando Ahab le comenta al carpintero que todavía siente su pierna amputada:

“-Mira, carpintero, supongo que te consideras un artesano hábil como es menester, ¿eh? Bueno, entonces, hablará mucho a favor de tu trabajo si, cuando me ponga encima de la pierna que me haces, siento, no obstante, otra pierna en el mismísimo sitio que ella; esto es, carpintero, mi antigua pierna perdida; la de carne y hueso, quiero decir ¿No puedes expulsar

a ese viejo Adán? —La verdad, capitán, ahora empiezo a comprender algo. Sí, he oído decir algo curioso por ese lado, capitán: cómo un hombre desarbolado nunca pierde por completo la sensación de su vieja percha, sino que a veces le sigue picando. ¿Puedo preguntarle humildemente si es de verdad, capitán? —Sí, lo es, hombre. Mira, pon tu pierna viva aquí, en el sitio donde estaba la mía; así, ahora hay sólo una pierna visible para los ojos, pero dos para el alma”.

Otros autores más actuales, como Manuel Rivas en su libro “El lápiz del carpintero” describe por medio de uno de sus personajes, el pintor que dibuja con un lápiz de carpintero los rostros de sus compañeros republicanos de presidio, un fenómeno similar a la sensación de miembro fantasma: el dolor fantasma.

“Oye, pintor, dime una cosa ¿Tú sabes lo que es el dolor fantasma? Algo de eso sé. Me lo explicó Daniel Da Barca. Él había hecho un estudio en la Beneficiencia. Dicen que es el peor de los dolores. Un dolor que llega a ser insoportable. La memoria del dolor”.

Efectivamente, cuando desde la neuropsicología nos aproximamos al misterioso enigma de los fantasmas, nos encontramos ante dos términos relacionados pero que designan fe-

nómenos diferentes: la sensación de miembro fantasma o *phantom limb* y el dolor fantasma o *phantom pain*. El primero, tal como nos han descrito los personajes anteriormente mentados, hace referencia a las sensaciones percibidas sobre un miembro amputado, sin existir en estas sensaciones percepción de dolor. Podemos encontrar sensaciones de cambios de longitud, de posición del miembro. Entre estas sensaciones se describe el curioso fenómeno de telescopaje, que consiste en que la persona siente que la parte distal del miembro fantasma se aproxima al muñón de forma gradual. Además, otras experiencias que llaman la atención, son aquellas que se refieren a percepciones de objetos en el miembro amputado, normalmente objetos que la persona portaba previamente a la realización de la amputación ("es como si llevara un reloj en mi muñeca, un anillo sobre mi dedo"). A este respecto, encontramos en el foro de la Asociación Nacional de Amputados de España el caso de una mujer que tras siete años de sufrir una amputación de un brazo, refería continuar percibiendo estas sensaciones y haberse "acostumbrado a ellas". ("Sentía que se movía el brazo, las uñas e incluso que el reloj se apretaba en la muñeca").

Por otro lado, el concepto de dolor fantasma o *phantom pain* hace referencia a las sensaciones de dolor percibidas en el miembro amputado. Entre las diferentes sensaciones asociadas al dolor se suelen encontrar las de quemazón, picor u opresión. La percepción de dolor parece más probable en pacientes que han sufrido éste con anterioridad a la amputación, y suele aparecer en los días posteriores a la amputación. Por el contrario, la sensación de miembro fantasma, aunque también suele aparecer en momentos posteriores a la operación, se presenta en mayor medida de forma demorada. Por último, debemos distinguir los conceptos de *miembro y dolor fantasma* de otro relacionado, y con el que frecuentemente se produce confusión: *dolor del muñón*. Éste se produce por afectaciones estructurales o problemas de desaferentización en el muñón, lesión de un nervio proximal o distal, raíz nerviosa o médula espinal.

Esta incógnita que atañe a *sensaciones, picores y dolores* en extremidades que en algún momento formaron parte del cuerpo humano pero que después de la amputación insisten en permanecer, como si de miembros fantasmagóricos se trataran, son también, evidentemente, objeto de estudio desde la ciencia

empírica. Así, nos encontramos con distintos postulados que pretenden explicar este fenómeno. Las principales teorías planteadas se podrían dividir en dos ramas: periféricas y centrales, en función de los mecanismos causales que se encuentran presentes. Las primeras centran su explicación en causas como la tensión muscular encontradas en el miembro residual; o apelan a causas vasculares como las alteraciones en la temperatura en dicho miembro, siendo normalmente menor en el miembro distal; o inciden en las descargas de neuromas que se forman en ocasiones en el muñón, estimulando regiones somatosensoriales. En relación con esta última explicación encontramos teorías que señalan el concepto de *memoria nociceptiva* como clave en el dolor fantasma. Este postulado se apoya en mecanismos tanto periféricos como centrales, considerando que sería la estimulación nociceptiva previa a la amputación, la responsable de originar cambios en regiones somatosensoriales que producirían esta memoria del dolor. Así, posteriormente, no precisarían de procesos periféricos para ser estimulada.

Ya dentro de las explicaciones centrales encontramos teorías como la de Melzak donde

se propone el concepto de *neuromatriz*, definido como una red de neuronas que incluyen al tálamo, corteza somatosensorial y sistema límbico; una red que se conforma en relación a las experiencias vividas, y es la encargada de aportarnos información de que nuestro cuerpo está intacto. Melzak expone que es esta misma red la que participaría de la sensación de miembro fantasma.

Ramachandran, por su parte, apela a la reorganización cerebral como causa de dicho fenómeno. Así, las áreas adyacentes a las que representan el miembro amputado invadirían, de forma milimétrica, las áreas de dicho miembro.

Más allá del debate *central vs periférico* que compete al origen de los fantasmas, actualmente todo parece indicar que estas dos aproximaciones lejos de ser excluyentes entre sí, podrían complementarse a la hora de explicar el origen y plantear una intervención en este tipo de pacientes con el objeto de aliviarles estas desconcertantes percepciones. Esto es así, porque se ha comprobado que entre las diferentes tentativas de solución que atañen a perspectivas exclusivamente periféricas o centrales éstas no han sido plenamente efica-

ces (v. gr. biofeedback en función de las sensaciones percibidas: entrenamiento en cambio de la tensión muscular o en el control del flujo sanguíneo; tratamientos que buscan un cambio en la reorganización cortical producida mediante la estimulación de áreas adyacentes o a través de la utilización de prótesis o tratamientos farmacológicos que buscan la analgesia o la prevención de la activación de la memoria nocioceptiva).

Por nuestra parte, nos centraremos en la descripción de la teoría propuesta por Ramachandran, el cazafantasmas e inventor de un posible instrumento en la captura de estos seres: la Caja Espejo. De hecho, el uso de esta herramienta es una de las intervenciones empleadas en el Hospital Marítimo de Oza con los pacientes que nos derivan por dolor en miembro fantasma.

Entre los diferentes trabajos de este autor se recoge el caso de un paciente que había sufrido una amputación del brazo izquierdo. El neurólogo explica como en las diferentes sesiones de intervención se estimulaban diversas zonas de su cuerpo, mientras el paciente, con los ojos vendados, debía indicar qué parte de su cuerpo estaba siendo palpada. Rama-

chandran en *Fantasmas en el cerebro* nos comenta lo siguiente:

“Todo fue como esperaba hasta que toqué su mejilla izquierda, momento en que exclamó: Dios mío, me está tocando mi pulgar izquierdo. Cuando toqué su labio superior, notó la sensación en su dedo índice fantasma, y cuando toqué la parte baja de la mandíbula, notó la sensación en su dedo pequeño fantasma. Tenía un mapa completo y sistemático de la mano fantasma inexistente desplegado en su rostro”.

Como hemos dicho anteriormente, este autor apela a la reorganización cerebral para explicar el fenómeno de los fantasmas. Así, partiendo de la organización del homúnculo de Penfield, interpreta que el área correspondiente al rostro invadiría el área correspondiente al brazo amputado, por lo que las señales de la primera serían interpretadas como si procedieran del miembro amputado.

En consonancia con la teoría de la reorganización cerebral el mismo autor plantea una explicación para el dolor de miembro fantasma, señalando que dicho dolor está relacionado con las sensaciones de tensión, opresión e inmovilidad percibidas en el propio miembro, y en consonancia muy a menudo con la situación

anterior a la amputación en la que el paciente tendría previamente el miembro inmovilizado. En relación con ello, presenta el concepto de *parálisis aprendida*: el cerebro de alguna forma, aprende tras enviarle información al brazo de que se mueva, que éste no puede hacerlo, y esta misma inmovilidad es transmitida cuando el miembro está amputado.

Con la idea de intervenir sobre estas sensaciones, Ramachandran utiliza un espejo en sentido vertical sobre una mesa, y le pide al paciente que coloque su brazo en sentido perpendicular a este. El paciente deberá mirar el espejo por el lado donde vea reflejado su miembro sano y realizará distintos ejercicios de movimiento y distensión con éste, pudiendo "mostrarle a su cerebro" que dichas órdenes consiguen también que su miembro fantasma (representado a través del reflejo del sano) logre moverse. Parece que dicha retroalimentación visual sobre el movimiento del miembro fantasma, reduciría el dolor del mismo.

Por último señalar, que además de tratar de cazar al fantasma reflejando su presencia en la Caja Espejo, los psicólogos clínicos en nuestra actividad asistencial con pacientes amputados debemos dirigir nuestra intervención a una

mejor comprensión y asimilación, por parte de éstos, de las curiosas y anómalas percepciones que están experimentando. Si bien es cierto, que cada vez este fenómeno es más conocido, parece que muchos de los pacientes relatan la disminución de angustia y mayor tranquilidad cuando se les informa de la normalidad de estas sensaciones, ya que en un principio las perciben como sensaciones extrañas que quizás no deberían estar ocurriendo, por lo que pueden esperar días, incluso semanas, antes de referir su presencia por miedo a que el personal sanitario ponga en tela de juicio su salud mental. Así, aunque pueda resultar extraño, ante una cuestión como la que nos planteaba el paciente que dio origen a este escrito -¿me pueden decir si me estoy volviendo loco?- una respuesta tipo, no se preocupe, tan solo son fantasmas- puede ser el inicio de una eficaz intervención.

Más información en:

Flor H, Birbaumer N, Sherman RA. Phantom limb pain. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8: 327-331.

Vaquerizo A. Dolor Postamputación. Rev Soc Esp Dolor. 2000;7:60-70.

Ramachandran, VS, Blakeslee, S. Fantasmas en el cerebro. España: Debate, 1999.

Cohen SP. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. J Pain Res. 2013;6:121-36.

Ezendam D, Bongers RM, Jannink MJ. Systematic review of the effectiveness of mirror therapy in upper extremity function. Disabil Rehabil. 2009;31:2135-49.

ANDADE. Asociación Nacional de Amputados de España [sede web]. Valladolid: ANDADE; 2007 [acceso 14 de abril del 2013].

Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de intereses