

PSIQUIATRÍA

Seminario 2

Semiología: percepción y memoria.

Esquema

Psicopatología de la percepción.

Introducción.

Aspectos conceptuales.

La alucinación como error de la imaginación.

Demarcación alucinación–ilusión.

Alucinaciones verdaderas y pseudoalucinaciones.

Ilusión patológica.

Alucinosis.

Alucinaciones psicodélicas.

Alucinaciones experimentales.

Alucinaciones por estimulación eléctrica.

Deprivación sensorial.

Hipótesis etiopatogénicas del fenómenos alucinatorio.

Orgánica: topografía de las alucinaciones.

Dinámica.

Órgano–dinámica.

Bioquímica.

Exploración de la experiencia alucinatoria.

Elementos generales.

Identificación de las alucinaciones.

Estadio agudo.

Estadio crónico.

Alucinaciones según la modalidad sensorial.

Alucinaciones auditivo–verbales.

Esquizofrenia.

Manía.

Melancolía.

Alucinaciones visuales.

Alucinaciones táctiles.

Alucinaciones olfativo–gustativas.

Alucinaciones somáticas o cinestésicas o somoestésicas.

Otras alteraciones de la percepción.

Autoscopia.

Poliopía.

Metamorfopsia.

Imagen eidética.

Alucinaciones hipnopómpicas e hipnagógicas.

Psicopatología de la memoria.

Introducción.

Bases de la memoria.

Aspectos socioculturales.

Aspectos psicológicos.

Aspectos biológicos.

Retención y olvido.

Exploración clínica de la memoria.

Trastornos de la memoria.

Amnesias.

Tipos.

Amnesia retrógrada.

Amnesia anterógrada.

Amnesia lacunar.

Amnesias afectivas: por ansiedad, selectiva y psicógenas.

Amnesias axiales.

Amnesias corticales.

Formas clínicas específicas de amnesia.

Amnesia global transitoria (AGT).

Amnesia postraumática.

Amnesia psicógena.

Síndrome amnésico.

Hipermnesias.

Paramnesias.

Psicopatología de la memoria en trastornos psiquiátricos y en la terapéutica.

Trastornos orgánico–cerebrales difusos.

Depresión.

Esquizofrenia.

Terapéutica psiquiátrica.

PSICOPATOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN: alucinaciones y otras alteraciones.

INTRODUCCIÓN

La presencia o ausencia de alucinaciones determina, en parte, la inclusión de un paciente dentro de las psicosis o las neurosis. Con la disolución de las psicosis y las neurosis en los sistemas de clasificación las alucinaciones se consideran un síntoma posible, pero no imprescindible, para el diagnóstico. También se han eclipsado algunos cuadros clínicos de los que las alucinaciones eran el núcleo fisiopatológico.

Las alucinaciones rara vez se presentan aisladas, pero el diagnóstico diferencial de las alteraciones de la percepción suele darnos la clave del proceso subyacente. No son fáciles de explorar ni pueden deducirse rápidamente de la conducta del paciente. Con frecuencia hay que apoyarse en otros elementos de la conducta

simultáneos al fenómeno.

ASPECTOS CONCEPTUALES

La alucinación como error de la imaginación

Hasta el siglo XIX el fenómeno alucinatorio fue considerado como una alteración psíquica global por un error de la imaginación del hombre. El carácter sensorial de la alucinación equipara ésta con una imagen intensa proveniente del interior de la persona y proyectada al exterior. Este concepto imaginario de la alucinación perdura en los postulados etiopatogénicos del psicoanálisis y en ciertas posiciones conductistas.

Demarcación alucinación-ilusión

Por intensa que sea, una imagen sigue siendo una percepción (Silva, 1983). Es decir, la alucinación no es una imagen ingeniada por la mente y lanzada al exterior. La capacidad imaginativa no guarda ninguna relación con la actividad alucinatoria.

Baillarger cuestionó el carácter sensorial de las alucinaciones y propuso separar las alucinaciones en:

- alucinaciones psíquicas: derivadas de una enfermedad psíquica idiopática.
- alucinaciones psicosensores: secundarias a lesiones difusas o localizadas del cerebro.

La alucinación no se debe a una excitación más o menos intensa o anormal de los sentidos, sino que es un estado originado por procesos patológicos, sean éstos primariamente psiquiátricos o neurológicos.

La ilusión es una transformación subjetiva de un dato realmente existente. Otra diferencia con la alucinación es la posibilidad de modificarla a voluntad.

Alucinaciones verdaderas y pseudoalucinaciones

A finales del siglo XIX se aceptó que las alucinaciones verdaderas o puras son las psicosensores, caracterizadas por:

1. Ausencia de objeto o estímulo inductor de la percepción.
2. Vivenciada en el campo de conciencia externo al sujeto (espacio exterior).
3. Convencimiento absoluto de realidad.
4. Imposibilidad de ejercer un control voluntario sobre el fenómeno.
5. Independencia del grado de intensidad de la alucinación.

Su carácter patológico se debe a que:

1. No existe en el campo de conciencia un estímulo real que las provoque.
2. En el sujeto no hay duda sobre lo vivenciado, a diferencia de una percepción anormal o una ilusión.
3. Es aceptada por el conocimiento como si fuera una imagen sensorial.

4.La conducta del sujeto es consecuente con la experiencia alucinatoria.

Las alucinaciones psíquicas se consideran falsas o pseudoalucinaciones porque:

- 1.El paciente no las relaciona con ninguna modalidad sensorial.
- 2.Suceden en la mente y son difíciles de separar de otros procesos delirantes.
- 3.Se vivencian reales, como las anteriores, y el paciente no tiene sentido de absurdo. Sin embargo, las imágenes obsesivas siempre generan un sentimiento de absurdo y consecuentemente de duda.

Las alucinaciones psíquicas o pseudoalucinaciones orientan al diagnóstico de esquizofrenia.

Ilusión patológica

En la deformación del dato sensorial participan factores neurofisiológicos, emocionales y de personalidad. Se caracteriza por:

- 1.Presencia real del estímulo u objeto.
- 2.Deformación de lo percibido.
- 3.Impresión de lo percibido.
- 4.Ausencia de convencimiento absoluto de realidad.
- 5.Corregible en los sujetos sanos y muy rara vez en los enfermos, ya sean psiquiátricos o neurológicos.

La imagen ilusoria proviene de:

- a)Deficiencia en la capacidad atencional. Si se dan antes de despertar por completo deben distinguirse de las alucinaciones hipnopómpicas.
- b)Estado afectivo o emocional, llamándose en este caso ilusiones catatímicas. A veces tienen contenido amenazante y hay que distinguirlas de las percepciones delirantes de los esquizofrénicos.
- c)Ilusión inducida voluntariamente. Se llama pareidolia.

Alucinosis

Alucinaciones de naturaleza nítida y amenazante, con claridad o mínima alteración del nivel de conciencia y juicio de realidad preservado. Se ha descrito en alcoholismo, estados orgánicos cerebrales, episodios crepusculares y psicosis paranoides, entre otros. Se caracterizan por:

- 1.Alucinaciones intensas en cualquier esfera sensorial.
- 2.Presentación variable dependiendo del contexto.
- 3.Ego-distónicas, es decir, no integradas en la personalidad del paciente.
- 4.Conciencia de irrealdad.

5. Naturaleza invariablemente orgánica central periférica.

Alucinaciones psicodélicas

Por el consumo agudo de sustancias alucinógenas. La mayoría de los alucinógenos inducen efectos sobre la percepción similares, difiriendo en sus efectos tóxicos. Algunos alucinógenos son: hachís, dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y fenciclidina (PCP). La personalidad del consumidor es decisiva en el efecto alucinógeno y en la conducción durante la intoxicación. Las alucinaciones inducidas por drogas son cualitativamente distintas de las idiopáticas, sean de origen neurológico o psiquiátrico. El síndrome psicodélico se caracteriza por síntomas perceptivos, mentales y somáticos. Tiende a ser secuencial, apareciendo primero los síntomas somáticos y los últimos los perceptivos.

Alucinaciones experimentales

Se presentan por estimulación eléctrica, cortical o subcortical, y durante el aislamiento o privación sensorial. Son similares a las alucinaciones e ilusiones espontáneas que presentan algunos enfermos comiciales. Se diferencian de las alucinaciones verdaderas o psicosensores de los enfermos psiquiátricos o neurológicos no comiciales por tener un fuerte carácter sensorial y de naturaleza elemental.

Alucinaciones por estimulación eléctrica

Experiencias vivenciadas del pasado o del presente inmediato. Suceden con la estimulación del lóbulo temporal.

Deprivación sensorial

Un 40% de los sujetos con privación sensorial estricta de más de 8 horas manifiestan distorsiones sensoriales e imágenes visuales con colorido y geométricas, de corta duración, no relacionadas con los contenidos mentales del sujeto.

HIPÓTESIS ETIOPATOGÉNICAS DEL FENÓMENO ALUCINATORIO

Orgánica: topografía de las alucinaciones

Sostiene que deriva de:

1. Liberación de la actividad nerviosa en zonas corticales sensoriales primarias por una pérdida de la inhibición de las zonas corticales o subcorticales de asociación dañadas por diversos procesos.
2. Otra teoría sostiene que deriva directamente de un proceso irritativo de los sistemas nerviosos primarios. Serían un síntoma más de un síndrome, el automatismo mental, caracterizado por: automatismo sensorial, automatismo ideoverbal y automatismo motor.

Ambas teorías adquieren consistencia neurobiológica con el concepto de mapas computacionales. Un mapa es una representación neuronalmente codificada de una información sensorial. Mediante la computación el sistema nervioso elige la información biológica y psicológicamente importante. La computación implica: la determinación del valor de la señal y la asociación de un grupo particular de valores de las señales con la localización de éstas en el mundo real.

Como los mapas son organizaciones de neuronas corticales sometidas a influencias químicas y eléctricas de estructuras límbicas y mesencefálicas, es posible que un daño en estas últimas desorganice la capacidad topológica y facilitaría la emergencia de mapas aplazados o demorados. La alucinación psicosensores sería la

expresión topológica de informaciones demoradas en el cerebro, y el daño directo rara vez induciría alucinaciones, sino más bien deformaciones en la capacidad de mapeado (ilusiones).

En esquizofrénicos con alucinaciones se observa una se observa, mediante la determinación del flujo sanguíneo cerebral (rCBF) una hiperactividad de ganglios basales y una hipoactividad frontal concomitante. El sistema dopaminérgico, hiperactivado en la esquizofrenia, contribuye en los procesos perceptivos y cognoscitivos.

Dinámica

Afirma que las alucinaciones se deben a huellas en el recuerdo de experiencias catectizadas o contenidas (detenidas o reprimidas). La secuencia sería:

tensión creciente ausencia de objeto de impulso imagen alucinatoria suya
--

La alucinación, según la teoría psicoanalítica, sería la representación sensorial del impulso. Una idea que nace en el inconsciente, que en condiciones normales se da en el sueño y en condiciones patológicas durante la vigilia. Las los psiquiatras psicoanalistas estrictos, las alucinaciones pueden ser interpretadas. Pero el enfermo con alucinaciones corre el riesgo de suicidio o conductas heteroagresivas por lo que su reducción con tratamiento farmacológico es prioritaria frente a preservar el fenómeno con el ánimo de interpretarlo.

Órgano-dinámica

Sostiene que la organización psíquica del ser consciente es antialucinatoria para poder actualizar al sujeto a la realidad de su mundo. La propensión a las alucinaciones se debe a la misma estructura psíquica que se manifestaría como conciencia alucinante. Frente a un insulto, psíquico u orgánico, el enfermo agota su campo de conciencia perdiéndose el acuerdo establecido con la realidad objetiva. Clasifica las alucinaciones en función de:

- La desorganización del ser consciente. Serían las alucinaciones verdaderas.
- La desintegración de los sistemas perceptivos tanto centrales como periféricos. Las llaman eidolias.

Bioquímica

El hecho de que sustancias químicas, naturales o sintéticas, puedan inducir alucinaciones apoya la naturaleza bioquímica del fenómeno. Los alucinógenos tienen acciones similares a nivel cerebral. El LSD induce un silencio bioeléctrico de las neuronas serotoninérgicas del rafe dorsal semejante al que sucede espontáneamente en la fase REM del sueño. La actividad de los alucinógenos parece consistir en:

1. Atenuación de la actividad del rafe dorsal y el locus coeruleus.
2. Aumento de su sensibilidad a estímulos sensoriales.

Lo que daría lugar a una pérdida de la acción moduladora de neuronas encargadas del almacenamiento de información sensorial.

EXPLORACIÓN DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA

Elementos generales

1. *Experiencias alucinatorias* numerosas o continuas, durante horas, días, semanas, de forma persistente o intermitente.
2. *Pérdida de juicio de realidad*. Debe diferenciarse de la aceptación pasiva.
3. *Resistencia a comunicar la experiencia*.
4. *Agrupación sindrómica*.

Identificación de las alucinaciones

Se infieren bien de la reacción del enfermo a ellas o interrogando sobre su existencia. Es necesario preguntar al enfermo si nota alguna sensación nueva o que le provoque sorpresa, perplejidad o temor. Hay 2 estadios:

Estadio agudo: similar en todos los enfermos psicóticos, sean orgánicos o funcionales. Se caracteriza por:

1. Sentimiento de excitación y pérdida de control.
2. Humor disfórico-irritable.
3. Desorganización de la integridad de la conciencia.
4. Organización delirante (delirio).
5. Conducta delirante-alucinatoria.

Estadio crónico: las alucinaciones crónicas son características de la esquizofrenia. Suelen ser auditivo-verbales, que comentan permanentemente la conducta o los pensamientos del paciente.

ALUCINACIONES SEGÚN LA MODALIDAD SENSORIAL

Alucinaciones auditivo-verbales

Pueden presentarse de muchas formas. Son frecuentes en la forma inicial de la esquizofrenia, perdiendo intensidad a medida que el proceso avanza.

Esquizofrenia

El paciente:

1. Oye voces que hablan o dialogan entre sí sobre sus pensamientos.
2. Se siente sujeto de las argumentaciones de las voces.
3. Las voces suelen comentar alguna de las actividades del paciente.
4. Se siente controlado por la experiencia alucinatoria, concluyendo que hay alguna fuerza o complot capaz de ejercer ese control.
5. Pierde el juicio de realidad. No habla de sus alucinaciones espontáneamente.
6. Tiene la conciencia clara.

7.No tiene patología del humor.

8.Presenta un distanciamiento afectivo o falta de resonancia.

9.En las etapas iniciales está perplejo, antes de la organización del delirio.

Manía

Los jóvenes esquizofrénicos y maníacos pueden parecerse en la fase aguda. Algunos autores sostienen que en los maníacos no son infrecuentes las alucinaciones.

Melancolía

En la depresión endógena las alucinaciones auditivo–verbales son raras.

Alucinaciones visuales

–*Elementales*: se caracterizan por falta de figuración. Luces, colores o figuras geométricas que adquieren con frecuencia movimiento. Son raras en enfermos psiquiátricos.

–*Complejas*: la visión presenta caracteres cercanos a la realidad. Ve objetos o seres reconocibles. Las *zoopsias* (ver pequeños animales) son características del *delirium tremens*. Las *alucinaciones liliputienses* son características del síndrome de Charles Bonnet, que es un trastorno alucinatorio en ancianos con patología orgánica central o periférica.

Las alucinaciones visuales deben hacer sospechar una alteración orgánica cerebral o intoxicación por alucinógenos.

Alucinaciones táctiles

Se suelen referir en la dermis. Es frecuente la *formicación o delirio de parasitación o parasitosis* (sensación de animales pequeños circulando por debajo de la piel). Ocurren en las psicosis tóxicas y en patología orgánica, sobre todo en carcinomas de mediastino y pulmón.

Alucinaciones olfativo–gustativas

Son olores o sabores rara vez agradables. Son frecuentes en la epilepsia del lóbulo temporal, en la que no van acompañadas de delirios. Sin embargo, en la patología psiquiátrica el enfermo suele atribuir la percepción al delirio. Si se presentan aisladas hay que descartar procesos tumorales.

Alucinaciones somáticas o cinestésicas o somoestésicas

Son referidas al interior del cuerpo o alguna de sus partes. Puede confundirse con los fenómenos de despersonalización y las alteraciones de la conciencia corporal. Rara vez suceden de forma aislada. Suelen acompañar a delirios de pasividad o indiferencia en los esquizofrénicos. Son características del delirio de negación de Cotard, que pueden presentar esquizofrénicos y melancólicos: el enfermo percibe sus órganos como si estuviesen muertos o en descomposición.

Cuando percibe cambios en el movimiento o posición son cinestésicas o motrices.

Otras alteraciones de la percepción

Autoscopia

Es la visión de uno mismo en el espacio exterior. Descrito en lesiones del cuerpo calloso.

Poliopía

Visión de imágenes múltiples que persisten con los ojos cerrados, con frecuencia en un hemisferio. Son frecuentes en lesiones del lóbulo occipital.

Metamorfopsia

Son distorsiones del tamaño y la forma de los objetos. La *dismegalopsia* es la sensación de cambio en el peso de los objetos. Sugieren procesos expansivos intracraneales.

Imagen eidética

Es la visión actual de una imagen vista en el pasado con los ojos cerrados e involuntariamente. Intervienen mecanismos de la memoria y emocionales.

Alucinaciones hipnopómpicas e hipnagógicas

Las primeras suceden al inicio del sueño y las segundas al final. Son imágenes intensas similares a las que se refieren en los sueños.

PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

Introducción

La memoria es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. Tiene 4 puntos esenciales:

1. Comprende varios procesos: entrada de información, registro y mantenimiento y salida de la información o conductas relacionadas de forma consciente con las inicialmente recibidas.
2. El registro y codificación comprenden mecanismos activos de transformación del contenido y a veces generan modificaciones sustanciales en la reproducción.
3. Se produce en estructuras nerviosas que vehiculan el proceso.
4. Forma parte del conjunto de la vida psíquica, siendo especialmente relevantes las emociones.

Bases de la memoria

Aspectos socioculturales

En nuestro medio es frecuente que valoraciones de notable transcendencia, como exámenes, oposiciones y más aún el testimonio judicial, recaigan sobre el rendimiento de alguna forma de memoria. La memoria es un término muy común y un valor muy apreciado.

Aspectos psicológicos

Podemos distinguir 3 conjuntos:

–Modelos longitudinales o modelos de compartimentos: diferencian varias etapas de la memoria, sobre todo las de breve y largo plazo.

–Modelos transversales o modelos de niveles de comunicación: el defecto del modelo anterior es que la distinción entre las diversas etapas no es siempre clara porque los sistemas de codificación intervienen desde el primer momento y son esenciales en todo el proceso. Este modelo defiende que la memoria depende más de la profundidad de procesamiento o codificación que de las etapas o compartimentos. En relación con este modelo se distingue entre memoria episódica, a través de la cual recordamos dónde y cuando ocurrió algo, y memoria semántica, referida al bagaje de palabras, símbolos verbales y relaciones semánticas.

–Modelos diversos:

–La psicología cognitiva habla de memoria constructiva para referirse a aquellos aspectos activos de la memoria que transforman el material cuando se almacena y se reproduce.

–Por otro lado, hay razones experimentales para pensar que los procesos de recuerdo (recall) e identificación (recognition) mantienen cierta independencia. Estos mecanismos son relevantes en los fenómenos de déjà vu (falso positivo) y jamais vu (falso negativo).

–Además podemos distinguir entre procesos automáticos y por esfuerzo activo. Diferencias de los primeros con los segundos es que utilizan poco caudal atencional, no interfieren en otras actividades cognitivas ni se benefician de la práctica. La afectación de uno u otro tipo de procesos varía según el cuadro.

Aspectos biológicos

Los fenómenos de la memoria involucran la estructura y función nerviosas:

–A nivel celular, las sinapsis electroquímicas intervienen en la memoria inmediata y la síntesis de proteínas y los cambios morfológicos hacen que la información perdure.

–A nivel neurofisiológico, se cree que la memoria inmediata radica en circuitos reverberantes córticosubcorticales. El hipocampo es necesario para la consolidación de casi todas las formas de memoria, excepto las habilidades motrices y ciertos aprendizajes perceptivos básicos. El material verbal ocupa preferentemente el hipocampo izquierdo (dominante) mientras que el no verbal ocupa el derecho. También intervienen el fórnix, cuerpos mamilares y núcleo dorsal del tálamo. La lesión de este área produce el síndrome amnésico. El almacenamiento depende del crecimiento físico de las neuronas y del aumento del número de conexiones sinápticas. Russell propuso que la memoria episódica se aloja en el lóbulo temporal mientras que la semántica es más difusa. Es muy probable que la rememoración radique en estructuras corticales y subcorticales, como el sistema límbico.

–A nivel neuroquímico, se implica sobre todo la acetilcolina, y más recientemente la ACTH, MSH, endorfinas, vasopresina, oxitocina, opiáceos y sustancia P. Casi todos los psicofármacos, incluido el Cannabis, han sido acusados de producir algún problema de memoria. También se han involucrado los digitálicos, diuréticos, metildopa, antiinflamatorios y antibióticos.

Retención y olvido

Hay una serie de factores que favorecen la retención y el aprendizaje: nivel de conciencia suficiente, forma de aprendizaje, motivación, atención, organización del material que hay que memorizar (prosa>verso) y la tonalidad afectiva. Los datos agradables se recuerdan mejor que los desagradables, y éstos mejor que los neutros. Además hay una variación circadiana de la memoria. La edad también influye: la capacidad mnésica crece desde la infancia hasta la adolescencia y decrece después, especialmente en la senectud. La capacidad de

la memoria semántica puede aumentar a partir de la adolescencia. En el anciano hay dificultades de codificación sensorial que se atenúan con un adecuado suministro de la información.

Hay 3 teorías principales respecto al olvido:

1. *Desvanecimiento de la huella* con el paso del tiempo. No explica todas las formas de olvido.
2. *Teoría de la interferencia*, basada en los efectos de proacción (efecto que el aprendizaje de un material produce sobre un segundo material) y retroacción (efecto que el aprendizaje de un segundo material produce sobre el primero).
3. *Olvido motivado o represión*. Esta teoría constituye uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis. Freud propuso que algunas experiencias se olvidan porque son amenazantes y evocan ansiedad y son reprimidas y confinadas al inconsciente. Las huellas no son borradas pero se vuelven inaccesibles a la conciencia. Esta teoría es la que tiene mayor aplicación clínica, sobre todo en psicoterapia.

Exploración clínica de la memoria

Es útil para el diagnóstico y para el pronóstico proporcionando al paciente un mayor conocimiento de su situación. Por ejemplo, el patrón de la amnesia global transitoria es de mejor pronóstico que el de la enfermedad de Alzheimer.

Un esquema de exploración es ordenar los datos distinguiendo entre la información antigua (memoria remota) y la información nueva (memoria inmediata y memoria reciente).

1. La *información antigua* puede afectarse por factores emocionales y psicológicos en forma de lagunas selectivas (por ejemplo: olvida hablar de su primer matrimonio), *lapses* (olvida el teléfono de su casa), equivocaciones orales (llama a su esposa por el nombre de su madre), distorsiones del recuerdo (afirma que se enfrentó a su jefe cuando en realidad fue éste quien le llamó la atención), y simulaciones (el alcohólico que al reincidir dice que aun médico, inexistente, le dijo que podía beber de nuevo).

También puede afectarse por alteraciones orgánicas cerebrales, se afecta tanto la información antigua como la nueva.

Las distorsiones psicológicas surgen en el marco de la entrevista pero para evaluar los patrones orgánicos de afectación de memoria remota es recomendable acudir a pruebas objetivas.

2. La *información nueva* puede alterarse afectándose sólo la información reciente y la información reciente y la inmediata a la vez. Nunca se altera sólo la información inmediata.

La *memoria reciente* se refiere a lo ocurrido o presentado varios minutos u horas antes. Interviene la función de consolidación, que al tener una localización bastante precisa puede tener trastornos específicos. Además suelen presentar alteraciones de la orientación espacial y temporal, que necesitan que la función retentiva esté íntegra.

La *memoria inmediata* se refiere a lo ocurrido o presentado unos segundos antes. Interviene la función de registro, que tiene una localización menos precisa porque depende del canal sensorial y del tipo de información. Se relaciona con las funciones de percepción, atención y conciencia, por lo que trastornos en éstas repercuten en este tipo de memoria.

3. En cuanto al método, el examen se puede realizar durante la entrevista sin test psicométricos, o con ellos para un estudio más detallado. En la entrevista hay 3 vías básicas para obtener información acerca de la

memoria.

a)Lo que el paciente recuerda.

b)Lo que el paciente reconoce o identifica.

c)Lo que el paciente reproduce.

La *memoria remota* se examina a través de lo que el paciente recuerda e identifica. La *memoria reciente* se examina a través de lo que el paciente recuerda, identifica y reproduce. La *memoria inmediata* se examina a través de lo que el paciente identifica y reproduce.

Otros dos elementos de utilidad en la evaluación de los trastornos de la memoria son:

–la diferencia objetiva–subjética en la queja de la memoria.

–la reacción que manifiesta el paciente frente al trastorno: negación, reacciones catastróficas, confabulación o fabulación.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Amnesia

Es un trastorno de la memoria que impide total o parcialmente memorizar (registro, retención y evocación) una información o un período de la vida del individuo.

Tipos

Según una clasificación cronológica:

Amnesia retrógrada

Es una pérdida de memoria que abarca el período previo a la aparición del trastorno, generalmente orgánico, que dio lugar a la amnesia. A menudo va acompañada de amnesia anterógrada.

Amnesia anterógrada

Es una pérdida de memoria que abarca el período consecutivo a la aparición del trastorno, generalmente orgánico, que dio lugar a la amnesia. En todos los casos se afecta la memoria reciente (trastorno límbico).

Amnesia lacunar o localizada

Es una pérdida parcial de la memoria que abarca un período concreto. Se utiliza específicamente para la amnesia que el paciente guarda acerca de un período de trastorno de la conciencia, como obnubilación, estado confusionales o estado de coma.

Amnesias afectivas: por ansiedad, selectiva y psicógenas.

–amnesia por ansiedad: por la influencia de estado de ansiedad excesiva, pánico o tensión sobre la capacidad de fijación. El mecanismo está presumiblemente ligado al aumento brusco de la activación. Por otra parte, la ansiedad puede interferir con los sistemas de recuperación de las huellas ya fijadas.

–amnesia selectiva: pérdida parcial, como en la amnesia lacunar, pero en ésta la información olvidada es más sutil y significativa que brusca y global.

–amnesias psicógenas: similares a las selectivas, pero de mayor gravedad y aparatosidad.

Barbizet divide las amnesias en afectivas y orgánicas. Entre las orgánicas distingue entre axiales y corticales.

Amnesias axiales

Por lesiones de estructuras indispensables para memorizar y utilizar la información: sistema reticular ascendente y sistema límbico.

Amnesias corticales

Por lesiones de zonas de almacenamiento representadas por los engramas neuronales de la corteza de los dos hemisferios.

Formas clínicas específicas de amnesia

Puede ser parte esencial del cuadro clínico o incluso conferirle el nombre.

Amnesia global transitoria (AGT)

Amnesia aguda que dura varias horas (normalmente menos de 24) acompañada casualmente de otros trastornos neurológicos como hemiparesias. A menudo es un único episodio. Afecta más a varones. Hay:

- 1.Una conservación de la memoria inmediata.
- 2.Un trastorno grave de la memoria reciente, que ocasiona un notable cuadro de desorientación.
- 3.Una amnesia retrógrada que abarca varias horas antes de iniciarse el cuadro.

Una vez terminado, el paciente no recordará lo sucedido durante el episodio (amnesia lacunar). Se cree que se debe a una disfunción hipocámpica transitoria por descargas del lóbulo temporal o alteraciones vasculares.

Amnesia postraumática

Es frecuente y de notable interés teórico. Se aprecia en los períodos de trastornos de conciencia, perdura después y alcanza recuerdos anteriores al accidente. La duración de la amnesia postraumática anterógrada guarda relación directa con la gravedad de la lesión cerebral.

Amnesia psicógena

Es la incapacidad súbita de recordar información personal importante en ausencia de un trastorno orgánico cerebral. Puede ser localizada en un período de tiempo de horas o días o sistematizada (selectiva), que abarca ciertos sucesos, o generalizada, más rara vez. Con bastante frecuencia existen acontecimientos precipitantes. Se pueden vislumbrar beneficios secundarios (conducta propositiva) más o menos ocultos.

Síndrome amnésico

Es el trastorno patrón de la memoria que aparece en la afectación de las bases límbicas de ésta. El prototipo es el síndrome de Korsakoff. Se compone de:

1. Conservación de la memoria inmediata.
2. Alteración de la memoria reciente.
3. Capacidad relativamente conservada de la memoria remota con la importante excepción de la presencia de amnesia retrógrada variable del período previo al trastorno.
4. Otras funciones cognitivas y personalidad relativamente intactas.

Hipermnesias

Es un incremento anormal, total o parcial, de la capacidad de memorizar (registrar, retener, evocar). Es preciso considerar la forma en que se ha codificado la información.

Paramnesias

Son distorsiones o errores de la memoria en grado patológico. Constituye un recuerdo deficitario y una rememoración o identificación distorsionada. Se pueden distinguir las paramnesias del recuerdo y las del reconocimiento.

–En las *distorsiones del recuerdo* se incluyen las transformaciones ideativas (es decir, de índole psicológica) que el individuo hace de situaciones o experiencias pasadas.

–En las *paramnesias del reconocimiento* se incluyen la reduplicación o paramnesia reduplicativa, los falsos reconocimientos, el *dejà vu*, *dejà vécu* o *dejà entendu* o sus opuestos *jamaïs vu*, *jamaïs vécu*, o *jamaïs entendu*.

Dos situaciones en las que hay una evocación gravemente distorsionada son:

–La *confabulación*, que es una falsificación de la memoria que aparece en un estado de conciencia lúcida y asociado a una amnesia orgánica. A menudo el trastorno desaparece a un ritmo similar, no idéntico, al ir mejorando la amnesia. Se distinguen 2 tipos:

–Cuando intenta rellenar los graves defectos de su memoria como excusando sus conductas y vivencias que ha olvidado.

–La que excede la necesidad de "relleno" y consta de relatos fantásticos.

La confabulación es patognomónica de la presbifrenia.

–La *suedología fantástica* es el relato falso incontrolado de historias fantaseadas, que llega a creerse, lo cual lo distingue del fenómeno de "soñar despierto". Es muy frecuente en las histerias y en los trastornos facticios.

Cabalgando entre la confabulación y laseudología existe el término fabulación.

Psicopatología de la memoria en trastornos psiquiátricos y en la terapéutica

Trastornos orgánico–cerebrales difusos

En estos pacientes la memoria está siempre alterada, lo que es valioso para el diagnóstico.

En los *cuadros agudos* hay trastornos de conciencia, atención y a menudo percepción. Están afectadas la

memoria inmediata, reciente y remota. Pueden surgir falsas memorias, confabulaciones y falsas identificaciones.

En los *cuadros crónicos* el trastorno de la memoria suele ser de los primeros en aparecer. Al principio son despistes y fallos intermitentes. Evolucionan con carácter larvado. A medida que avanza el cuadro, el paciente parece darse menos cuenta de sus trastornos, da a veces excusas superficiales y con frecuencia existe clara confabulación.

Depresión

Con cierta frecuencia los pacientes deprimidos se quejan de su memoria y a veces de modo prominente. Se ha atribuido a la acentuación de rasgos hipocondríacos y a efectos de la terapéutica. La propia depresión produce alteraciones variadas en la memoria, que incluso pueden remedar una demencia (seudodemencia depresiva). Hay dos repercusiones básicas de la depresión sobre la memoria: la distorsión y la merma.

–La distorsión es la deformación del recuerdo por las perspectivas melancólicas del paciente.

–La merma está bien documentada.

Esquizofrenia

Los pacientes esquizofrénicos que en su primer ingreso tienen un trastorno de memoria tienen un peor pronóstico. Hay un retardo en el procesamiento de la información posterior a la etapa periférica sensorial. Hay un déficit de codificación, tanto en agudos como en crónicos, y un déficit de poscodificación sólo observado en crónicos.

Terapéutica psiquiátrica

La terapia electroconvulsiva (TEC) y los psicofármacos pueden producir trastornos de la memoria.

Los datos objetivos no parecen demostrar ningún trastorno persistente de la memoria asociado a la TEC, pero las impresiones subjetivas de los pacientes han sido a veces discrepantes. El efecto terapéutico de la TEC no depende del efecto amnésico. La corriente de pulso breve y baja energía produce efectos amnésicos mucho menores que la corriente sinusoidal de alta energía para igual eficacia terapéutica.

Las benzodiacepinas tienen ciertos efectos amnésicos. Los antidepresivos tienen un doble efecto: los de mayor actividad anticolinérgica presentan los primeros días un déficit de memoria inmediata y reciente, pero el efecto antidepresivo comporta el efecto recuperador de la memoria. Los antipsicóticos producen probablemente un efecto similar en la esquizofrenia. El litio se ha relacionado con trastornos parciales de la memoria.