Autores:

Autores: Henrry Eduardo Guerra Samaniego
Obra: Fundamentos de psicopatología
Unidad: Fundamentos de psicopatología
Páginas: 168 - 192
DOI del capítulo: https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/13

Referencia APA 7

Guerra Samaniego, H. E. (2026). Psicopatología de la memoria. En P. Jiménez Prado & M. I. Arévalo Vázquez (Eds.), Fundamentos de psicopatología (pp. 168 - 192). EDUCA-PLUS Editorial Académica. https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/13



PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

"La memoria es una función psicológica fundamental, filogenéticamente más antigua que la consciencia. Implica algo más que el simple recordar y está en relación dinámica de aprender y olvidar. Sirve de base para el desarrollo de la capacidad predictiva cerebral" (Hernández, G., 2008).

Es considerada la memoria una parte de las funciones mentales superiores, que interviene en todo proceso de aprendizaje de los humanos y que casi siempre va asociada a procesos sensoperceptivos como escuchar, mirar, olfatear, degustar o motores como el andar, hasta las funciones más complejas y elaboradas y que se extiende hasta un comportamiento social (Corbella, J., 1994). Hay muchas definiciones de memoria, siendo la más simple la planteada por Corbella J. que indica lo siguiente:

Es la capacidad de impresión (grabado), retención y reproducción de los acontecimientos vividos con anterioridad. La memoria es la percepción del pasado, pero no es un simple almacén de recuerdos o una grabación fotográfica o magnetofónica, sino una función cognoscitiva que utiliza y organiza activamente las informaciones recibidas para hacer eficaz la interacción del organismo con el ambiente. La memoria influye en la vida psíquica y biográfica del individuo y esta a su vez, influye en la memoria. (Corbella. J., 1994).

Otros autores definen a la memoria:

"Como la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. La memoria es, por tanto, un proceso psicofisiológico localizado en el sistema nervioso central (SNC), que permite la capacidad de adquirir, de forma consciente o inconsciente, retener y utilizar, con esfuerzo o de forma automática, una experiencia" (Cardoner, N., y Urretavizcaya, M., 2015).

Con esto, es claro inferir que si no tenemos memoria no podemos guardar las percepciones del mundo y tampoco podemos hacer consciencia de lo externo o de lo interno. Recordamos el pasado y el presente gracias a esta función, a tal punto de aplicar la metáfora: "que el cerebro humano es como una grabadora de video que continuamente está almacenando experiencias en cientos de archivos. A lo largo de la vida del sujeto, se amontonan los archivos repletos de información" (Corbella, J., 1994). Psiquiatras como Luis Seni explica que "la memoria humana se debe a la actividad de algunas estructuras cerebrales y a los cambios neuroquímicos, biomoleculares y morfológicos en ellas producidas" (Seni, L., 2003). Aquí ya se toman en cuenta la plasticidad neuronal, la sinaptogénesis y otros procesos descubiertos recientemente, lo que no se sabe es cuánto durará este cambio y si la utilización de estos recursos o el poco uso devendrán en un deterioro de los circuitos cerebrales dentro del envejecimiento o disparado por alguna patología

cerebral (Seni, L., 2003).

Somos nuestras memorias y es gracias a esto que podemos movernos, pensar, hablar, planificar y proyectar, es decir, todo lo que es un comportamiento superior; que incluso nuestras memorias podrían influir en nuestras decisiones de la vida y hasta nuestra identidad. Cuando está indemne la memoria autobiográfica, todo nuestro pasado es guardado en "neuronas abuelas", que esconden el pasado de todo individuo y que le da importancia al momento de anclarse en el tiempo presente. Ya podemos entender la relevancia de la memoria y por qué hay que saber sobre su funcionamiento, su naturaleza y los aspectos psicopatológicos cuando el cerebro enferma (García E., 2018).

El cerebro humano generalmente es flexible y no acrio (duro), y responde a dos procesos: uno es el filogenético, relacionado con la evolución de la especie, y el ontogenético, que aparece en cada individuo. También hay que tomar en cuenta la genética y el medio ambiente, que, sumados, darían lugar a la epigenética. Sí hay que resaltar que la experiencia individual puede llegar a modificar nuestras conductas futuras y que literalmente, como señalan Cardoner y Urretavizcaya (2015), "cada una de nuestras percepciones, sentimientos o reacciones pueden dejar una huella o rastro que se conservan durante un periodo de tiempo determinado ya sea prolongado o efímero".

Cuando queda un rastro o una huella, estos podrían reaparecer, en caso de que haya condiciones adecuadas, y así nuestras experiencias van enmarcando al individuo en relatos que puede utilizar continuamente en su diario vivir. Con lo que memorizamos y aprendemos podemos abrirnos al mundo de una forma real y de esta manera actuar ante las diferentes situaciones que se nos presenten, y a su vez estas memorias van a definir nuestra adaptación al entorno ambiental y social. Ya es conocido que los ambientes enriquecidos favorecen el desarrollo de los cerebros y esto ya ha sido experimentado con animales de laboratorio. Igual en los humanos, si aumentamos las expectativas, el número de experiencias o estímulos, hay mayor número de sinapsis, aumenta el grosor de la corteza cerebral, el diámetro de los cuerpos neuronales y el tamaño de las ramas dendríticas crecen, siendo fundamental tener muchas experiencias con el fin de mantener la capacidad del cerebro y específicamente con la memoria. También se ha encontrado qué causa cambios estructurales en la memoria, ha experimentado en un estudio con los taxistas de Londres, quienes utilizan la memoria y en ellos, el hipocampo se encuentra agrandado (Cardoner, Urretavizcaya, 2015).

Está aceptado que los procesos mnésicos deben ser bien estudiados en psicopatología, ya que participan en distintos fenómenos esenciales, así, hay patrones de experiencia repetitiva y que son parte de un aprendizaje; por ejemplo, la personalidad, que es un conjunto de hábitos o aptitudes que se organizan en rasgos determinados y en las que las experiencias ponen su parte.

Las neurosis, los trastornos de ansiedad, los cuadros fóbicos también están inmersos en este enorme trascurso de eventos, llevándonos a patrones de experiencia repetitivos. En relación con los tratamientos, especialmente las técnicas psicoterapéuticas, tienen como objetivo promover nuevas adquisiciones, es decir otros datos informativos, que sustituyan a lo vieja información que son los que están causando el problema, con lo cual modifican las conductas o aptitudes

En la clínica de salud mental, hay problemas cotidianos que se repiten, siendo los trastornos del sueño y las fallas de la memoria algo que afecta al paciente. Pero también pueden ser los casos de personas que anteriormente, por alguna patología mental grave, recibieron terapia electroconvulsiva (TEC) y quedaron con fallas de memoria a largo plazo, a la espera siempre sobre si podrían recuperarla (Cardoner, Urretavizcaya. 2015).

La memoria no es tanto como la inteligencia con múltiples definiciones y clasificaciones, sin embargo, sí hay que tomar en cuenta que hay muchos autores que quieren influir con su modelos o teorías. Con fines pedagógicas se pondrá en este acápite lo que más se acerque a un pragmatismo y que provoque la menor confusión posible en los educandos que requieran de este apoyo teórico.

13.1. Tipos de memoria

Entrar a la clasificación de la memoria implica toparnos con diferentes tipos, ya que el cerebro, con todas sus funciones ejecutivas, está dinámicamente adquiriendo, almacenando o recuperando información en forma incesante. Todo esto llega a todas las estructuras cerebrales, en donde se activan circuitos, regenerando las bases de la memoria en las diferentes redes neuronales interconectadas (Cardoner, Urretavizcaya, 2015).

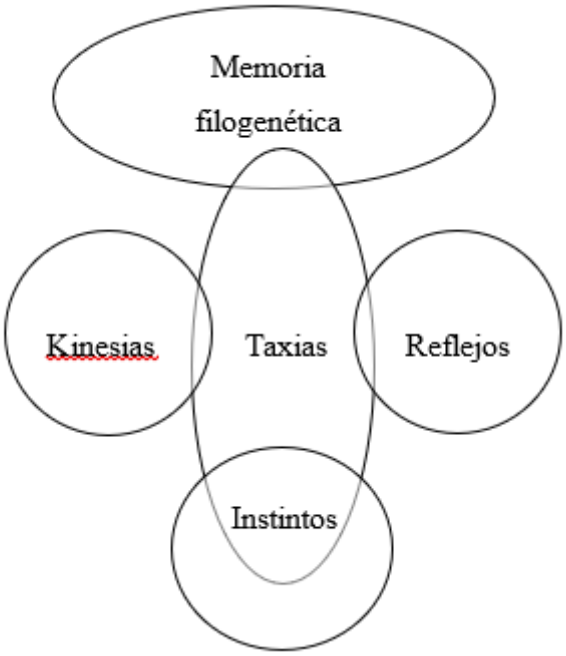
Algo que no se plantea usualmente en los textos es el tema de la memoria filogenética y que pertenece a la especie, en este caso al homo sapiens, y que está preservada en las áreas corticales sensoriales y motoras primarias. “Se registra la experiencia esencial de la especie en su interacción con el medio a lo largo de millones de años, y toda esta información, almacenada en los genes ha posibilitado la supervivencia y adaptación al medio de los humanos” (Cardoner, Urretavizcaya. 2015)”. Esta memoria filogenética tiene como objetivo básico la adaptación de las especies y se registra en el caso de la especie humana durante aproximadamente 100 mil años de evolución; al contrario de lo ontogenético que se va generando durante la vida de la persona.

También se la llama la memoria de la experiencia de la especie y se la puede encontrar en los seres más simples como las amebas, que expresan conductas innatas de origen fisiológico, como por ejemplo las kinesias, en respuesta a condiciones ambientales de luz, calor humedad. También existen las taxias, que, por el contrario, son más elaboradas, y que son respuestas filogenéticas de orientación, con lo cual se puede aproximar o evitar un peligro inminente; pero esto también aparece en las conductas de migración de cigüeñas, salmones, tortugas marinas, y muchos más animales que despliegan un esfuerzo extremo con recorridos enormes de distancia.

Además de las kinesias o las taxias, en algunas especies también se presentan los reflejos, que son reacciones directas de un efecto a la estimulación de un receptor. Es una respuesta refleja o acto reflejo, con estructuras neurofisiológicas más adelantadas, con un receptor sensorial, una vía aferente o sensitiva, centros de conexión y que, cuando hay una estimulación del medio ambiente externo o interno y una vía eferente o motora que estimula a los receptores sensoriales, provoca una respuesta nerviosa de excitación, que por vías aferentes llega al sistema nervioso; a través de neuronas de conexión, se enlaza con vías eferentes y a su vez actúa en músculos, glándulas, con la consecuente respuesta inmediata (Cardoner, Urretavizcaya, 2015).

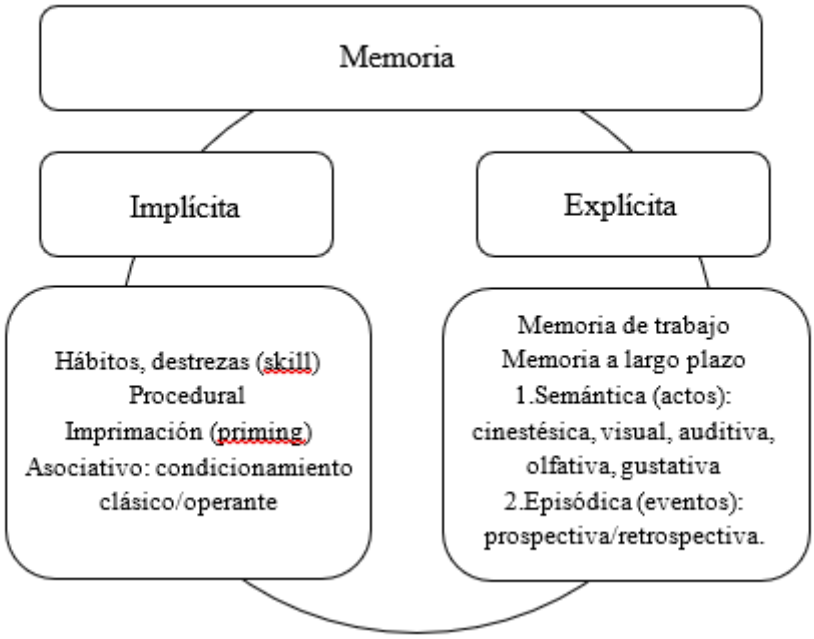
En los humanos, esto es muy claro con cientos de reflejos que van desde el pestañeo, el salivar, el ritmo cardiaco, los vómitos, etc. Junto con los reflejos, van también los instintos que son más complejos que los anteriores, que son invariables en su modo de ejecución y que aparecen en todas las especies; los instintos requieren de un estímulo para desencadenarse. Lo que no se sabe bien es si estos reflejos son heredados o innatos, pero, lo que sí es constante es que esas pautas fijas de acción están modeladas por la experiencia o el aprendizaje, a diferencia de lo innato, que se obtiene con la evolución gracias a las mutaciones y a la selección natural. (Cardoner, Urretavizcaya, 2015).

Ilustración 5.
Tipos de memoria filogenética



Si aceptamos que la memoria ha sido entendida como la habilidad de adquirir, almacenar y recuperar fielmente cualquier información, "provocándose una fijación cognitiva compleja que comúnmente se disocia en una serie de procesos fisiológicos cerebrales coordinados, pero funcional y anatómicamente independientes, que se denomina de forma genérica: adquisición, almacenamiento, evocación, recuerdo y olvido" (Seni, L., 2003) para hacer más sencilla esta explicación recurriremos al siguiente cuadro clasificatorio:

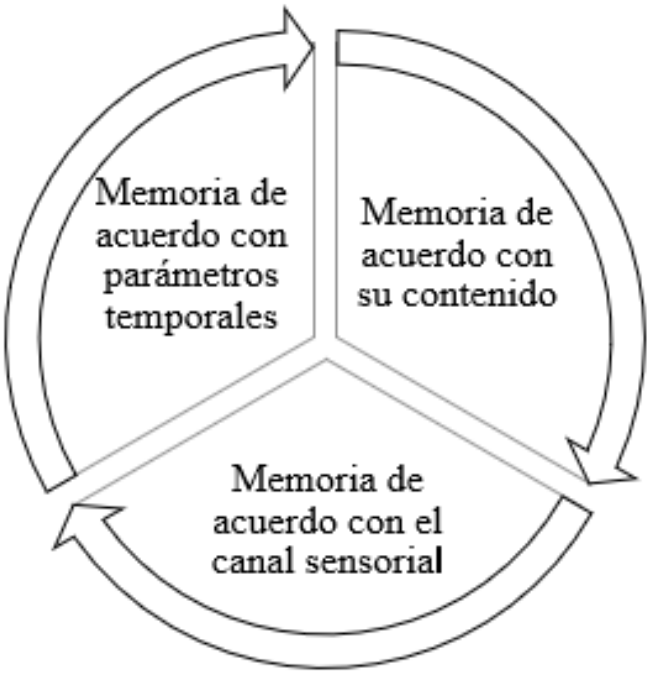
Ilustración 6.
Clasificación de la memoria



Hay otra clasificación de la memoria, de acuerdo con diferentes parámetros, como por ejemplo el temporal, y de acuerdo con su contenido y con el canal sensorial que esté presente.

Podrán apreciarse claramente estos tipos, en la ilustración 7, que se expondrá a continuación:

Ilustración 7.
Clasificación de la memoria de acuerdo con parámetros temporales, contenido y canal sensorial



13.1.1. Memoria de acuerdo con parámetros temporales

La dimensión temporal es muy importante y por eso se la ha tomado en cuenta en esta clasificación planteada. De acuerdo con el tiempo durante el cual es efectiva la memoria, se la clasifica en memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. La memoria reciente o de corto plazo es un almacén de capacidad limitada que codifica básicamente una información con características lingüísticas, en otras palabras, es un pensamiento consciente, es el mínimo de información que se puede retener en la mente en un momento dado. La memoria a largo plazo es un almacenamiento durable, con una retención de información de varios minutos a décadas, además tiene posibilidades ilimitadas y codifica información más por significados que por características. A esta última memoria se la puede dividir en semántica, episódica y de procedimientos (Ostrosky, F., et. al., colaboradores, 2005).

13.1.2. Memoria de acuerdo con su contenido

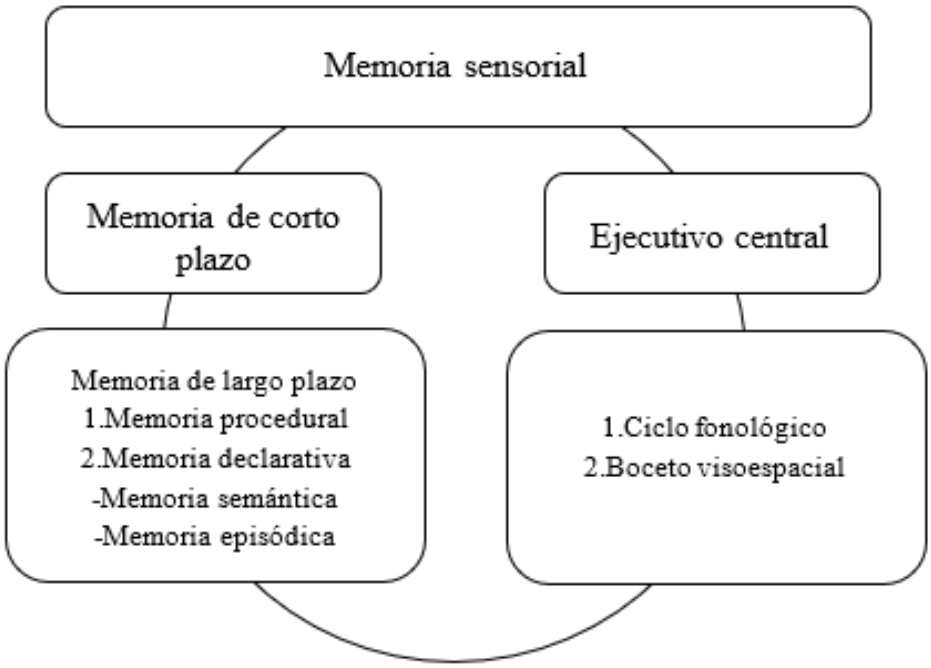
En relación con esta clasificación, tenemos a la memoria que es obtenida por experiencias previas y se aplica a un proceso activo que está siendo actualizado de manera directa por la experiencia.

13.1.3. Memoria de acuerdo con el canal sensorial

"Es la primera etapa en el proceso de la memoria, representa el reconocimiento momentáneo, en el orden de milisegundos, de lo que perciben nuestros sentidos. Percibimos el mundo que nos rodea" (Ostrosky, F., et. al., 2005). A través del tacto, la visión, el olfato la audición y el gusto descubrimos los diferentes estímulos, pero no siempre prestamos atención a esas impresiones sensoriales, lo que nos obliga a pasar a una segunda etapa, que es la memoria a corto plazo (Ostrosky, F., et. Al.,2005).

Hay que resaltar el hecho de que la memoria también puede categorizarse de acuerdo con la naturaleza de lo recordado y así tenemos la memoria declarativa y la no declarativa o procedimental (Solís, H., López-Hernández, E., 2009).

Ilustración 8.
Modelo de memoria



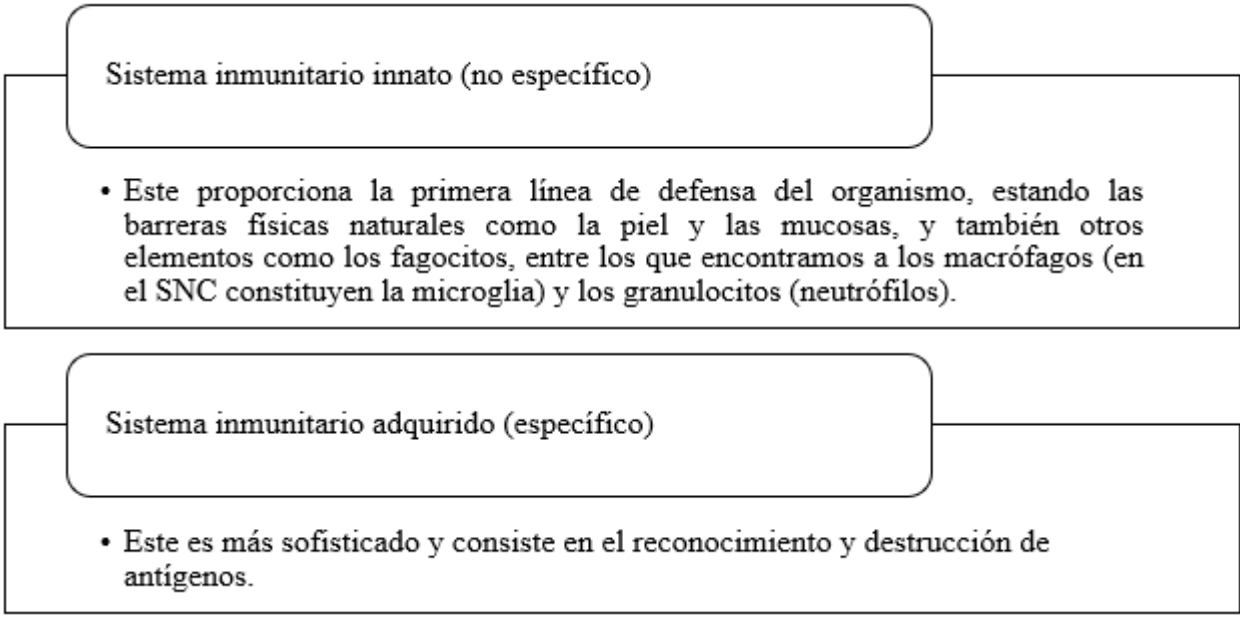
13.2. Psiconeuroinmunología en los trastornos de la memoria

Usualmente en los manuales de psicopatología no se topaban temas de neurofisiología o de psiconeuroinmunología, a pesar de que estudios sobre la interacción mente-cuerpo ya se iniciaron a mediados del siglo XX. Cuando Walter Cannon, un fisiólogo que se adelantó a su tiempo, acuñó el término 'homeostasis' en su trabajo, iniciándose con esto la descripción de los mecanismos fisiológicos que intervienen en un equilibrio físico-químico esencial para el organismo humano y su relación con el estado emocional no solo de este, sino también de otras especies, con expresiones de ansiedad, rabia, estrés, teniendo un gran impacto a nivel de estómago.

Posteriormente, Hans Selye desarrolló el concepto de síndrome general de adaptación, que se presentaba con alteraciones psicofisiológicas; todas estas ideas terminaron en el término *estrés* que ha sido acuñado y mantenido hasta la actualidad. Robert Adler (1975) es un psicólogo, que junto con el inmunólogo Nicholas Cohen, acuñan el término *psiconeuroinmunoendocrinología*, considerando que una señal aversiva canalizada a través del sistema nervioso provocaba respuestas en el sistema inmune (Soria, V., y Col., 2018). Debido a la relevancia de las investigaciones actuales, es imprescindible hacer estos abordajes.

Está compuesto el sistema inmunitario por todas aquellas estructuras y procesos biológicos que defienden al organismo frente a agresiones y que pueden ser de tipo internas (ej.: oncogenes) o externas (ej.: microorganismos patógenos). (Soria, V y Col. 2018). Lo importante de este sistema es mantener la homeostasis, a través de lo específico (innato) y específico (adquirido).

Ilustración 9.
Sistema inmunitario innato y adquirido



Aquí podemos hablar de una memoria inmunitaria, en la que los linfocitos son de gran trascendencia, como unidades básicas.

Esta inmunidad incluye, a su vez inmunidad humoral (anticuerpos producidos por los linfocitos B y el sistema del complemento), y la inmunidad celular (mediada por linfocitos T), que se diferencian en otras subpoblaciones, como las células T citotóxicas (CD8) y las células T cooperadoras (CD4). Los linfocitos natural killer se consideran una tercera población linfocitaria, ya que, si bien se diferencian a partir de un antecesor común a los linfocitos T, no maduran en el timo y son componentes de la inmunidad innata (Soria. V., y Col., 2018).

13.3. Comunicación entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso

El contacto intercelular y la participación fundamental de las citoquinas, proteínas señalizadoras que actúan en cascada, sirven de comunicación entre los diferentes componentes. La comunicación es bidireccional entre el sistema inmune y el sistema nervioso central, incluyendo la inervación vagal, el sistema linfático y su interacción con otros ejes neurohormonales, como el eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA) (Soria, V. y Col., 2018).

Tabla 28.
Funciones de las citoquinas: factores de necrosis tumoral, interferones y otros factores

Citoquina		Fuentes principales	Célula diana	Función principal
Factores de necrosis tumoral	TNF α	Macrófagos	Macrófagos	Activación de células fagocíticas, *shock* endotóxico.
Interferones	TNFβ	Monocitos	Células tumorales	Citotoxicidad tumoral, caquexia
Factores estimuladores de colonias	IFNα	Células T	Fagocitos, células tumorales	Quimiotaxis, fagocitosis, oncostática, induce otras citoquinas
Otros	IFNβ	Leucocitos	Varios	Antiviral
	IFNϒ	Fibroblastos	Varios	Antiviral, antiproliferativa
	G-CSF	Células T	Varios	Antiviral, activación de macrófagos, aumento de función de neutrófilos y monocitos, expresión de MHCI y II en células,
	GM-CSF	Fibroblastos	Células madre en médula ósea	Producción de granulocitos
	M-CSF	Endotelio	Células madre	Granulocitos, monocitos, producción de eosinófilos
		Células T	Células madre	Producción de monocitos y activación
		Macrófagos	Células madre	Producción de células rojas
		Fibroblastos	Células T y B activadas	Inhibe la proliferación de células T y B, inhibe la hematopoyesis de células T y B, facilita la curación de heridas.
		Endotelio		
		Endotelio		
		Células T y células B		

13.4. Neurofisiología de la memoria

La memoria humana es un acto creativo, es decir cuando uno evoca una memoria, esta se hace inestable. Hay circuitos que modulan diferentes tipos de memoria y no es únicamente esa caja mágica llamada hipocampo la única que sirve para guardar información, sino que, por ejemplo, la memoria episódica que tiene un dónde y un cuándo, la memoria semántica que guarda conceptos, definiciones; la procedural, que tiene que ver con la experiencia, siendo la más "on-line", la memoria de trabajo (Guerra, H. y Col., 2019).

"Las bases biológicas más directamente relacionada con la función tiene que ver con las cadenas proteicas del ARN, los lóbulos prefrontal y frontal, el sistema límbico, el hipocampo, amígdala y los ganglios basales" (Hernández, G., 2008). La plasticidad neuronal y la sinaptogénesis son los fenómenos más involucrados en la memoria, por lo que no podemos saltarnos estos conceptos. "La plasticidad neuronal o neuroplasticidad es el proceso que media la reacción estructural y funcional de las dendritas, axones o sinapsis a nuevas experiencias" (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015) e implica una serie de manifestaciones funcionales estructuradas que incluyen la sinaptogénesis, la remodelación sináptica, la potenciación a largo plazo, la modificación de las ramificaciones dendríticas o la neurogénesis. Con los avances en plasticidad neuronal, ya nos aproximamos a un conocimiento de la memoria a nivel celular, con cambios en los siguientes órdenes:

1. Funcionales o bioquímicos, relacionados con fenómenos de neuroplasticidad a corto y largo plazo.

2. Fenómenos de plasticidad neural a largo plazo mediados por cambios estructurales.

Se modifican distintas proteínas preexistentes, debido a fenómenos bioquímicos que facilitan la transmisión y modificación; todo esto conduce a cambios funcionales a corto y largo plazo. Por otro lado, la síntesis proteica y la expresión de los genes conllevan a cambios estructurales, como el crecimiento neuronal o sinaptogénesis, que incidirán en cambios a largo plazo (Cardoner, N., Urretavizcaya, M. 2015).

La potenciación a largo plazo (PLP) es un mecanismo celular fundamental para la memoria, siendo esta una forma de neuroplasticidad en la que la intensidad de respuesta de una neurona postsináptica puede incrementarse tras estimulaciones breves de altas frecuencias. Esta potenciación a largo plazo (PLP) tiene una serie de propiedades que la hacen especialmente importante para los fenómenos de la memoria: a) perdura durante mucho tiempo y se establece rápidamente; b) es asociativa, lo que quiere decir que ocurren concomitantemente una despolarización postsináptica y una activación presináptica; c) es específica, ya que ocurre en las sinapsis potenciadas y no en todas las que están presentes en una neurona (Cardoner, N., Urretavizcaya, M. 2015).

El hipocampo (caballito del mar) es la estructura anatómica que está localizada en la parte medial del lóbulo temporal, en donde la potenciación a largo plazo (PLP) ocurre predominantemente. El hipocampo tiene muchos receptores de NMDA, los cuales son sensibles al ácido glutámico, que es un neurotransmisor excitatorio. La PLP está asociada con receptores NMDA, y al activarse estos, en combinación con la despolarización post-sináptica, permite la entrada de iones de calcio que facilitan la activación de distintas enzimas dependientes de calcio (proteincinasa, calcio-calmodulina o tirosincinasa), lo que ayuda al incremento de la sensibilidad al ácido glutámico, conduciendo a cambios estructurales sinápticos. No está muy claro el mecanismo que provoca estos cambios, lo cierto es que su existencia y su vinculación con los procesos de memoria y que su asociación con la PLP provoca cambios estructurales en las espinas dendríticas postsinápticas, ratificando que es el hipocampo donde se da con más frecuencia. Definitivamente, sin la PLP no se pueden instalar memorias de forma permanente (Cardoner, N., Urretavizcaya, M. 2015).

13.5. Neuroanatomía funcional de la memoria

Hay procesos neurobiológicos que no pueden ser desvinculados, entre los que constan el aprendizaje y la memoria, los cuales nos permiten una vida de relación. Hay que señalar que la interacción funcional repetitiva de diversas estructuras neuroanatómicos, ensambladas en circuitos

neuronales específicos involucrados, establecen un reforzamiento de las conexiones sinápticas implicadas y los cambios de plasticidad sináptica necesarios para establecer los procesos de aprendizaje y memoria (Solís, H., López-Hernández, E., 2009).

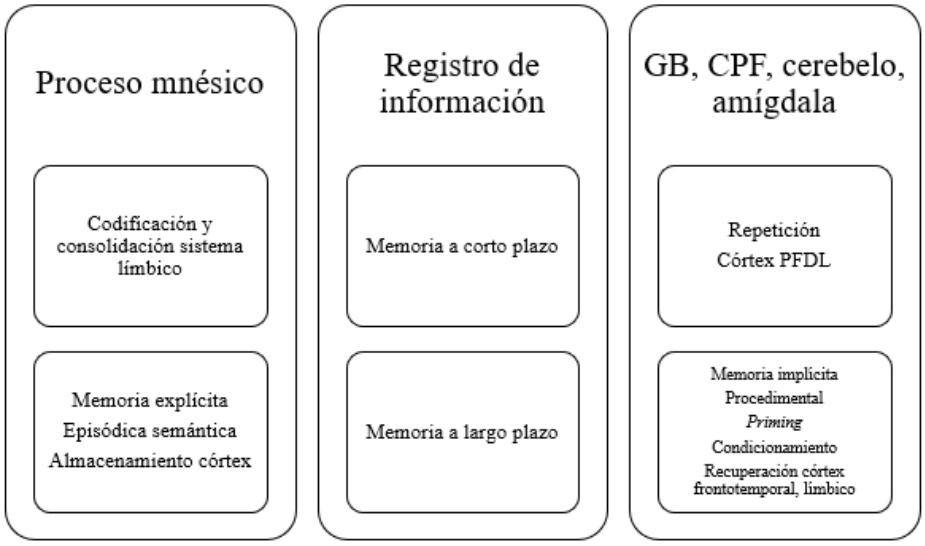
Estos procesos nos acompañan toda la vida, pero pueden verse afectados a cualquier edad, dependiendo de la estructura anatómica afectada; si es el hipocampo el dañado, por ejemplo, será la memoria reciente la que sufra, sumada a una incapacidad para nuevos conocimientos. Si hay otras lesiones encefálicas corticales y neocorticales específicas, se darán lesiones de acuerdo con la zona alterada y el nivel de integración funcional. Se puede decir que los recuerdos, cuando se convierten en una forma duradera, pueden sostenerse. Con el tiempo, tanto la memoria a largo plazo y la capacidad para recordar pueden cambiar y disminuir de manera gradual (Solís, H., López-Hernández E., 2009).

En resumen, "el aprendizaje y la memoria son dos de los procesos a través de los cuales el medio altera la conducta. Es importante considerar que las adaptaciones en el comportamiento son indispensables para la sobrevivencia" (Solís. H., López- Hernández, E., 2009.). Siempre se van a requerir ajustes de los sistemas encefálicos motores, sensoriales y de asociación límbica, unimodal, multimodal, pero también en sistemas más especializados, con el fin de almacenar información, sea de corto o largo plazo, de hechos o procedimientos. Se conoce que el aprendizaje y la memoria no están confinados a una zona específica del encéfalo, ni a un número especializado de células de la memoria que guarden experiencias de nuestra vida y comportamientos aprendidos independientemente del resto de funciones encefálicas. La memoria declarativa sí depende del hipocampo y de estructuras relacionadas, pero en cambio la procedimental involucra al estriado y los vestigios de la memoria de trabajo están en varias zonas encefálicas.

Funcionalmente, el aprendizaje y la memoria resultan de la actividad fisiológica repetitiva de millones de neuronas, conectadas en circuitos neuronales específicos, que llevan al reforzamiento de las conexiones sinápticas y a cambios de plasticidad sináptica En aprendizaje y memoria se activan los segundos mensajeros y se modifican proteínas sinápticas existentes, y algunos de estos cambios temporales se convierten en permanentes, es decir, memoria a largo plazo, debido a la alteración en la estructura de la sinapsis (Solís, H., López-Hernández, E., 2009).

13.6. Síntesis del proceso de memoria

Ilustración 10.
Diagrama del proceso mnésico



En la ilustración 10 se encuentra en síntesis el proceso mnésico y se habla de conceptos como codificación, consolidación, almacenamiento, recuperación, con el propósito de enlazar las distintas fases del proceso amnésico, a partir del registro de la información y finalizando en la evocación o recuperación, en forma de recuerdo. La información ambiental, es decir, del propio organismo que entra a través de una vía sensorial, se concreta en la memoria a largo plazo (MLP). Puede quedarse o perpetuarse en la memoria de corto plazo (MCP), hasta que pase a ser memoria a largo plazo (MLP). La transición de memoria a corto plazo (MCP) a memoria a largo plazo (MLP) es, metafóricamente hablando, como una grabación exacta de la información, sino que esta es procesada, lo cual se denomina codificación.

La información adquirida se codifica en el córtex de asociación y se transfiere al sistema límbico (complejo hipocampo-entorrinal). Esta codificación permite su evaluación, asociación e integración con información preexistente, para luego poder conducirla a una consolidación como memoria a largo plazo (MLP). Otros investigadores sugieren que la codificación inicial en memoria explícita y la subsiguiente consolidación presentan sustratos biológicos diferenciados. Con una mejor consolidación, hay una mejor resistencia al olvido, sin que se conozcan hasta el momento los sustratos biológicos de la consolidación, aunque sí se conoce que el sistema límbico, como la formación hipocámpica y las regiones adyacentes, tienen un papel fundamental. La información adquirida se guarda en distintas regiones del córtex cerebral, habiendo una asimetría hemisférica en este almacenamiento; el hemisferio izquierdo está más especializado en información verbal o semántica, guardándose en el derecho lo autobiográfico o información no verbal. Se conoce que el almacenamiento es un proceso cortical, el sistema límbico sí juega un papel importante para realizar el trasvase o vinculación de la información. Lo almacenado debe ser recuperado (ecforia), siendo el proceso por el cual las claves de recuperación interactúan con la información almacenada y activan la representación de la información deseada. Parece que aquí hay un mecanismo detonante que se origina en el córtex prefrontal y temporal anterior. En esta ecforia o recuperación es importante la participación del córtex prefrontal, pero también incluiría la activación y movilización de circuitos neurales relevantes, una selección de información, entre las distintas alternativas y la monitorización del proceso de post-recuperación. Cabe señalar que la región temporal, mediante su asociación con el sistema límbico, podría coordinar el acceso a los engramas o trazos de memoria codificada en el córtex de asociación. Si hay alteraciones en el proceso de recuperación, puede aparecer una amnesia retrógrada que también puede ocurrir tras lesiones fronto-temporales, sin lesión de las estructuras mediales límbicas o temporales y en las que el sistema límbico también podría actuar (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015).

13.7. Mecanismos del proceso del recuerdo y del olvido

Ilustración 11.
Diagrama sobre el proceso del recuerdo

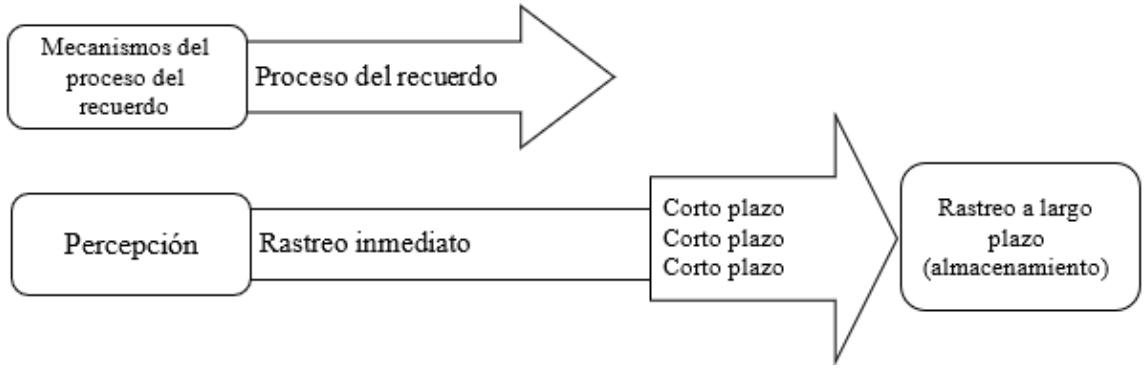
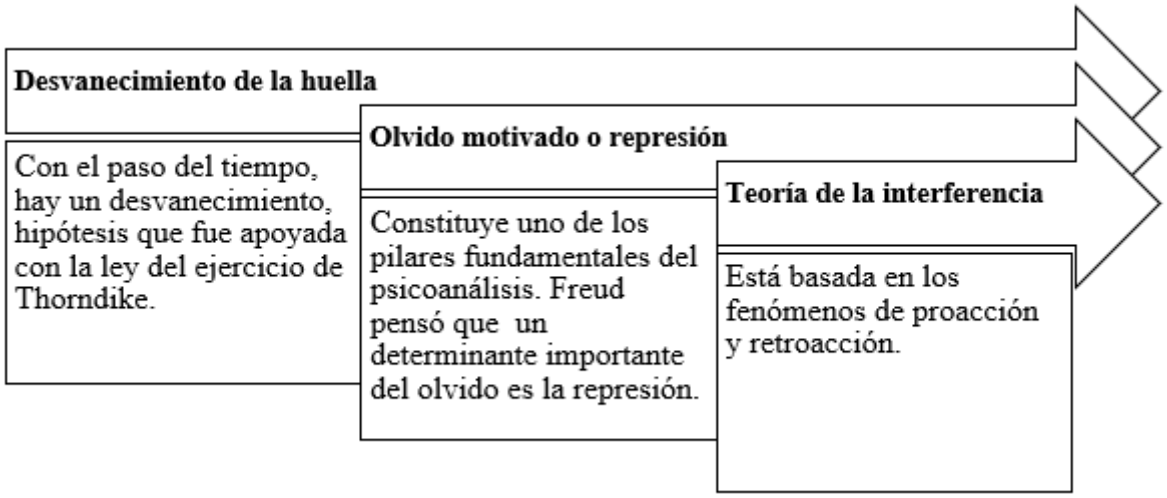


Ilustración 12.

Diagrama sobre el proceso del olvido



13.7.1. Recuerdo

El recuerdo de la información tiene un proceso que consta de tres etapas:

1. **Registro:** Primeramente, hay que registrar la información, con el fin de pasar a un almacén temporal o memoria de corto plazo (Ostrosky, F. y Col., 2005).

2. **Retención o almacenamiento:** Hay que guardar la información y para ello es importante prestar atención a situaciones relevantes, asociándola con cosas conocidas, para luego analizarla, elaborar los detalles y repetirla, todo lo cual le da una significación más profunda a la información, aumentando de esta manera la oportunidad de recordarla. La atención, asociación y repetición son procesos fundamentales. Hay que prestar atención a lo que necesitamos recordar, siendo limitada la memoria corto plazo (MCP), es decir, que es poco lo que podemos retener, hay que enfocarse en lo que es relevante. Hay un proceso activo, que es la asociación, que la activamos continuamente cuando registramos información nueva que codificamos, la misma que se conecta e incorpora con otra información relevante que ya existe en nuestra memoria permanente. La asociación es inconsciente y hay que convertirla en consciente, asociando la nueva información con lo conocido, y esto aumenta la posibilidad de guardar mejor la información (Ostrosky, F. y Col., 2005).

3. **Recuperación:** Es traer la información almacenada en la memoria de largo plazo al estado consciente, extraída de la memoria de corto plazo. Cuando el paciente se queja sobre fallas de memoria, es que se centra en la incapacidad para recordar la información que está almacenada. Se puede recordar la información a través del reconocimiento y evocación. La evocación es la búsqueda autoiniciada de la información almacenada en la memoria de largo plazo (MLP) y el reconocimiento es percibir o reconocer la información entre varias opciones. El reconocimiento es más fácil que la evocación libre, la que puede ser accionada con un pensamiento, imagen, sonido, palabra, olor, lo cual ayuda a la recuperación de lo ya almacenado en la MLP (Ostrosky, F. y Col., 2005).

Es necesario aclarar que la transferencia de la memoria sensorial hacia la memoria de corto plazo (MCP) necesita de atención; la transferencia de la memoria de corto plazo (MCP) a la de largo plazo (MLP) requiere repetición y organización.

"Al parecer, la memoria inmediata no depende del RNA y es probable que tenga un carácter eléctrico, mientras que la memoria a largo plazo depende del RNA y se ve afectada por cualquier fármaco que interfiera con la síntesis" (Pryse-Philips, W., Murray, T. J., 1982). La memoria a corto plazo depende de las estructuras subcorticales, en la que se incluiría al circuito de Papez. El almacenamiento en las estructuras corticales en cambio es difuso. Tenemos que aclarar que el recuerdo es activo, producto de la movilización de las memorias inmediatas y recientes o a largo plazo y en el que la línea del tiempo la desvanece. Se habla de un mecanismo conocido como "construir en lo caído" en la memoria (olvido fisiológico). Con estimulación cortical se ha demostrado que, aunque la mayor parte de la información no se la encuentra fácilmente, permanece almacenada. Las circunstancias también pueden alterarla, especialmente si el evento que se desea recordar es de importancia. La repetición y la reproducción son estrategias que ayudan a la retención, pero también la motivación a algo, especialmente por aspectos emocionales (Pryse-Philips, William., Murray, T. J., 1982).

También hay una serie de factores que favorecen la retención y el aprendizaje, en el nivel de consciencia adecuado, la forma de aprendizaje, la motivación, la atención y la organización del material, así la prosa se memoriza menos que en verso, todo esto asociado a la tonalidad afectiva. En los ciclos de vida, se evidencia que se incrementa la memoria desde la infancia hasta la adolescencia, con un declive en el adulto mayor. El olvido se ve favorecido por el producto inverso de los factores citados. Los estados confusionales, un aprendizaje insuficiente o malo y la falta de motivación y atención, una tonalidad afectiva neutra y la vejez se suman en la creación de un fenómeno pasivo de olvido (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015).

13.7.2. Olvido

El olvido, según Ebbinghauss, sigue una función logarítmica, comenzando rápidamente o disminuyendo después. Hay muchas teorías que se proponen para entender el olvido, de las que mencionaremos las más importantes.

- Desvanecimiento de la huella
- "Cuando el material se repite y se repasa, se potencia el recuerdo y con la inactividad el recuerdo se desvanece hasta desaparecer" (Cardoner N., Urretavizcaya, M. 2015).
- Olvido motivado o represión
- Se sustenta en la teoría de Freud y se refiere a la función de rechazar y mantener un recuerdo fuera de la consciencia, esto también podría aplicarse para el olvido normal.
- Teoría de la interferencia

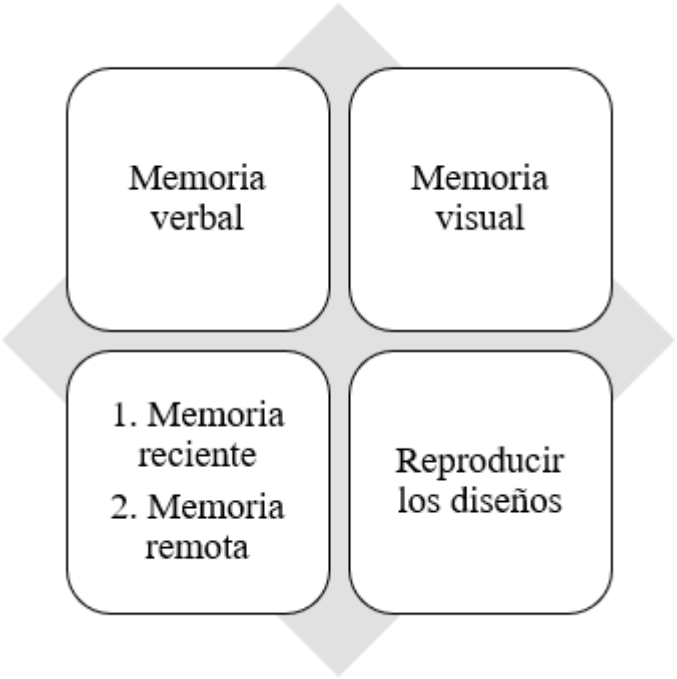
Con dos tipos de interferencia: la proacción y retroacción. La primera designa el efecto obstaculizador que propone un aprendizaje sobre la memorización de un segundo aprendizaje. La interferencia retroactiva designa el efecto obstaculizador que ejerce un segundo aprendizaje sobre el recuerdo del primer aprendizaje. La importancia de estas interferencias es mayor cuando existe semejanza entre las informaciones que se desea recordar y las interferencias. Esto puede ser aplicado a ciertas situaciones comunes como el aprendizaje y el lenguaje. También hay otros factores, como el grado de aprendizaje de cada tarea y los intervalos de tiempo (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015).

13.8. Exploración de la memoria

Dentro de la exploración del estado mental, se encuentra el estado cognoscitivo, que va a evaluar atención (recuerdo inmediato concentración y vigilancia), orientación, lenguaje (fluidez, comprensión, repetición, denominación), memoria (memoria verbal y visual), capacidad de construcción, funciones cognoscitivas (juicio práctico, abstracción (Mueller, J., Kiernan, R., Langston, J.W., 1989). "La exploración de la memoria permite identificar si se conserva o no la función cognitiva de retención, fijación, evocación y pérdida del recuerdo" (Hernández, G. 2008).

Es fundamental hacer la exploración de la memoria verbal y la visual. En la memoria verbal, se explora usualmente la memoria reciente, "con lo que se puede obtener una impresión general de la memoria del paciente por la manera en que presenta lo que pasa y la memoria remota" (Mueller, J., Kiernan, R., Langston J.W., 1989). En la memoria visual, se puede solicitar a los pacientes que reproduzcan los diseños o relaten los detalles de imágenes, luego de un retraso de segundos o minutos (Mueller, J., Kiernan, R., Langston J.W., 1989).

Ilustración 13.
Exploración de la memoria



13.8.1. Memoria verbal

Es la manera que presenta lo que le pasa. Ya puede darnos una impresión rápida y general, por ejemplo, podría preguntarse: ¿recuerda el nombre de la persona que le está atendiendo? En esto ¿hay consistencia interna o hay contradicciones o falsedades? O puede ser que esté confabulando al decir que no sabe por qué está ahí. ¿Existe algún momento en que el examinado ha tenido problemas de memoria?, si es positiva la contestación, se podría profundizar esta cuestión al preguntar: ¿es incapaz de recordar la información personal? (amnesia orgánica), o hay incapacidad selectiva para recordar información (amnesia psicógena) (Mueller, J., Kiernan, R., Langston J.W. 1989).

13.8.2. Memoria reciente

Se trata de recordar los datos ocurridos durante los últimos minutos o días, aunque la orientación de sitio y tiempo refleja también la memoria (Mueller, J., Kiernan, R., Langston J.W., 989). Lo más utilizado en esta exploración es la repetición de dígitos o palabras, hasta un máximo de siete, ya que el sistema no es capaz de retener más. En síntesis, se valora esta memoria pidiendo a la persona que aprenda nueva información.

13.8.3. Memoria remota

Exploración de la memoria y concentración

- Conteo de dígitos hacia adelante. Normalmente se puede repetir siete dígitos hacia adelante inmediatamente después de que lo escuchamos.

- Conteo de dígitos en sentido inverso. Los sujetos normales pueden repetir cuatro dígitos en sentido inverso al escucharo. Esta prueba, además de valorar memoria, también evalúa concentración y la capacidad para manejar conceptos abstractos en este caso los números. Una variante es solicitarle a la persona que deletree la palabra “mundo” al revés.

- Prueba 100-7. Normalmente se puede restar siete en forma seriada, desde cien hasta dos en menos de sesenta segundos con tres o menos errores. Es buena esta evaluación cuando se llevan a cabo varios exámenes, ya que los siete pueden restarse a partir de ciento uno o ciento dos sin problema alguno. Siempre hay que llegar con la prueba hasta el final, ya que los errores usualmente se hacen evidentes conforme avanzan las restas.

- Tres objetos. Un sujeto normal puede repetir el nombre de tres objetos (ej.: lápiz, perro, montaña), cinco minutos después, se le pide que repita, y para que no haya sesgos, se puede distraer al evaluado con otras conversaciones.

- Sucesos remotos. Un sujeto consciente recuerda sin problema su fecha de nacimiento (día, mes, año) y su estado civil. Podría también solicitarse, en caso de tener descendencia, la fecha de nacimiento de sus hijos (Pryse-Philips, W,, Murray, T. J.,1982).

13.8.4. Capacidad de construcción

Es de utilidad esta prueba para identificar la existencia de enfermedad cerebral orgánica. Se pide a la persona evaluada que copie dibujos, manipule bosques o reconstruya una figura, utilizando fragmentos de esta. Para llegar a una conclusión sobre la capacidad de construcción del paciente, es importante que se valore su agudeza visual, funciones motoras, como fuerza, praxis y coordinación, más la sensación táctil. También se puede pedir que estudie dos figuras durante diez segundos y que luego reproduzca lo que recuerda. Para hacer esta prueba se requiere un recuerdo visual inmediato intacto, además de una capacidad visual importante.

13.8.5. Cálculos

Hay que tomar en cuenta el grado de instrucción del evaluado y los antecedentes profesionales, antes de someter a prueba su capacidad para hacer cálculos. La tarea de sietes puede ser aplicada, en la que se pide que sustraiga siete de cien y a continuación siga sustrayendo siete veces. Solo cerca de dos terceras partes son capaces de llegar a cerca de cincuenta sin equivocarse. Para esta prueba se requiere también concentración sostenida y se altera con facilidad a causa de ansiedad,

por lo que no debe tomarse como prueba de discalculia (Mueller, J., Kiernan, R., Langston, J.W., 1989).

13.9. Trastornos de la memoria

A partir de la esperanza de vida en el planeta, que se ha tenido desde el comienzo del siglo XX, se ha pronunciado una nueva epidemia: los mayores de sesenta y cinco años tienen un alto riesgo de padecer un síndrome demencial, caracterizado por pérdida de memoria y de capacidad cognitiva. "El número absoluto de muertes registradas anualmente por demencias se ha incrementado veinte veces en las dos últimas décadas, ha pasado de menos de 40 a más de 800 por año" (Solís, H., López-Hernández, E., 2009). En los seres humanos, hay dos procesos que nos diferencian del resto de especies y estos son el aprendizaje y la memoria, y para esto se necesita una actividad fisiológica repetitiva de millones de neuronas, conectadas en circuitos neuronales específicos que producen un reforzamiento de conexiones sinápticas involucradas y cambios de plasticidad sináptica, necesarios para estos fenómenos neurobiológicos. Tenemos que saber que la propiedad más espectacular del encéfalo es su capacidad para almacenar información y recuperar gran parte de esta a voluntad del humano, pero también es admirable la capacidad normal y a veces anormal para olvidar la información acumulada (Solís, H., López-Hernández, E.,2009).

Alarcón R.D y O. de León (1986) señala a los trastornos de memoria como de gran importancia y que caracterizan primariamente a un gran número de los llamados síndromes orgánico-cerebrales e incluso se los considera síntomas patognomónicos de estos. Otro grupo de trastornos son las llamadas distorsiones de la memoria, que están relacionadas con las dos más importantes fases del proceso mnésico. Una clasificación frecuente y sencilla se podrá ver en la siguiente ilustración (Ilustración 14)

Ilustración 14.

Clasificación frecuente y sencilla de la memoria

Trastornos cuantitativos	Trastornos cualitativos
•Hipermnesias •Amnesias: generales progresivas de fijación, evocación o global. Parciales: lacunar o selectiva •Amnesias según su etiopatogenia: •Amnesias orgánicas •Amnesias psicógenas •Amnesias simuladas •Amnesias según su extensión: •Total •Parcial •Selectiva •Amnesis según su curso: •Aguda •Subaguda •Crónica •Amnesis según su desenlace •Reversible •Irreversiblxe	•Ilusión del recuerdo • Delusión del recuerdo • Errores en la localización del recuerdo: • En el tiempo: déja vu • En el espacio: déja veçu • Desórdenes de identificación. • Falsos recuerdos y reconocimiento: Capgras, doble o sosias • Fabulación

13.9.1. Trastornos cuantitativos

13.9.1.1. Hipermnesias

Se transforma en síntoma psicopatológico cuando aparece conjuntamente con otros síntomas, usualmente más severos. Puede haber en sujetos y excitados o eufóricos, presentando aumento extraordinario de la capacidad de recordar. "Tener una memoria prodigiosa concentrada en un ámbito acotado es característico del síndrome savant. Quienes lo sufren suelen presentar deficiencias y limitaciones graves en la mayoría de las funciones mentales (García Emilio.2018. Pág: 115)". También puede haber una hipermnesia selectiva, en el caso de algunas personas con retardo mental que tienen una poco usual capacidad para grabar números o cifras. En otras ocasiones puede ocurrir en trances de muerte o en estados febriles, en estados crepusculares de los epilépticos o histéricos, advirtiéndose un incremento de fenómenos evocativos, a pesar de que se sabe que el mecanismo subyacente es diferente (R.D. Alarcón, O de León. 1986).

13.9.1.2. Amnesias generales progresivas de fijación, evocación o global. Parciales: lacunar o selectiva

- **Amnesias orgánicas**

Generalmente, es la pérdida de la función mnésica, teniendo múltiples clasificaciones de este síntoma (a veces elevado a la categoría de síndromes). También se lo conoce como trastorno neurocognitivo mayor, el mismo que es "adquirido y que cursa con un importante declive cognitivo en uno o más de los dominios, que va desde la atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, capacidad perceptivo-motora, cognición social" (Black, D., Grant, J., 2016).

- **Amnesia anterógrada**

"Es la incapacidad de aprender o retener los nuevos hechos que tengan lugar tras el acontecimiento o lesión causal de la amnesia" (Alarcón, R. D., De León, O., 1986). Con esta amnesia se puede recordar perfectamente sucesos ocurridos en el pasado, previos a la lesión, pero estas personas son incapaces de retener información posterior a la lesión. Afecta esta amnesia a una vasta gama de aprendizajes, excepcionalmente a modalidades específicas como material verbal o visuoespacial. La extensión del déficit, su pronóstico y la recuperación van a depender mucho de su etiología. Se considera que estos sujetos son incapaces de formar memoria de tipo declarativa; además son incapaces de declarar, hablar o pensar sobre las experiencias vividas a partir del trauma cerebral. En esta amnesia se pierde la capacidad para aprender relaciones a distintos estímulos, incluido lo témporo-espacial, donde ha ocurrido y el orden de la ocurrencia; todo esto incidirá directamente en la memoria episódica, con una falla en el recuerdo de informaciones biográficas de la persona afectada. La afectación del aprendizaje de nuevas informaciones contrasta con la conservación del conocimiento general o el vocabulario (memoria semántica). Estos déficits también abarcan aspectos semánticos de la memoria, debido a que son incapaces de aprender el significado de nuevas palabras o aspectos generales desconocidos antes de que ocurra la lesión (Cardoner, N., Urretavizcaya, M. 2015).

- **Amnesia retrógrada**

Es la incapacidad de recuperar información que había sido guardada previamente al inicio del trastorno y que puede ocurrir durante traumatismos craneales o shock físico-psíquico-enfermedad. Podría suceder después de una terapia electroconvulsiva (TEC). Ventajosamente, es una pérdida temporal de memoria para los recuerdos previos. Puede localizarse minutos u horas

anteriores a la lesión, raramente extenderse a varios meses o años. La gravedad va a depender de la naturaleza y gravedad de la noxa que la ha provocado. La recuperación de la memoria sigue un eje temporal inverso a la pérdida, así tenemos que se recuperan los recuerdos más antiguos y luego los recientes. Los recuerdos más próximos a la lesión o de los minutos anteriores no lleguen nunca a recuperarse, como ocurre con algunos pacientes que recibieron TEC, hay una destrucción o borrado de los contenidos almacenados en la memoria. Puede haber en algunos casos una recuperación gradual de la información, lo cual apoyaría a una interferencia o disfunción de los mecanismos de recuperación o búsqueda de la información ya grabada. Si se llegara a recordar algo, estos contenidos serán muy pobres y de pocos detalles, con dificultad para ubicarlos témporo-espacialmente, además, no podrán textualizar los recuerdos. Está afectada la memoria explícita o declarativa en aspectos episódicos como semánticas. La persona afectada podrá olvidar conocimientos generales, vocabulario, etc., si la extensión de la amnesia es grande, pero la memoria de tipo implícita estará preservada (Cardoner, N., Urretavizcaya, M, 2015).

- **Amnesia lacunar**

Es llamada también amnesia localizada y se refiere a una pérdida parcial de memoria que abarca un periodo de tiempo limitado. Se presenta en los estados alterados de consciencia como es el caso del estado de coma, obnubilación o la confusión. Las funciones de adquisición, codificación o consolidación de la información no funcionan y si existieran, mínimas o disminuidas. Hay un periodo de amnesia que se limita al espacio en que el enfermo ha presentado el estado de disminución de la consciencia o vigilia (Cardoner, N., Urretavizcaya, M. 2015).

13.9.1.3. Amnesias psicogénicas o afectivas

A estas amnesias se les llama también funcionales y se caracterizan porque los mecanismos fisiopatogénicos pueden ser intensos y con ansiedad (que interfieren con percepción y comprensión), represión de conflictos (obstaculizan la evocación). O solución inconsciente de estas (amnesia histérica). Generalmente aparecen en sujetos predispuestos y con ciertos rasgos de personalidad, pero también personas aparentemente sanas, si se puede develar clínicamente el proceso patogénico. Se presentan casi siempre en forma parcial, lacunar o selectiva, usualmente aguda, abarca el pasado inmediato y/o reciente (es raro que afecte el pasado remoto), reversible y puede ceder espontáneamente o después de intervenciones terapéuticas especiales como la sugestión, hipnosis, narcoanálisis o confrontación (Alarcón, R, D., De León, O., 1986). “La amnesia disociativa se caracteriza por la incapacidad de recordar información autobiográfica importante; normalmente es de naturaleza traumática o estresante y debe ser lo bastante extensa como para no poder explicarse mediante el olvido ordinario” (Black, D., Grant, J., 2014). En este cuadro la persona se encuentra usualmente confusa y perpleja, sin poder recordar la información personal esencial y ni siquiera su propio nombre. Este cuadro aparece normalmente en forma súbita y puede durar de minutos a días e incluso más tiempo, pero en general dura menos de una semana. Se citan dos formas principales: a) amnesia localizada o selectiva para ciertos sucesos concretos y b) amnesia generalizada de la propia identidad y vida. Pueden narrarse estos fenómenos como un tiempo perdido o una laguna en sus recuerdos, pero lo que más ocurre es que no se dan cuenta al principio de presentar amnesia. También se reconoce que la fuga disociativa es ahora un especificador de la amnesia disociativa y no un diagnóstico aparte, aclarando que posiblemente se trata de un cuadro infrecuente que se diagnostica rara vez y que generalmente ocurre en un periodo de amnesia. En la fuga hay una escapada súbita e inesperada de casa o del puesto de trabajo, la amnesia asociada se presenta como una incapacidad de recordar el propio pasado y la asunción de una nueva identidad que puede ser parcial o completa; esta puede durar meses y formar un complejo imbricado de viajes y formación de la identidad (Black, D., Grant, J. 2014).

13.9.1.4. Amnesias simuladas o fingidas

Estas pueden ser detectadas gracias a las inconsistencias internas de la versión que proporciona el sujeto, o a inconsistencias externas resultantes de la validación que propone el entrevistador. Saber sobre la personalidad y las circunstancialidades que rodean al incidente permitirán a un clínico avezado descubrir el engaño o distorsión deliberada de los acontecimientos, enmascarados como intentos de aparecer amnésicos. En los trastornos psicopáticos o los sociópatas son los que usualmente, recurren a este tipo de estrategias con fines obvios de provecho o ganancia secundaria, con el fin de evadir la ley (Alarcón, R. D., De León, O.,1986).

13.9.2. Trastornos cualitativos

También se les llama distorsiones mnésicas o paramnesias se deben frecuentemente a fallas en los procesos de evocación, reconocimiento y localización del recuerdo. Dentro de esta lista tenemos algunas alteraciones.

13.9.2.1. Ilusión del recuerdo

Es una alteración no deliberada del contenido mnésico, teniendo un resultado inocuo o dañino y puede ocurrir en el caso de un paciente deprimido (que solo recuerda sus fracasos), o en un paciente conversivo-disociado que falsifica los recuerdos en función de su egocentrismo y de su necesidad de proveerse continua autoseguridad Alarcón, R. D., De León, O., 1986).

13.9.2.2. Delusión del recuerdo

En estos casos, el sujeto altera fechas, eventos, personas, situaciones y detalles con que los esquizofrénicos falsean su pasado reciente. Hay que dar énfasis a la calidad pretérita de la evocación más que a la escasa modificación de la convicción (Alarcón, R. D., De León, O., 1986).

13.9.2.3. Déja vu y déjá veçu

Aquí hay distorsiones en el reconocimiento del recuerdo, caracterizadas por la sensación que tiene la, persona de haber visto (déjá vu) o experimentado (déjá veçu) con anterioridad el lugar o la situación en que se encuentra en el momento, quedando la sensación que nunca es categórica o completa. Puede observarse en fenómenos conversivos o antes de una crisis epiléptica del lóbulo temporal. “Una variante de ocurrencia infrecuente es el fenómeno llamado jamais vu, en el cual el individuo tiene la impresión de no haber estado antes en el lugar donde se encuentra en el momento y que le es de sobra conocido” (Alarcón, R. D., De León, O., 1986).

13.9.2.4. Desórdenes de identificación

Se presentan en dos formas: cuando el sujeto considera a extraños como amigos o parientes, o cuando niega enfáticamente que sus amigos o parientes sean tales e insiste en que son más bien impostores o dobles. Esto se lo puede ver en esquizofrénicos paranoides o en sujetos con “psicosis histérica”. Neurológicamente, la prosapognosia no explica el síndrome de Capgras, ya que en aquel la atribución de identidades falsas es generalizada y no selectiva como en el Capgras. Otros autores plantean el delirio de interpretación de Sériux y Capgras “como locura razonada, que consiste en una necesidad o manía de explicar, descifrar o interpretar todo en relación con un sistema de referencias fundamental para el delirante” (Garciandía, J. A., 2008). Se ha sugerido que, funcionalmente, el desorden de identificación se debe a una excesiva concreción de las imágenes

mnésicas, de forma que el individuo retiene los detalles más minuciosos de las características de las personas con las cuales alterna. Cuando ve nuevamente al sujeto, compara la nueva percepción con la imagen mnésica y, "al comprobar algunas discrepancias, concluye que la persona no es la que dice ser. Evidentemente, la alteración mnésica se concatena a esta altura con el carácter delusional del proceso cognitivo" (Alarcón, R. D., De León, O., 1986).

13.9.3. Formas clínicas de amnesia

13.9.3.1. Síndrome amnésico

Aquí se encuadran aquellas personas en los que una disfunción o lesión cerebral produce un déficit de la memoria, sin que haya otras alteraciones cognoscitivas o intelectuales significativas. Cuando hay un síndrome amnésico puro estas alteraciones se manifestarán con una capacidad intelectual inalterada y sin alteraciones en la atención, lenguaje, percepción o habilidades motoras sensoriales. Hay un deterioro en la capacidad para aprender información nueva (amnesia anterógrada), puede asociarse o no con una incapacidad para recordar acontecimientos pasados o información ya aprendida (amnesia retrógrada). Está siempre presente el olvido progresivo que impide recordar, pero la dificultad para recordar información aprendida previamente se presenta de forma más variable, incidiendo en ello la localización y gravedad del trauma cerebral. Repetir inmediatamente una secuencia de información MCP no está alterada en este síndrome. Las memorias de tipo implícito se encuentran preservadas, lo cual se refiere al "priming" o aprendizaje de nuevas habilidades. Puede asociarse a algunos trastornos de la personalidad, como labilidad emocional, apatía, falta de iniciativa; en algunos casos superficialmente amistosos y sociables, pero con un estrechamiento en su parte afectiva. Hay importantes déficits en su capacidad personal o social y pierden su autonomía, siendo necesario una supervisión constante (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015). Otra forma de amnesia la tenemos en el síndrome del boxeador o del alcohólico, que se caracteriza por demencia y parkinsonismo y que se debe a lesiones repetidas en la cabeza y excepcionalmente debido a un solo traumatismo; puede haber también un periodo psicótico transitorio agudo. Hay una pérdida de la memoria de tipo Korsakoff por lesión bilateral de lóbulos temporales, fornix, cuerpos mamilares o tálamo. La amnesia anterógrada o retrógrada en el momento de la lesión refleja la gravedad del trauma cerebral. Lo anecdótico, que nos transmite el cine, especialmente en la última película "el curandero", en la que el personaje vaga sin rumbo y hace una craneotomía tan exitosa, no es del todo cierto. Muchos de estos casos se deben a una reacción conversiva (Pryse-Philips, W., Murray, T.J., 1982)

13.9.3.2. Amnesia global transitoria

"Es una forma muy interesante de pérdida de la memoria que se presenta repentinamente, persiste durante varias horas y termina tan pronto como aparece. Durante el episodio el paciente no registra ninguna memoria y su comportamiento puede resultar extraño" (Pryse-Philips, W., Murray, T.J., 1982). Es un cuadro muy peculiar y es posible que en este lapsus la persona haga una y otra vez las mismas preguntas, pero sin retener las respuestas. Al terminarse este proceso no hay ningún déficit residual y raras veces va a recurrir. Se podría explicar a través de una convulsión del lóbulo temporal o una isquemia vertebro basilar; actualmente hay otras evidencias que sugieren que se trata de un trastorno de origen isquémico. Se ha reportado este síndrome, en caso de una fibrilación ventricular (Pryse-Philips, W., Murray, T.J. 1982).

Tabla 29.

Otros trastornos de la memoria

Hipermnesias (prodigiosa, ecmnesia)	Es un trastorno cuantitativo de la memoria en que aumenta el número de imágenes del recuerdo o de la aceleración en producción de esas imágenes, correspondiendo al tipo de memoria mecánico asociativa, memoria que se produce por simple mecanismo de asociación, semejanza, contraste y continuidad, ya sea en el tiempo o contigüidad en el espacio. Esta es una mala calidad de memoria.
Hipomnesia	Es una baja en la calidad de las imágenes del recuerdo o de una lentificación en la evocación de las mismas. Las imágenes que se producen son de mala calidad, también corresponde al tipo de la memoria mecánico-asociativa.
Amnesia	Es una pérdida de la memoria, siendo el sujeto incapaz de fijar, conservar y evocar las imágenes, por lo que a esto se le llama amnesia de fijación, conservación, evocación o la combinación de dos o más procesos. • La amnesia puede ser procesal • La amnesia puede ser parcial al recordar los acontecimientos o imágenes o totales, tanto de nuestra experiencia o márgenes adquiridos en nuestro pasado. A este tipo también se le llama amnesia lacunar. Puede dividirse en lo siguiente: 1. Amnesia anterógrada. 2. Amnesia retrógrada. Amnesia afectiva (olvido de algunos acontecimientos desagradables)
Dismnesia	Ciertos acontecimientos que se produjeron en una época de la vida son evocados en nuestra memoria como si hubieran sido recientes.
Eomnesia	El paciente toma ciertos acontecimientos pasados como si se hubieran producido recientemente en el presente
Criptomnesia	El paciente se cree inventor de algo que fue inventado por otras personas en una época anterior.
Anecforia	El sujeto requiere lo ocurrido antes para poder recordar cualquier acontecimiento.
Afasia amnésica	Son los falsos recuerdos y comprenden las pseudodemencias, en que el sujeto parece que llena los vacíos de la memoria con falsos recuerdos y las confabulaciones, donde se inventa o se crea verdaderas historias que nunca ocurrieron, pero cuentan como si hubieran sido una realidad.
Otros tipos de trastornos fantasmas	El sujeto dice o relata mentiras con la consciencia de que está mintiendo sin ninguna necesidad, a diferencia de la mentira común en que el sujeto lo realiza buscando alguna utilidad, o de los errores de la memoria, donde él mismo está convencido de la fantasía que relata.

13.10. La memoria en neuropsiquiatría

13.10.1. Trastornos orgánicos

- **Cuadros confusionales**

"El delirium es un estado confusional de inicio rápido y curso ondulatorio que se acompaña de alteraciones de la consciencia y del ciclo del sueño y de la vigilia, de trastornos del pensamiento y de la memoria" (Rowland, L. y Pedley, T., 2011). Además, hay cambios de la atención, alucinaciones e ideas delirantes y de agitación física o hipoactividad. La causa puede deberse a muchos cuadros neurológicos y médicos generales o quirúrgicos. Se los puede clasificar como trastornos primarios del cerebro y enfermedades sistémicas. Entre los cuadros cerebrales primarios tenemos como causales: los traumas craneales, una enfermedad cerebro vascular, demencia, Parkinson, la encefalitis u otras infecciones del SNC y las crisis epilépticas. Entre las sistémicas, están las infecciones, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, hepáticas, renales y endocrinas. El alcohol y drogas, especialmente en las intoxicaciones y en las abstinencias, también provocan confusión. En los adultos mayores son frecuentes los estados confusionales provocados por fármacos, especialmente los anticolinérgicos e hipnóticos. La estancia hospitalaria presenta entre un 20-30 de riesgo de delirium (Rowland, L. y Pedley, T., 2011).

- **Demencias**

"Se caracteriza por un declive intelectual progresivo que interfiere en las ocupaciones sociales o laborales diarias. Se produce deterioro de la memoria, la orientación, la abstracción, la capacidad de aprendizaje, la percepción visuoespacial, el lenguaje y la práctica constructiva" (Rowland, L. y Pedley, T., 2011). Se alteran las funciones ejecutivas, como la planificación, organización, secuenciación de actividades, no hay alteraciones de la consciencia de las personas y estas pueden estar alertas, hasta estados avanzados, inclusive. La demencia es parte de una enfermedad degenerativa o estructural primaria del cerebro (Rowland, L. y Pedley, T., 2011).

13.10.2. Trastornos afectivos

- **Ansiedad**

"Intensos sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico, como reacción a las situaciones sociales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y las posibilidades futuras negativas, sentimientos de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre" (Black, D., Grant, J., 2014). También puede haber un temor a la vergüenza. La presencia de rasgos de ansiedad, per-se no induce un déficit en el rendimiento mnésico, en cambio, en los estados de ansiedad sí puede haber un peor rendimiento en ciertas pruebas de función mnésica. En sujetos ansiosos el efecto de sesgo no ha podido demostrarse de forma concluyente. Hay muchos estudios que indican que hay una mayor tendencia en los pacientes ansiosos a tener peor recuerdo para el material amenazador o fóbico (Cardoner, N., Urretavizcaya M., 2015).

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

En el TEPT, "son frecuentes las alteraciones de la memoria en forma de recuerdos recurrentes e intrusos que, en algunos casos, pueden llegar a presentar fenómenos de reexperimentación en formas de fenómenos de flash-back" (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015). La revisualización es actualizar el lugar donde se ha producido la situación traumática, tiempo después de que haya ocurrido. Hay estudios que señalan alteraciones en el aprendizaje y la memoria de los pacientes

con TEPT, que consiste en un déficit en la codificación y la recuperación de la memoria explícita o declarativa, con un aumento en la codificación o la recuperación del material relacionado con el trauma. Neurofisológicamente hablando se lo ha relacionado con disminución del volumen y alteraciones de las funciones del hipocampo (Cardoner, N., Urretavizcaya, M. (2015).

- **Depresión**

"Sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida" (Black, D., Grant, J., 2014). Los depresivos presentan también de forma habitual quejas sobre dificultades subjetivas en varias funciones como la concentración, atención o memoria. También hay alteraciones mnésicas manifiestas que son difíciles de distinguir de las que aparecen en el deterioro orgánico, lo cual se conoce como la pseudodemencia depresiva y en la que la prueba terapéutica puede decirnos si se trata o no de este trastorno. Abordar el tema de la memoria en depresión implica utilizar la distinción entre trastornos, que se refieren a distorsiones subjetivas de la capacidad mnésica y trastornos cuantitativos referidos a una alteración mnésica objetiva. Generalmente, cuando mejora la depresión, la memoria también se habilita (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015).

- **Esquizofrenia**

"Es un conjunto de síntomas característicos, como son: delirios, alucinaciones y síntomas negativos (expresión emocional disminuida o abulia); deterioro del rendimiento social, ocupacional o interpersonal, y signos continuos de la perturbación durante un mínimo de seis meses" (Black, D., Grant. J., 2014). Hay muchos estudios que apuntan hacia una afectación más grave de la memoria en los pacientes con esquizofrenia crónica, aunque la edad, el curso, la clínica predominante o la medicación antipsicótica pueden tener importancia y determinar diferencias en el perfil de la función mnésica. Los esquizofrénicos presentan dificultades cuando se les pide que aporten detalles de un episodio previo, o cuando se les plantea que identifiquen el origen o inicio de un determinado acontecimiento. Tienen dificultad para utilizar de forma espontánea las pistas o las claves del contexto para organizar la información durante la codificación o en la recuperación. Hay que tomar en cuenta la medicación antipsicótica en la función mnésica de los esquizofrénicos. El mecanismo se desconoce, pero parece estar vinculado con los efectos distintivos sobre los sistemas colinérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgicos (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015).

- **Terapéutica psiquiátrica**

La terapia psicofarmacológica y la terapia electroconvulsiva (TERC) estarían implicadas en las fallas de memoria dentro de algunos trastornos psiquiátricos. En el caso del TEC se puede diferenciar entre efectos agudos, subagudos y a largo plazo. Los efectos agudos se producen después de cada crisis convulsiva, aunque lo más esperado es un estado confusional, luego una amnesia retrógrada y anterógrada, que serán breves dada la corta duración del periodo confusional. Los efectos subagudos del TEC persisten tres días o semanas después del tratamiento. Hay una tasa alta de olvido de una nueva información adquirida y la incapacidad de recordar o reconocer información general acontecida. No hay evidencia de déficits para acontecimientos o aprendizajes previos a la enfermedad ni sobre situaciones ocurridas luego de la recuperación. Aunque no hay indicios de trastorno persistente de la memoria asociada a la TEC, las quejas de la memoria a largo plazo sí aparecen con frecuencia; muchos refieren que su memoria no ha vuelto a recuperarse e incluso informan sobre lagunas mnésicas y dificultades en el aprendizaje de nuevas informaciones (Cardoner, N., Urretavizcaya, M. 2015).

En cuanto a la psicofarmacoterapia, se puede señalar que los efectos anticolinérgicos asociados a algunos antidepresivos pueden producir un déficit de concentración y de memoria a corto plazo y anterógrada, siendo más intenso en adultos mayores y con patología del SNC. Las benzodiacepinas (BZD) están asociadas con la inducción de amnesia anterógrada. Parece que es dosis-dependiente y es más intensa en administraciones agudas. La memoria de trabajo sí se altera y existe evidencia sobre su influencia en el paso de memoria a corto plazo a memoria a largo plazo. Se le inculpan estas fallas al sistema GABA, en regiones implicadas en la función mnésica como el córtex frontal (Cardoner, N., Urretavizcaya, M., 2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Black, D., Grant, J. 2016. *DSM-5. Guía de uso*.

Corbella Roig, J. 1994. *Percepción memoria y atención*. Ediciones Folio.

García García, E. 2018. *Somos nuestra memoria*. Editorial Bonalletra Alcompás.

Gómez Restrepo, C. y Col. 2008. *Psiquiatría Clínica*. Editorial Médica Panamericana. Colombia.

Guerra, H. y Col. (2019). *Neurofisiología humana*. Imprenta Servicio Publicitarios. Quito-Ecuador.

Mueller, J., Kiernan, R., Langston, J.W. (1989). *Psiquiatría General*. Editorial el Manual Moderno.

Ostrosky, F. y Col. (2005). *¿Problemas de memoria?* LP. Editorial. México.

Pryse-Philips, W., Murray, T. J. (1982). *Neurología Clínica*. Editorial el Manual Moderno. México.

Rowland, L., y Pedley, T. (2011). *Neurología de Merritt*. 12. Edición. Wolters Kluwer. Lippincott Williams&Wilkins.

Seni, L. (2003). *Memoria*. Ediciones S.

Solís, H., López-Hernández, E. (2009). *Arch Neurocien* (Mex). Vol 14, N° 3: 176-187;2009

Soria, V. y Col. Psiconeuroinmunología de los trastornos mentales. *Revista de psiquiatría y Salud Mental* (Barc).

Vallejo Ruiloba, J., (2015). *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Elsevier-España

Vidal, G., Alarcón, R. (1986). *Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana.