

Atención y memoria

Hugo Marietan,

www.marietan.com, 1994

Atención

La *atención* es la focalización de la conciencia (siempre la analogía es hacia la luz). Se trata de una "actividad direccional energizadora que participa y facilita el trabajo de todos los procesos cognitivos. En consecuencia la atención sería un mediador funcional indispensable de todos los procesos cognitivos, y además (esto es fundamental) no contiene información. Es el proceso encargado de la admisión (*input*) sistemática de los datos perceptuales en la conciencia".⁽³⁾ La amplitud de la aprehensión de objetos es variable, pero oscila en alrededor de 8.

Las *limitaciones atencionales* se deben a que nos es posible tratar con más de un *input* (entrada) simultáneamente. De ahí que la función de la atención sea seleccionar datos. Y esta selección no es aleatoria, ya que puede ser "programada" para que se respeten ciertas preferencias que harán que se dé prioridad a ciertos estímulos y no a otros (teoría del filtro). Por ejemplo, el *umbral* de aprehensión de palabras conocidas es más bajo que para las desconocidas. Esto llevó a Treisman⁽³⁾ a definir la atención como un juego de elevación y descenso de umbrales (para la entrada de información).

La *capacidad de la atención* (Kahneman)⁽³⁾ se refiere a la distribución de la atención de acuerdo con los objetivos; los factores que influyen son:

- 1) *Disposición estable*: indica un sistema permanente de atención, de tipo involuntario, relacionado con las señales de peligro y situaciones donde se necesita una respuesta rápida del organismo.
- 2) *Objetivos transitorios*: la distribución de la atención se corresponde con necesidades transitorias, como el alimento cuando se tiene apetito o las señales de tránsito cuando se está manejando. Una vez satisfechas estas acciones, dichos estímulos pasan inadvertidos.
- 3) *Evaluación del esfuerzo*: el quantum de atención se regula de acuerdo con el esfuerzo y la duración que determina la tarea a realizar. El estudiar cuatro horas requiere una capacidad de atención distinta que mirar televisión una hora. Tampoco es igual la atención que se presta a una tarea muy conocida que a otra que se está aprendiendo.
- 4) *Nivel de arousal*: factores independientes influyen en el nivel de atención; como por ejemplo: el sueño, ciertas drogas, la fatiga, la hora del día, etcétera.

Para la Psiquiatría clásica existen dos tipos de atención: *espontánea y voluntaria*.

Es *voluntaria* cuando somos conscientes del esfuerzo que realizamos para mantener el foco de nuestra conciencia en un objeto determinado. Por ejemplo, al estudiar.

La *espontánea* es la que oscila de acuerdo con los estímulos exteriores. Es una especie de reflejo atencional. Un estímulo novedoso, un ruido inesperado, nos obliga a concentrar la atención en él. Está relacionada con nuestro sistema de alerta y nuestro sentido de preservación. Hay situaciones límites en las que este tipo de atención y los reflejos nos pueden salvar la vida.

La atención espontánea requiere un mínimo esfuerzo. La atención voluntaria requiere un gasto energético consciente.

Concentrarse es mantener la atención voluntariamente sobre un estímulo. Esta capacidad está disminuida en los estados depresivos, en la fatiga, en personas estresadas, en demencia, alteraciones de conciencia, etcétera. En estos casos la persona fácilmente cae en la *distracción*, durante la cual un estímulo distinto aparta la atención del objeto anterior.

Si el balance entre estos dos tipos de atención es el estándar para una situación dada, decimos que es *euproséxico*. El prefijo *eu* significa normal y *prosexia*, atención. En todo momento existe una mezcla de los dos tipos de atención. Por más concentrados que estemos en el estudio de un tema (atención voluntaria), un porcentaje de nuestra atención está captando el entorno (atención espontánea).

Si la atención está disminuida notablemente decimos que hay *hipoproséxia*.

La hipoproséxia se da, por ejemplo, en la depresión, donde la energía vital está disminuida, y dentro de ella, la capacidad de focalizar la conciencia sobre los objetos. El depresivo dice "Me cuesta mucho esfuerzo leer", "Me cuesta esfuerzo realizar tal tarea que antes la hacía automáticamente". El depresivo puede tener una hipoproséxia para los hechos del entorno, pero una hiperprosexia para las vivencias relacionadas con su patología. En ciertos estados neuropatológicos, como en el coma,

el nivel de atención tiende a cero, entonces se habla de *aproxexia*.

La *hiperproxexia* es una exacerbación de la atención voluntaria, que se da cuando el estado de alerta es muy alto. Por ejemplo, cuando vivimos un estado de peligro real o imaginario, o patológico como en el caso de los paranoicos, que están hiperatentos al objeto de su delirio.

La otra alteración de la atención, según la Psiquiatría clásica, es la llamada *paraproxexia*. Se trata de un desequilibrio en la mezcla de los tipos de atención. La atención espontánea está marcadamente exacerbada en detrimento de la atención voluntaria. Se da en la excitación psicomotriz y en consecuencia en la manía. El maníaco está tan acelerado que no puede mantener la atención voluntaria. Para mantenerla necesitamos esfuerzo y focalización. El maníaco no puede concentrarse. Los estímulos externos lo van llevando a que su atención salte de un estímulo a otro, sin poder detenerse en ninguno demasiado tiempo.

También la taquipsiquia se manifiesta en el discurso: una palabra en la frase lo lleva a otra frase (asociación por asonancia), que a su vez lo lleva a otra y así sucesivamente, produciéndose una locuacidad, que en caso de que el discurso sea muy confuso, se denomina *fuga de ideas*. Por eso no se puede tener un diálogo normal con un maníaco.

En los esquizofrénicos, el déficit cognitivo manifiesto puede deberse a una falla o disminución en el procesamiento de la información, a un fallo para poner en funcionamiento los recursos atencionales, y a una inadecuada distribución del esfuerzo atencional de acuerdo con los objetivos.⁽³⁾

Memoria

Se llama *memoria* al sistema por el cual el organismo retiene, recupera y elimina información.

Para memorizar hay que atender. Si no se atiende no se percibe ni se *graba* información.

Los tipos de memoria son dos: *memoria de hechos*, o declarativa, que implica representaciones mentales, y *memoria de habilidades*, o de procedimientos, que no las implican. Ejemplo de la primera es recordar nombres, fechas, episodios, etcétera; ejemplo de la segunda es nadar, andar en bicicleta, manejar, etcétera. Estos sistemas de almacenamiento tienen vías neuroanatómicas distintas. Esta distinción se pone de manifiesto en patologías donde se resiente la memoria de hechos, pero se mantiene la memoria de habilidades. Los hábitos son conductas aprendidas, estereotipadas (sólidamente estructuradas), son el resultado de conductas exitosas.

De acuerdo con el tiempo de captación mnésica, las fases temporales de la memoria son:

1) El *almacenamiento sensorial*: es un mecanismo que permite retener información sensorial no procesada (precategórica) durante un tiempo mínimo, y que centra la atención sobre la información relevante para su procesamiento. Si la captación es visuoespacial se llama *icónica* (de ícono, imagen) y dura medio segundo, si es auditiva se denomina *ecoica* y dura dos segundos.⁽⁴⁾

2) La *memoria de corto plazo*: se llama también memoria reciente, memoria de trabajo, memoria operativa. Es la captación de información por segundos o minutos (no hay acuerdo entre los autores sobre la duración), que permite retener, por ejemplo, un número de teléfono nuevo, una frase recién escuchada, la página de un libro o un nombre. Su amplitud es limitada: número de 7 dígitos, lista de 7 números o cinco palabras silábicas. Si no se repite, esta información se pierde.

3) La *memoria de medio plazo* se aplica en circunstancias transitorias donde se necesita retener por horas un recuerdo, como es el caso de estacionar el auto en un lugar no habitual y recordarlo horas después, o un itinerario de uso inmediato, etcétera.

4) La *memoria de largo plazo* es la que puede durar semanas, meses o años.

5) La *memoria permanente*, de acuerdo con algunos autores, es aquella que parece continuar sin

declinar durante el resto de la vida de un organismo, siempre que conserve salud.⁽⁵⁾ Los recuerdos que permanecen meses o años y luego se desvanecen, corresponden a la memoria de largo plazo.

La memoria de corto plazo, reciente o anterógrada (del latín para, movimiento hacia adelante), está alterada en la demencia y en los ancianos, que pierden la capacidad de grabar por alteración en las neuronas del hipocampo. Y en los niños hipercinéticos, por estar alterada su capacidad atencional. En el demente y los ancianos la memoria de largo plazo o retrógrada está conservada, por eso pueden recordar lo que pasó hace treinta años con lujo de detalles y no recordar cuatro cosas que deben comprar ese día, o dónde dejaron las llaves hace unos minutos.

Los niños recuerdan pocos hechos hasta los 5 años, y casi ninguno antes de los dos años. La *amnesia infantil*⁽⁵⁾ es un hecho curioso, ya que en esa época los niños aprenden gran cantidad de cosas y experimentan episodios interesantes, y sin embargo, no los recuerdan años después. Freud sugirió que los recuerdos de esos años están reprimidos, pero la amnesia es tanto para recuerdos agradables como desagradables. Experimentos con animales hicieron llegar a la conclusión de que esta amnesia se produce por no poder recordar las memorias representacionales. No se pierden todos los recuerdos de la temprana infancia, sino un tipo específico de ellos.⁽⁵⁾

La evocación como reconstrucción

Es frecuente en los tribunales que los testigos de un mismo hecho den, de buena fe, descripciones distintas. Esto hace pensar que los recuerdos no se almacenan "completos", sino en forma fragmentaria. De tal manera que es necesario reconstruirlos para evocarlos, con lo que sufren variaciones, que se traducen en los matices que diferencian un testimonio de otro. Amén de los factores distorsionantes generales, como ser el grado de sensibilidad, la capacidad visual y auditiva, el grado de distracción y de motivación para traer el engrama a la conciencia y otros. Un hecho curioso es que los testigos están convencidos de la veracidad de sus recuerdos, a pesar de que lo cotejen con elementos objetivos (fotos, videos). En la *ilusión* de la memoria, estos componentes parciales del recuerdo están tan "enriquecidos" con otros materiales mnésicos, que prácticamente forman un recuerdo distinto al vivenciado, el cual es reconocido por la persona como verdadero.

La retención y el olvido

Parte del proceso mnésico incluye, como contrafigura, al olvido. Éste impide la sobrecarga de datos inútiles o de poco uso en el almacén de la memoria. Siguiendo las leyes de Ribot, se olvida primero lo último aprendido. Un recuerdo poco repetido pierde fuerza de evocación. Esto se tiene claro con el ejemplo del aprendizaje de idiomas: si no se lo practica, los términos aprendidos se van borrando. Un estímulo nuevo que está asociado por semejanza, proximidad o temporalidad a engramas cotidianos, tiene menos posibilidades de ser olvidado (éste es uno de los principios de los recursos nemotécnicos). De la misma manera, las relaciones de sentido perduran más que los hechos poco comprendidos o confusos. Es más fácil memorizar si se capta primero la idea principal y luego los detalles. La repetición activa, el interés y la concentración facilitan la memorización.

La *represión*, según la teoría psicoanalítica, es considerada un tipo de olvido activo, por tratarse de experiencias de contenido amenazador o evocadoras de ansiedad. Estos recuerdos no se pierden, sino que no son accesibles a la conciencia.

Alteraciones de la memoria

Las alteraciones cuantitativas de la memoria son:

- 1) *Hipermnesia*;
- 2) *Hipomnesia*;
- 3) *Dismnesia* y

4) *Amnesia*.

Las alteraciones cualitativas son las *paramnesias*.

1) *Hipermnesia*: se refiere a un inusual incremento en la capacidad de retener y evocar hechos. En los casos de ahogados que sobrevivieron a esa experiencia, se da a veces la llamada memoria *panorámica* donde pasan por la conciencia del individuo, como en una película, todas las experiencias pasadas. También se da en crisis epilépticas. En estados afectivos intensos se pueden recordar con detalles las vivencias del episodio. Una mujer que había perdido su embarazo de cinco meses, muy deseado, recordaba (y sufría) hasta en los detalles mínimos y "como si fuera hoy", el lamentable suceso. Hay personas que tienen una inusual capacidad mnésica y pueden retener y recordar una cantidad impresionante de datos; esta cualidad parece estar desligada de la inteligencia, ya que se da tanto en genios como en oligofrénicos (los "tontos de salón" que son capaces de recordar largas listas de datos). En estados delirantes, como la paranoia, se exagera la atención y la memoria para aquellos acontecimientos relacionados con la temática delirante.

2) *Hipomnesias*: se trata de una menor fijación por déficit atencional hacia lo externo. Se presenta en la depresión o la esquizofrenia (falta de interés en lo circundante), en cuadros neuróticos, personas estresadas, inicio de una demencia, etcétera.

3) *Dismnesia*: se llama así a la dificultad para evocar un recuerdo en determinado momento, pero que luego puede ser evocado espontáneamente. Esto ocurre en las personas normales en forma esporádica, al tratar de recordar nombres propios, fórmulas, etcétera. En la senectud y en el comienzo de la demencia éste es uno de los síntomas iniciales que se da en forma permanente.

Contaba una paciente que en reunión de amigas, todas mayores de 50 años, trataban de comentar películas antiguas, y ante la frecuente interrupción de los discursos por olvidos de nombres, una de ellas comentó: "Chicas, ¿se acuerdan cuando hablábamos de corrido?"

4) *Amnesia*: es la incapacidad total o parcial de registrar, retener o evocar información. La amnesia puede ser, de acuerdo con las áreas que abarque, *global* (generalizada) o *parcial* (*lacunar*). Esta última toma sólo episodios o períodos, y de acuerdo con el tipo de memoria que involucre se distinguen: a) La amnesia *anterógrada*, pérdida de fijación de los recuerdos posteriores a la causa de la amnesia, con conservación de los recuerdos anteriores;

b) La *amnesia retrógrada*, que está relacionada con la memoria de largo plazo, donde se pierden los recuerdos anteriores a la causa de la amnesia, pero no la capacidad de fijar nueva información.

"Lacunar", etimológicamente, viene de "lago". Significa que recuerda todo, menos un sector de tiempo, un acontecimiento o un hecho. Se da, por ejemplo, en los traumatismos de cráneo posteriores a un choque. El accidentado no recuerda acontecimientos anteriores a la pérdida de conciencia. "Estaba manejando y me desperté en el hospital".

Este trastorno se observa también en cuadros neuróticos como la histeria. Cuando la situación a recordar produce un quantum de angustia muy importante, el recuerdo se encapsula y la vía de acceso a éste se bloquea.

Un caso de amnesia retrógrada global

Una maestra fue raptada y violada. Y perdió la memoria de todo el episodio y de su vida anterior. Después de la violación era otra persona. Era tan profunda la amnesia que tampoco recordaba los sentimientos hacia sus hijos. La llevaron a su casa y no sólo no reconocía a las hijas, sino tampoco el sentimiento de cariño hacia ellas o hacia su esposo. Llevaba años dando clases, pero para seguir trabajando tenía que aprender todo de nuevo. Lo único que le quedó fue la habilidad de manejar. Las habilidades psicomotrices (manejar, andar en bicicleta, nadar, etcétera) se graban por un circuito mnésico distinto. Esto duró casi un año. La mujer tuvo que reconstruir su vida, inclusive con

afectos nuevos. Siempre la acompañaba una amiga íntima que conocía su historia, y ella le preguntaba cómo había sido, cómo se vestía, cuáles eran sus gustos anteriores, etcétera. Otra vida. Un año después está en un supermercado y de pronto ve a uno de los violadores (episodio que tenía totalmente borrado). Mira a esa persona y ahí hace el clic, su apertura al pasado. En ese mismo instante vuelve su pasado.

Esto fue una amnesia retrógrada global psicógena producida por un shock emocional. Y se profundizó tanto, que perdió los afectos. Se había perdido hasta uno de los sentimientos más firmes, que es el que se tiene hacia los hijos. Una vez recuperada la memoria del pasado, olvidó parcialmente lo ocurrido durante ese año, es decir su "nueva vida".

También se da una merma de los sentimientos en algunos cuadros graves de depresión. Los pacientes depresivos dicen "No siento nada por mis hijos", y les causa más angustia el hecho de no poder sentir afecto (véase el capítulo "El sentimiento como memoria", más adelante, donde se trata esta relación).

La *amnesia psicógena* describe una amnesia retrógrada súbita en ausencia de patología orgánica. Generalmente es localizada (período breve) o selectiva (episodios concretos), aunque también puede ser generalizada.⁽⁴⁾

Un caso de amnesia global por una lesión frontoparietal duró tres años.⁽¹³⁾ *El paciente recordaba lo que pasó antes del accidente y después de esos tres años que duró la amnesia. En esos tres años tuvo un trastorno de conducta marcado, con delirios místicos. Ahora no recuerda por sí mismo este período, sino por lo que le contaron los otros. Adopta los recuerdos de los otros.*

En la amnesia global se pierden totalmente los recuerdos, en donde tenemos guardado quiénes somos y dónde estamos, lo que nos ubica y nos da la historia. Bergson⁽²⁾ decía que sin memoria "no tengo experiencia, ni educación, ni me acuerdo lo que quiero mostrar. En consecuencia sin memoria no hay carácter ni personalidad ni persona. La memoria conserva el pasado y lo actualiza en el presente. Constantemente estamos fijando y evocando datos. Por la memoria existe la historia y el hombre tiene una de sus esencias: la historicidad".

Otro caso: Se trata de una nena de 14 años.⁽¹³⁾ *"Hace dos años se quedó como en blanco. No habló por un período de 10 horas. Lo único que decía es que tenía 3 años. No conocía a nadie, quién era, cuál era su casa. Estaba en ese momento en la casa de su abuela, y decía que ésa era su casa. Salió de este cuadro y lo repitió dos veces más. Tenía mucha afinidad con una hija mía de casi la misma edad, y se había quedado muy enganchada con el cumpleaños de quince de mi hija. Un día de verano mi hija estaba descalza y ella le mira los pies desnudos y dice «¡Qué lindos zapatos!», y comienza a recordar el vestido, la fiesta, y va trepando con retazos de recuerdos. Trepó a la fiesta, al lugar, a las caras e hizo como una metamorfosis en el rostro, se le desfiguró y dijo «¡Qué frío que tengo!» y se olvidó de ese período amnésico, que duró unos 20 días. Recuperó sus recuerdos y se comportó como si nada hubiese pasado."*

La memoria es un tema vital desde el punto de vista psíquico. Porque por ella es lo que somos. Somos en tanto y en cuanto conservamos nuestra memoria. Sin ella no tenemos identidad.

En cuanto a la amnesia de fijación, tenemos el famoso caso de una persona, "H.M.", un epiléptico grave que a los 27 años fue operado de ambos temporales por W. Scoville en 1953,⁽¹¹⁾ perdiendo la memoria de fijación. Conservaba la memoria retrógrada pero no podía grabar nada nuevo. Y para él todos los días todo debía comenzar de nuevo. Todos los días tenía que aprender las mismas cosas. Sin embargo conversaba fácilmente y su cociente intelectual se mantenía por encima de la media (118). "H.M." decía, según relataba Milner, en 1970: *"Cada día está aislado en sí mismo, cualquiera que sea el placer o la pena que haya tenido". "Bien, ahora, estoy perplejo, ¿he hecho o dicho algo malo? Verá, en este momento todo parece claro, pero ¿qué ocurrió inmediatamente antes? Esto es lo que me preocupa. Es como despertar de un sueño. Simplemente no puedo recordar."*⁽⁵⁾

Este caso es considerado la segunda observación más importante en neuropsicología, después de

la de Broca acerca de la localización de la zona del lenguaje en el cerebro. Antes del caso "H.M." se discutía si existían dos tipos de memoria, anterógrada y retrógrada, o uno solo; después de esta histórica operación, ya no quedaron dudas.

A la inversa, tenemos el caso "S", de Luria,⁽¹²⁾ que era un hombre que no podía olvidar nada. Era un periodista. En las clases de periodismo el profesor observó que "S" no anotaba nada: lo somete a un intenso interrogatorio sobre las clases anteriores, y "S" le responde todo. Y así fue como comenzó a ser estudiado por los psicólogos rusos. Sin embargo, esa cualidad de ser memorioso no le servía para ser más inteligente. No se destacaba. Luria escribía:

"Le presenté a «S» una lista de palabras, luego de números o de letras. «S» las leía lentamente y luego las repetía en el orden exacto tanto al derecho como en orden inverso. Le daba lo mismo que las palabras tuviesen significado o no, que fueran orales o escritas. Lo único que le importaba era que entre cada elemento existiera una pausa. No había límite en su memoria en cuanto a la extensión de la lista, ni tampoco en lo temporal. A veces, sin previo aviso, le pedía que repitiera una lista memorizada hace 16 años o más, y en tales casos «S» sentado, cerraba los ojos, hacía una pausa y luego decía: «Sí... sí, esto fue en aquél departamento...estaba usted sentado tras el escritorio y yo en la mecedora... Usted vestía un traje gris y me observaba, así... pues... veo que usted me decía...», y más adelante continuaba la repetición exacta de la lista retenida."

El duelo, un tipo de olvido

"Conozco el caso de un hombre al que se le murió un hijo a los pocos días de nacer, y luego la madre. Pudo asistir al entierro de su hijo, pero no al velorio de su madre. «Lo de mi hijo lo soporté bien. Pero lo de mi madre no lo puedo superar.»"⁽¹³⁾

Cuentan en este caso las vivencias que nos asocian con estas personas. Cuando perdemos a nuestra madre, perdemos a una persona eje en nuestras vivencias, en nuestra historia. En cambio, con el bebé, las vivencias asociadas no están o son pocas; en consecuencia, la memoria de los sentimientos no está o es poca. Por eso le resulta más fácil elaborar el duelo para el padre de este caso. Hay casos en que la madre espera con mucha ansiedad a un hijo y se le muere. Y lo recuerda con dolor toda su vida. Pero ella lo vivenció durante meses en su vientre, se ilusionó, fantaseó con él, fue creando lazos afectivos, sentimientos.

Otro aporte: *"Conozco el caso de una madre que perdió a su hija de dos meses, y ahora dice que tiene 7 años."*⁽¹³⁾

En este doloroso caso la madre le "fabrica los recuerdos" al fantasma de su hija. Hay que analizar el presente de esa madre. El pasado se enriquece cuando el presente es pobre.

En el duelo, que es un tipo de olvido, hay etapas. Existe un primer momento de *perplejidad*. De no saber ubicarnos bien en qué estamos: ni en nuestra situación ni en la situación del duelo. Estamos shockeados.

A esa etapa le sigue la *negación*. Lo entiende, sabe sobre la pérdida, pero niega la realidad de la muerte.

Luego viene la *lucha* contra lo irremediable. Se remite al pasado: "Si yo o nosotros hubiéramos hecho tal cosa tal vez no hubiese muerto". Es decir, que si hubiesen variado las circunstancias, el resultado hubiera sido distinto. En el caso en que se muera un familiar en el hospital se pregunta siempre qué pasó, quién es el responsable. No hay una aceptación natural de la muerte. Para el familiar el culpable casi siempre es el médico.

Y finalmente viene el período de *resignación*, de aceptación.

En el caso del duelo algunas estadísticas indican que su duración promedio es de 6 meses. El duelo

patológico es el que persiste en duración e intensidad por más de 6 meses.

Analicemos otro tipo de pérdidas. Por ejemplo, el caso de un padre al que su hijo de 16 años le comunica que es homosexual. *Recibe esto con perplejidad primero. Después de un tiempo entra en la etapa de negación. "No puede ser, hay un error" y echa la culpa al médico por la homosexualidad de su hijo. Luego viene la etapa de lucha, lo lleva en su auto y lo obliga a ver mujeres, trata de relacionarlo con una prostituta. Intenta persuadirlo con argumentaciones, etcétera. Y por supuesto, lo saca de la "perversa terapia que despertó ese demonio", según él.*

O sea que en esta pérdida, la masculinidad de su hijo, también se siguen las etapas del duelo. La muerte de lo macho en su hijo.

Este esquema se repite en la pérdida de la continuidad de las parejas, con mayor o menor duración de algunas de las etapas.

La actitud del terapeuta frente a un duelo normal es el acompañamiento. Los duelos y las pérdidas no se "tocan", se acompañan. La intervención debe ser la mínima posible, escuchar la "descarga" alivia al sufriente. Es prudente adoptar una actitud conservadora, porque es un proceso natural.

Paramnesias

Las *paramnesias* son errores de reconocimiento o localización del recuerdo. Podemos diferenciar la:

- *Reminiscencia,*
- *Ilusión de la memoria,*
- *Alucinación de la memoria,*
- *Fenómeno de lo ya visto,*
- *Fenómeno de lo nunca visto,*
- *Falsos reconocimientos,*
- *Ecmnesia,*
- *Criptomnesia,*

Paramnesias o amnesias de reconocimiento

Se denomina *paramnesia* cuando el falso reconocimiento deviene de una patología, y se distinguen las siguientes:

Reminiscencia: es cuando se evoca un recuerdo y no se lo reconoce como tal, de manera que la idea parece nueva y personal. Esto se da, de buena fe, en los casos de plagio involuntario. Está presente al comienzo de la demencia, en casos de fatiga mental, etcétera.

Ilusión de la memoria: como hemos visto anteriormente, consideramos a la evocación como una reconstrucción; en consecuencia el recuerdo original puede sufrir ciertas distorsiones por "enriquecimiento" de otros engramas mnésicos y la fantasía, llegando incluso a dar, en la ilusión de la memoria, un recuerdo distinto al original. Se evoca una imagen parcialmente correcta, a la que se le agregan elementos diferentes; la persona está convencida de que es un recuerdo original. Ya mencionamos el ejemplo de los testigos en juicio, y es éste el mecanismo esencial de la *fabulación*, en las amnesias anterógradas, para llenar las lagunas de la memoria, como es el caso del síndrome de Korsakoff, o la presbiofrenia de Wernicke.

Alucinación de la memoria: clásicamente se designaba con este término a la creencia de evocar un

hecho que nunca había tenido lugar. El paciente está convencido de que son recuerdos verdaderos, como en el caso de las parafrenias fabulatorias: *"Recuerdo con toda claridad cuando le dictaba a Julio Cortázar mi novela Rayuela, que se me había ocurrido cuando recordé mis juegos de infancia. La estructuré de tal manera que los tres primeros capítulos fueran el pivote donde giraban los capítulos restantes. No sé que le pasó a Julio, que era un muchacho, que un día se fue con los manuscritos y los publicó con su nombre."*

En la *mentira patológica* un producto de la fantasía termina siendo creído como verdadero por el propio mentiroso. Su representación más grave se da en la *pseudología fantástica*, donde el psicópata necesitado de estimación urde un personaje para impresionar a los demás y termina creyendo ser ese personaje.

Fenómeno de lo "ya visto" o duplicación de la memoria: es la vivencia en la persona de estar en una misma situación que aconteció anteriormente, de estar duplicando en ese momento la misma experiencia. Esto crea un estado de perplejidad, ya que la persona no acierta a ubicar cuándo ocurrió el hecho pasado que se está repitiendo de manera similar en ese momento. Se suele dar muy esporádicamente en personas normales. Es común el ejemplo del viajero que le parece haber estado ya en un lugar absolutamente desconocido. No es una mera sensación de familiaridad, sino la certeza de estar reviviendo la situación. Es de corta duración. Esto puede generar la fantasía de haber estado en ese lugar en "otra vida".

Una paciente que había viajado a Italia por primera vez, narraba que al ver el Coliseo sintió la sensación de haber estado allí con anterioridad, que incluso podía anticipar lo que iba a ver luego. Se sentía integrada al lugar de tal manera que estaba segura de que ya había estado allí en una vida pasada.

Se da con frecuencia en varias patologías, entre ellas la esquizofrenia.

La inversa de esta vivencia es el *fenómeno de lo nunca visto*, en el que hechos o circunstancias ya vividos resultan absolutamente nuevos.

Ecmnesia: expresa el recuerdo anormal de hechos ocurridos en épocas pasadas y muy distantes, pero que alcanza tal precisión y nitidez, que el individuo *cre*e realmente estar viviéndolos o reviviéndolos. Se vincula por lo general con estados crepusculares de conciencia, en especial episodios de la epilepsia psicomotora de Gastaud.⁽⁷⁾

Criptomnesia: es un fenómeno similar al anterior, pero que se circunscribe al período de la infancia, propio de la forma psicomotora de la epilepsia.⁽⁷⁾ En ambos trastornos existe amnesia total o parcial de otras épocas de la vida.⁽⁶⁾

Falsos reconocimientos o delirio palinóptico: el individuo considera ya conocidos hechos o personas con las que entra en contacto en ese momento. Es característico de los estados confusionales, algunas demencias y en el síndrome de Korsakoff.⁽⁷⁾ Una paciente que padecía este síndrome decía que el médico, que la atendía por primera vez, había estado en su casamiento. Una de las preguntas semiológicas de aplicación en estos casos es: "¿Usted conoce a esta persona?" El paciente con Korsakoff nunca deja de responder afirmativamente y la ubica en un recuerdo de su vida. Todo esto lo expresa de manera natural y amable.

Síndrome de Korsakoff

Descrito inicialmente por Korsakoff en 1889 como psicosis polineurítica, este síndrome incluye la incapacidad de recordar las impresiones nuevas, la pérdida de los recuerdos adquiridos durante los últimos años, la producción de fabulaciones que tratan de compensar la falla mnésica, la desorientación temporoespacial, los falsos reconocimientos de personas, las perseveraciones, la apatía más o menos eufórica y la carencia de iniciativa. Van der Horst, en 1932, señaló que este cuadro se debía a un trastorno de la temporalización, es decir, de la incapacidad de hacer una

apreciación consciente de la continuidad del tiempo vivido, lo que se traduciría sobre todo en la imposibilidad de señalar cronológicamente las vivencias y de estimar la duración del tiempo vivido. Este autor repetía que "los defectos en el establecimiento de las referencias temporales, son el origen del síndrome amnésico y no la consecuencia" ⁽⁸⁾.

Talland⁽⁹⁾ ha descrito seis síntomas principales de la enfermedad:

- 1) *Amnesia anterógrada*: los pacientes son incapaces de formar memorias nuevas.
- 2) *Amnesia retrógrada*: abarca la mayor parte de su vida adulta.
- 3) *Fabulación*: inventan historias acerca de acontecimientos ocurridos en el pasado, antes que admitir la pérdida de la memoria. Con frecuencia estas historias se basan en experiencias anteriores. Son como recuerdos sacados del marco temporal en que se produjeron.
- 4) *Escaso contenido de la conversación*: esto es debido a la amnesia.
- 5) *Ausencia de perspicacia*: desconocen completamente su defecto de memoria.
- 6) *Apatía*.

El síndrome de Korsakoff se observa con frecuencia en alcohólicos crónicos por falta de ingestión de tiamina (vitamina B1). También se ha descrito en cuadros con alteraciones cerebrovasculares. Posiblemente sea provocado por lesión en el tálamo medio y los cuerpos mamilares, acompañado por una atrofia cerebral generalizada. ⁽⁹⁾

Transcribimos parcialmente el relato de Korsakoff: ⁽⁹⁾

"El trastorno de la memoria se manifiesta con una amnesia extraordinariamente peculiar, en la que la memoria de los acontecimientos recientes, los que acaban de ocurrir, resulta perturbada, mientras el pasado remoto es recordado bastante bien. Esto se manifiesta en que el paciente formula constantemente las mismas preguntas y repite las mismas historias. Al principio, durante la conversación con un paciente así, es difícil observar la presencia de un trastorno psíquico: la persona da la impresión de estar en total posesión de sus facultades, ya que todo lo razona perfectamente bien, hace observaciones divertidas, juega al ajedrez o a las cartas; en una palabra, se comporta como una persona mentalmente sana.

De vez en cuando el paciente olvida lo que le ha pasado hace sólo un momento: te encuentras con el paciente, conversas con él y te alejas un minuto; entonces te lo encuentras otra vez y no tiene absolutamente ningún recuerdo de que acabas de estar con él." ⁽¹⁰⁾

Bibliografía

1. Eugen Bleuler, *Tratado de Psiquiatría*, Madrid, Espasa-Calpe, 1967.
2. Mario Portnoy, *La conciencia*, Buenos Aires, Salerno, 1993.
3. J.M. Ruiz-Vargas, *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*, Madrid, Alianza, 1987.
4. J.L. Ayuso Gutiérrez, L.S. Carulla, *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Interamericana/McGraw-Hill, Madrid, 1992.
5. M. Rosenzweig, A. Leiman, *Psicología Fisiológica*, Madrid, McGraw-Hill, 1993.
6. A. Vallejo Nágera, *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1949.
7. E.F. Bonnet, *Psicopatología y Psiquiatría Forenses*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1983.
8. F. Alonso Fernández, *Fundamentos de la Psiquiatría actual*, Madrid, Paz Montalvo, 1979.
9. B. Kolb, I. Whishaw, *Fundamentos de Neuropsicología Humana*.

10. M. Oscar Berman, *American Scientist* 68, págs. 410-419, 1980.
11. W. Scoville, B. Milner, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 20:11-21, 1957.
12. A. Luria, *La mente del nemónico*, México, Trillas, 1983.
13. Aporte de los alumnos del "Curso de Semiología Psiquiátrica" dictado por el autor en el Hospital "José T. Borda", durante 1995.