

Vázquez, C. (2000). Psicopatología de la memoria y vivencia del tiempo. En R. Luque y J.M. Villagrán (Eds.), Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias (pp. 445-466). Madrid: Trotta.

## MEMORIA Y VIVENCIA DEL TIEMPO

Carmelo Vázquez  
Profesor Titular de Psicopatología  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense  
28223-Madrid (SPAIN)

Tf.: 91-394-3131  
Fax: 91-394-3189  
e-mail: cvazquez@PSI.UCM.ES

---

**LA MEMORIA HUMANA**

Las investigaciones en neuropsicología humana y animal han demostrado que la memoria no es un sistema claramente aislable e identificable ni funcional ni neuroanatómicamente. Se trata de un sistema heterogéneo en el que intervienen simultáneamente diversos sistemas cognitivos (ej.: atención, percepción, etc.) y emocionales sin que exista un locus único anatómico único que dé cuenta de ella.

Desde un punto de vista funcional, en la memoria intervienen al menos tres componentes irreductibles: codificación, almacenamiento, y recuperación de la información::

1) **Codificación**. Consiste en el procesamiento inicial de información. La codificación inmediata se suele valer más de códigos fonéticos y visuales que de semánticos. Por ejemplo, en la memoria inmediata es más difícil recordar palabras fonéticamente semejantes (casa, tasa, masa, rasa, mata, cala, pata) que palabras fonéticamente distintivas (palo, mesa, tigre, reloj, lápiz, tinta, sobre). Sin embargo, cuando se pide recordar una información transcurrido un tiempo, sucede lo contrario: los códigos semánticos son más eficaces para recordar la información: es más fácil recordar una lista de palabras que contenía términos relacionados entre sí (ojo, nariz, pelo, cara, pie, mano, boca), y que probablemente han sido relacionados entre ellos en función de sus similitudes de significado, que palabras semánticamente no relacionadas. Buena parte de la fortaleza del recuerdo ulterior depende de este procesamiento inicial.

2) **Almacenamiento**. Esta es quizás la parte más obvia de cualquier sistema de memoria. Pero, paradójicamente, una de las características intrínsecas de la memoria humana es el olvido. De hecho, más que una anomalía, el olvido es una propiedad que permite un funcionamiento adecuado de la memoria. Un sistema mnésico humano que no "perdiese" nada de la información entrante estaría perpetuamente saturado y el funcionamiento cognitivo estaría profundamente deteriorado (la popularmente denominada "memoria fotográfica" se suele dar, de hecho, en deficientes mentales, autistas, o personas con alteraciones cognitivas graves en las que está afectada la capacidad de abstracción y formación de categorías).

¿Cómo se almacena la información? Los teóricos de la memoria son cada vez más reacios a emplear términos que, como los de «huella mnésica» o «engrama», hacen referencia a la existencia de un registro cuasifotográfico de los recuerdos en alguna estructura neuroanatómica. Parece, por el contrario, que los recuerdos no se almacenan de este modo sino que existe una multicodificación (en la

que se emplean desde códigos sensoriales a códigos más abstractos) de la información que, además, no reside aisladamente en ningún sitio específico.

¿Qué se recuerda mejor? Desde los años 70, algunos teóricos de la memoria plantearon que la precisión y la perdurabilidad de la memoria depende no tanto del tipo de almacén en el que se guarde la información sino de cómo ha sido codificada o procesada esa información en su registro. Si la información entrante la relacionamos con experiencias de nuestra vida, con firmes esquemas de conocimiento previos, o está teñida de un valor emocional importante, es más probable que sea ulteriormente recordada. Este principio se denomina la hipótesis de los niveles de procesamiento. Por ejemplo, la mera repetición de un número de teléfono no suele bastar para su aprendizaje a largo plazo; sin embargo, si somos capaces de encontrar un significado al número (por ejemplo, si coinciden algunas cifras con nuestra fecha de nacimiento, o un número significativo) será más fácil recordarlo en el futuro.

3) **Recuperación.** Poder acceder a la información y recuperarla es tan importante como su buen almacenamiento. En las operaciones de recuperación de información intervienen complejos y flexibles procesos de reconstrucción en los que nos valemos de multitud de indicios para finalmente recuperar los recuerdos. El contexto es también importante en la recuperación: valga como anécdota el hecho de que los buzos recuerden un 40% más de palabras que fueron aprendidas bajo el agua cuando vuelven a sumergirse que cuando están en la superficie.

Ahora bien, como podemos observar en las amnesias por traumatismos craneales, no poder recuperar una información dada no equivale a que se haya “perdido”: en muchas ocasiones se van recuperando los recuerdos supuestamente perdidos conforme el paciente se va recuperando.

### **Tipos de memoria**

Hay muchos modos de clasificar la memoria. Una distinción clásica y todavía útil es la que hace referencia a la modalidad temporal de la memoria. Así se distingue entre la adquisición de nueva información (memoria anterógrada) y el recuerdo de material anteriormente aprendida (memoria retrógrada). Ambos tipos de memoria pueden estar afectados independientemente en diversas patologías.

Pero la memoria es también heterógena desde un punto de vista estructural. Repetirnos en voz baja un número de teléfono mientras lo marcamos, saber abrocharse un vestido, recordar el nombre de un fármaco, entender lo que nos dicen, reconocer una cara, saber nadar, o sentir como algo familiar

nuestro dormitorio son capacidades que reflejan distintas modalidades de nuestra memoria. De modo que parece poco razonable pensar que existe sólo un único almacén de memoria.

Desde los años 60 se ha venido distinguiendo entre memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP) -véase la Figura 1. Pero la idea de almacenes estancos, depositarios de información, ha sido cuestionada por su excesiva simplicidad. Por un lado este es un modelo bastante estático que no explica porqué algunos recuerdos son más vívidos, o más imborrables que otros. Desde hace unos años, la perdurabilidad, consistencia y riqueza del recuerdo se explica más en términos de cómo se procesa la información que del tipo de supuesto “almacén” en el que quedaría depositada. Sabemos, por ejemplo, que a igualdad de condiciones recordamos mejor aquella información que ha sido registrada de un modo autorreferente, es decir cuando ha sido puesta en relación con algún aspecto nuestro personal. No obstante la distinción entre MCP y MCP es todavía útil. Por ejemplo, la mayor parte de los pacientes amnésicos no suelen tener problemas en la MCP pero sí en la MLP. Por el contrario, en algunos pacientes con daño cerebral se observa el fenómeno contrario. Todo esto sugiere que la MCP y la MLP son dos sistemas diferentes con bases neuroanatómicas diferentes.

---

### FIGURA 1: MCP/MLP

---

#### Memoria a corto plazo (Memoria de trabajo)

Se solía definir la MCP como un sistema de almacenamiento limitado a unos 7 elementos (ej.: palabras o dígitos) con una duración limitada (entre 5 y 30 minutos). Pero esta definición es vaga e imprecisa y no se corresponde con ningún tipo real de almacén. En la actualidad se considera más adecuado considerar la MCP como un sistema de trabajo o memoria de trabajo (working memory) que como una especie de depósito transitorio de información. La memoria de trabajo es el mecanismo esencial para retener transitoriamente información y para recuperar información desde la MLP. Según el propulsor de esta idea, Alan Baddeley, la memoria de trabajo es responsable del mantenimiento de información a través de un mecanismo de mantenimiento verbal, denominado Bucle fonológico articulatorio (Articulatory loop) -como cuando intentamos mantener un número de teléfono repitiéndolo mientras lo marcamos o intentamos memorizar una melodía- y otro mecanismo de almacenamiento que se especializa en la codificación de información visual y/o espacial (Visuo-spatial sketch pad). Ambos

---

estarían controlados por un Ejecutivo central (Central executive) que, dependiendo del lóbulo frontal, actúa como un sistema de distribución de los recursos atencionales necesarios para el funcionamiento de esta memoria de trabajo. El bucle articulatorio dependería de las áreas de lenguaje próximas a la cisura de Silvio, en el hemisferio dominante, y el almacén visual dependería más del hemisferio no dominante.

### B) Memoria a largo plazo.

La investigación clínica y experimental se ha centrado mucho más en la MLP. Existe un acuerdo casi absoluto de que esta memoria agrupa diversos tipos de sistemas que se asientan en diferentes sustratos neuroanatómicos (Figura 2). La MLP ya no se considera un receptáculo estático sino un continuo proceso activo de emparejamientos continuos entre la información entrante y la almacenada - lo que nos permite, por ejemplo, reconocer estas palabras o entender el lenguaje hablado- e incluye asimismo procesos de reconstrucción para recuperar lo almacenado.

---

## FIGURA 2: MLP

---

### Conocimiento declarativo y procedimental

Cohen y Squire (1980) propusieron que la MLP se compone de dos sistemas diferentes. El sistema declarativo se corresponde a “saber que...” y contiene recuerdos o hechos que son básicamente accesibles a la conciencia. Las pruebas clínicas y experimentales de memoria casi siempre son de este tipo pues consisten en pedir al individuo que recupere de modo consciente algún tipo de información.

Sin embargo, hay otro tipo muy importante de conocimientos almacenados que se corresponden a “saber cómo” (por ejemplo, montar en bicicleta, nadar, o escribir con un bolígrafo). A diferencia del conocimiento declarativo, el no declarativo -también denominado implícito o procedimental- implica habilidades, destrezas, o aprendizajes apenas accesibles a la conciencia o a la introspección (ej.: salivar ante un plato de jamón o, como en las fobias, reaccionar sin saber porqué con gran ansiedad ante un estímulo).

Una buena parte de la validez de esta distinción procede, como veremos más adelante, de la investigación con amnésicos: en general, estos pacientes tienen un rendimiento muy bajo en el

aprendizaje de nuevos conocimientos declarativos, pero tienen un rendimiento prácticamente normal en el aprendizaje de nuevas habilidades procedimentales.

### Memoria episódica y semántica

Dentro de la memoria declarativa, el tipo de conocimientos a los que tenemos acceso es doble. Por un lado tenemos acceso a datos, palabras, etc. que nos permiten hablar, entender lo que se dice, rellenar un crucigrama, o jugar al Trivia. Este tipo de información general almacenada, que recoge y organiza nuestro conocimiento del mundo, y que continúa expandiéndose desde el nacimiento hasta la muerte, se denomina **memoria semántica**. Pero, además, somos capaces de recordar sucesos que nos han pasado, recordando el contexto y el momento en que han sucedido. Por ejemplo, podemos saber lo que es un cepillo de dientes o para qué sirve (memoria semántica), incluso podemos saber cómo utilizarlo (memoria implícita de tipo motor), pero también podemos acordarnos -algo no siempre fácil- de cómo esta misma mañana nos hemos limpiado los dientes con nuestro cepillo (**memoria episódica**). En la memoria episódica -a veces conocida como memoria autobiográfica- somos capaces de recordarnos efectuando una acción o siendo testigos de algo. Se trata, por lo tanto, de una memoria contextual: se recuerda el dónde, el cuándo, o la situación general ligada a ese suceso. Estas distinciones son importantes porque en diferentes tipos de problemas mnésicos pueden estar implicadas diferentes modalidades de memoria. En general, la mayor parte de las alteraciones amnésicas específicas, y en especial el denominado «síndrome amnésico» que más adelante explicaremos, afectan a la memoria episódica. En los cuadros de demencia y en algunos casos infrecuentes de daño neurológico en la corteza temporal o en los ganglios basales (véase Tabla 1) ambos tipos de memoria -episódica y semántica- quedan afectados.

TABLA 1: Sustratos MLP

## PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

Hay muchas situaciones y condiciones clínicas en las que la memoria se aparta del funcionamiento normativo. Aunque no siempre tienen gran significación clínica, pasaremos a enumerar las más importantes, diferenciándolas según prevalezca un problema de recuerdo o de reconocimiento.

---

**Alteraciones en el recuerdo**

a) Amnesias psicógenas. El problema típico en estas amnesias es que el individuo tiene dificultades para recordar elementos episódicos retrógrados. Normalmente se trata de episodios relacionados con sucesos específicos como sucede en las amnesias ante delitos o en el estrés postraumático y más raramente (ej.: fuga psicógenas o trastorno de identidad disociativo) afectan a la propia identidad. En estos casos, el individuo realmente no ha perdido su memoria: todo está preservado pero el acceso a la información está restringido.

b) Confabulaciones. Consisten en una mezcla de recuerdos falsos y verdaderos. El paciente relata sucesos que realmente no sucedieron con lo que intenta compensar la pérdida de memoria respecto al momento que se está intentando recordar. Pueden entenderse como un intento infructuoso de recuperar información pero no existe un intento de engaño (de hecho, el contenido es desechado fácilmente por el propio paciente si se le somete a un interrogatorio minucioso). Este fenómeno es típico de las lagunas de memoria (o amnesias lacunares) debidas a una intoxicación aguda de alcohol, en los que la pérdida de memoria se circunscribe sólo al periodo de tiempo en el que tuvo lugar la intoxicación etílica.

c) Pseudología fantástica. Consiste en el relato inventado de experiencias personales que supuestamente le han acontecido al sujeto. Las invenciones del pseudólogo suelen estar muy bien tramadas y aparentemente son verosímiles. Son personas muy convincentes en sus argumentos y es muy difícil evaluar la intencionalidad y la veracidad de la información. Lo importante de este tipo de relato es que, a diferencia de la confabulación compensatoria, es intencional: se intenta buscar a toda costa el aprecio del interlocutor y ensalzar la estima personal. En algunas personas la pseudología puede llegar a configurar realmente su vida de modo que no sólo relatan historias imaginarias autoensalzantes, sino que realmente se comportan "creyéndose" ese papel e incluso para ellos mismos es difícil separar lo ilusorio de lo real. En este caso, la pseudología puede constituir un problema psicopatológico importante cuyo origen suele remontarse hasta la niñez, en la que la mentira permitía cubrir fracasos personales escolares o situaciones familiares difíciles.

d) Falsos recuerdos delirantes. En este fenómeno, típico de las psicosis esquizofrénicas, el paciente manifiesta falsos recuerdos de naturaleza delirante. A diferencia de las percepciones delirantes, aquí lo que se distorsiona es el recuerdo (ej.: el recuerdo de una conversación con la el diablo).

e) Tenerlo en la punta de lengua. Este es un fenómeno menor es curioso y de cierta relevancia teórica pues el sujeto tiene la certeza subjetiva de que “tiene” en su memoria lo que se pretende recordar pero, paradójicamente, no puede acceder a ello. Se da por lo tanto un reconocimiento sin recuerdo. Este fenómeno es interesante porque pone de manifiesto que nuestra información no está almacenada al azar sino de modo estructurado (por número de sílabas, por proximidades fonéticas, por proximidades semánticas, en relación a experiencias episódicas anteriores, etc.) e indica el carácter reconstructivo de la recuperación: en efecto, cuando se produce esta experiencia, los intentos de recuperación de la información no se efectúan al azar sino que se generan soluciones "próximas" (fonética o semánticamente) a lo que estamos intentando buscar.

f) Conductas de verificación. Consisten en comprobar reiteradamente si se han completado tareas rutinarias (cerrar la llave del gas, o echar el cerrojo a la puerta de casa). La persona que efectúa tales comprobaciones no recuerda con nitidez si ha iniciado o, lo que es más frecuente, terminado la tarea y, por lo tanto, vuelve a hacerlo para asegurarse. Es una característica mnésica típica de muchos cuadros obsesivos.

### **Anomalías en el reconocimiento**

Aunque el significado de la palabra “reconocimiento” es múltiple, el más importante en Psiquiatría y Psicopatología es el de familiaridad (identificar algo como ya conocido anteriormente). El reconocimiento es una capacidad compleja que va desde una sencilla categorización de objetos (reconocer que un objeto dado es, digamos, una “pera”) hasta la formación de conceptos.

a) Agnosias. Este término, introducido por Freud, significa ausencia de reconocimiento. Aunque las agnosias tienen una base de lesión orgánica, desde un punto de vista psicopatológico son interesantes porque indican que la categorización e integración de la información en diferentes niveles simultáneos es fundamental para la recuperación adecuada de lo almacenado. En cierto sentido las agnosias son lo contrario a las sinestesias pues en aquellas hay una restricción que impide una integración de las modalidades sensoriales en niveles superiores y complejos de organización.

Desde el punto de vista de la memoria se trata de problemas en los que se da una ausencia de reconocimiento integral aunque el recuerdo exista en alguna modalidad sensorial o categoría conceptual aisladas. Es decir, el agnóstico identifica las propiedades (visuales, táctiles, o auditivas) del objeto pero

no lo reconoce como tal. Aunque típicamente las agnosias se han considerado problemas perceptivos o del habla, tanto las condiciones estrictamente sensoriales de la percepción como las categorías verbales y el concepto suelen estar intactos como lo demuestra el hecho de que la agnosia suele suceder sólo en una modalidad sensorial (al tacto, por ejemplo, el agnósico visual es capaz de reconocer que tiene en sus manos una “naranja”).

- Agnosias visuales. Los pacientes con este cuadro, denominado “ceguera mental” por Munk en 1881, son incapaces de reconocer o categorizar los objetos que se les presentan visualmente. Pueden describirlos (ej.: “es un palo largo, de madera, con una punta al final”) pero son incapaces de reconocer el objeto como lo que es (una “flecha”). A veces el problema puede ser tan grave que, a pesar de no tratarse de demencias, el paciente puede llegar a no reconocer la cara de familiares cercanos.

En los casos de simultanagnosia, el paciente es capaz de reconocer los objetos individuales pero es incapaz de ponerlos en relación. Por ejemplo, al ver un cuadro puede ver una “mujer”, un “juguete”, y un “niño” pero ser incapaz de advertir o reconocer que se trata de una mujer dando un juguete a un niño (cit. Reed, 1987), lo que indica un problema en la integración simbólica de la realidad.

- Agnosias táctiles. Incapacidad de reconocer objetos por el tacto, a pesar de que no existir ningún déficit o anomalía sensoceptiva.

- Agnosias auditivas. Incapacidad para entender el lenguaje normal (sordera verbal) o reconocer que una serie de sonidos son música (amusia sensorial), a pesar de no existir ningún déficit o anomalía sensoceptiva.

b) Déjà vu ( o falso reconocimiento). Los fenómenos cotidianos del "ya visto" y "ya oído" consisten en la sensación sorprendente de que estamos experimentando en el presente imágenes, sonidos, escenas, olores, etc., que ya hemos vivido anteriormente sin poder recordar dónde o cuándo. En consecuencia, existe una intensa pero falsa sensación de familiaridad o reconocimiento de la situación pues sabemos que es la primera vez que estamos viviendo el hecho. En realidad se trata de recuerdos para los que no hay un acceso consciente. Aunque se ha querido interpretar este fenómeno como una muestra de mecanismos represivos inconscientes, en realidad el problema está en que se activa la sensación de familiaridad (puede que debido a algún aspecto concreto o al contexto en el que se produce la percepción, etc.) pero no se activan suficientes indicios e indicadores contextuales como para activar plenamente el recuerdo asociado.

Una variante del deja vu es el pseudopresentimiento (uno tiene la sensación de que sabe lo que va a pasar). Es una especie de “falso positivo” del reconocimiento.

c) Jamais vu. Mientras que el déjà vu puede entender como un “falso positivo” del reconocimiento, el jamais vu (nunca visto) es una especie de “falso negativo”. Es el caso contrario al dejá vu y más infrecuente que éste. El sujeto sabe que ha experimentado antes el suceso (es decir, lo recuerda) pero no le resulta familiar. Es un caso de recuerdo sin reconocimiento. Puede que se deba a los propios elementos reconstructivos de la memoria: si se hace un esfuerzo elaborador grande, es posible que muchos de estos elementos no casen más tarde con el elemento original (algo parecido a la sensación de desengaño que tenemos cuando años más tarde volvemos a un sitio que nos fascinó originalmente y que lo recordábamos con mucho agrado). Las experiencias de deja vu y jamais vu son relativamente frecuentes en pacientes con esquizofrenia y en epilepsias de lóbulo temporal.

d) Ilusión de sosías (o síndrome de Capgras). Es un fenómeno clínico relacionado con el jamais vu, en la medida en que el paciente (normalmente con esquizofrenia) cree que la persona que está percibiendo -su esposa, sus hijos, etc.- es un doble de la persona "auténtica". Es decir, el paciente, normalmente esquizofrénico, no experimenta una sensación adecuada de familiaridad y no reconoce a sus amigos o su cónyuge como tales, sino que piensa que son impostores o dobles de los “auténticos”.

Dado que, cuando ocurre, el fenómeno se vuelve central a las preocupaciones del paciente, la psiquiatría francesa le dio entidad propia: síndrome de la ilusión de sosías. Pero, en realidad, no es una ilusión sino más bien delirio o interpretación delirante que no se debe a un déficit atencional o de concentración. Lo interesante es que suele referirse a una única persona que ha sido importante en la historia del individuo y sobre la que se sentían, antes de la crisis, sentimientos ambivalentes. Lo que parece fallar aquí es un nivel de reconocimiento supraintegrador: se reconoce al esposo (es su nariz, es su voz, es su aspecto,...) pero los niveles superiores de síntesis global, en los que intervienen elementos emocionales y superabstractos, fallarían (“si fuese realmente mi esposo, no me habría engañado con otra”).

## TRASTORNOS DE LA MEMORIA

En este apartado trataremos los trastornos amnésicos propiamente dichos. El DSM-IV (APA, 1994) permite diagnosticar un “Trastorno amnésico” siempre que se observe una amnesia anterógrada

y/o retrógrada que provoque un deterioro significativo en la vida del paciente y que sea obviamente debida a una enfermedad o condición médica (que el DSM-IV exige especificar) o a la ingesta de alcohol o sustancias (que también hay que especificar). Este diagnóstico sólo debe plantearse cuando los problemas de memoria no se observen exclusivamente en el curso del delirium o de una demencia. El DSM-IV considera que el trastorno es “transitorio” si dura menos de 1 mes y “crónico” si sobrepasa esa duración.

A diferencia de los problemas de memoria de origen psicológico que se observan en los trastornos disociativos (trastornos de identidad disociativos, fuga, amnesia disociativa), se supone que se ha identificado una enfermedad médica que ocasiona la amnesia (Tabla 2). Las estructuras que con más frecuencia están implicadas en los trastornos amnésicos son las diencefálicas (núcleo dorsomedial y central del tálamo) y las del lóbulo mediotemporal (hipocampo, cuerpos mamilares y amígdala). Normalmente se deben a casos de daño bilateral aunque los unilaterales también se observan con alguna frecuencia (en estos últimos, las lesiones en hemisferio izquierdo suelen tener más repercusiones sobre la memoria).

---

TABLA 2: Causas médicas

---

Epidemiología. No existen estudios epidemiológicos fiables y detallados sobre el conjunto de los problemas amnésicos, pero sin duda su prevalencia es muy elevada. En términos relativos, se ven cada vez más cuadros de amnesias por traumatismos cerebrales y menos por alcohol. Asimismo, cabe recordar que un 10% de las personas mayores de 65 años tienen demencia, y una de cada tres de las personas con traumatismo craneal grave presenta problemas crónicos de memoria. Si se añaden a estas cifras los afectados por el síndrome de Korsakoff, encefalitis, anoxia, SIDA, trastornos depresivos, etc. la cifra de personas con problemas de memoria en un momento dado puede ser muy elevado.

Evaluación. La evaluación debe ser siempre neuropsicológica, con pruebas que permitan valorar el funcionamiento del paciente en tareas próximas a las exigencias de la vida cotidiana. Hay que evaluar, mediante entrevistas, cuestionarios, o pruebas de rendimiento, la memoria inmediata y demorada, la memoria verbal y visual, el recuerdo y el reconocimiento, y la memoria episódica, semántica, e implícita (Tabla 3). Asimismo, cada vez es más claro que es necesario evaluar

psicométricamente (con pruebas ecológicamente válidas, como el RBMT, o con cuestionarios, entrevistas con familiares, etc.), el funcionamiento en actividades de la vida cotidiana (ej.: dificultad para recordar citas, para saber dónde se han guardado las cosas, etc.)

TABLA 3: Pruebas de evaluación

Rehabilitación. Apenas se sabe, con estudios bien controlados, cómo mejorar la memoria. Dado que la memoria no es un músculo, en el que el ejercicio repetitivo fortalezca su funcionamiento, el entrenamiento mnésico ha de seguir pautas diferentes: se debe centrar en estrategias compensatorias (uso de agendas y diarios), intervenciones en el ambiente en el que vive el paciente (por ejemplo, poner etiquetas en las puertas de su domicilio o poner líneas de colores en el piso para indicar diferentes caminos), aprovechar al máximo los recursos residuales que todavía posea el paciente, y enseñar a la familia cómo ayudarle.

A continuación efectuaremos una clasificación más detallada de los principales síndromes amnésicos en función del tipo de memoria alterada.

### **Trastornos de memoria episódica**

#### a) Amnesia Global Transitoria (AGT)

En estos cuadros, el paciente presenta un problema amnésico repentino. En la AGT, el paciente, normalmente con un buen estado de salud previo, no recuerda nada de lo que le ha sucedido en las últimas horas. El periodo de amnesia retrógrada no suele sobrepasar las pasadas 24 horas, aunque el alcance es variable (a veces puede abarcar un tiempo de semanas e incluso años). Normalmente se recupera el estado normal al cabo de unas horas y no suele haber recidivas. El intervalo de edad en el que son frecuentes estas amnesias está entre los 60 y los 70 años.

En la exploración psicopatológica, la memoria de trabajo está preservada pero el paciente es incapaz de mantener información durante más de unos pocos segundos. No aparecen afasias, ni trastornos de la atención o de la conciencia. Estos pacientes se muestran repetitivos con preguntas como: “¿Por qué estoy aquí?”, “¿Qué día es hoy?”.

Diagnóstico diferencial. En principio son amnesias en las que no se han detectado problemas tromboencefálicos. Son muy parecidas a las amnesias por traumatismo craneoencefálico pero en estas últimas la extensión de la memoria retrógrada es mayor y hay déficits evidentes de atención y concentración. En el caso de las amnesias psicógenas hay mucha amnesia retrógrada pero no suele haber amnesia anterógrada. Además, las psicógenas son más frecuentes en jóvenes y es muy típica la presencia de estresores vitales muy intensos precipitantes del cuadro.

### B) El síndrome amnésico

El «síndrome amnésico» es la manifestación más estudiada de las amnesias orgánicas. Este síndrome, consiste en un déficit crónico de memoria que puede estar asociado a condiciones tan dispares como el síndrome de Korsakoff, las encefalitis, lesiones en el lóbulo temporal medio, anoxias, accidentes vasculares, o tumores del tercer ventrículo. La característica básica de estos pacientes consiste en una amnesia anterógrada masiva lo que les ocasiona una gran dificultad para adquirir conocimientos nuevos y problemas de orientación temporal y espacial (pues no recuerdan lo que acaban de hacer, dónde estaban hace un rato, de dónde vienen,...).

El déficit no se circunscribe a la memoria anterógrada. También está afectada la memoria retrógrada, si bien aquí existe una mayor variabilidad dependiendo del lugar de la lesión; por ejemplo, si es diencefálica, como sucede en el síndrome de Korsakoff, hay un gradiente temporal retrógrado de modo que el recuerdo de las experiencias vividas es peor cuanto más próximas estén en el tiempo. Cuando la lesión es hipocámpica, la extensión de la amnesia retrógrada es menor.

El déficit es más de memoria episódica, que de semántica o de procedimientos. Una famosa experiencia de Claparède (1911) pone de manifiesto este hecho. Claparède le dio la mano, en la que llevaba oculto un alfiler, a una paciente con Korsakoff. Cuando ésta sintió el pinchazo, retiró la mano y prosiguió la entrevista. Al cabo de unos cinco minutos, Claparede le extendió de nuevo la mano y la paciente rehusó dársela sin poder explicarse a sí misma por qué. Este es un ejemplo prototípico del déficit en la memoria episódica: hay aprendizaje, e incluso respuestas emocionales condicionadas, pero no hay ningún tipo de recuerdo experiencial o episódico.

El síndrome amnésico no se trata de un déficit cognitivo general puesto que el funcionamiento intelectual, aparte de las habilidades mnésicas, puede estar intacto. No obstante, estos pacientes con “amnesia pura” son una minoría pues suele haber también otros problemas adicionales (confusión,

déficits atencionales, afasias, enlentecimiento del funcionamiento cognitivo, etc.). Tampoco se trata de un déficit masivo e inespecífico de memoria pues:

a. La memoria a corto plazo, o la memoria de trabajo, está preservada (por ejemplo, son capaces de recordar de modo inmediato una serie de ítems, a no ser que haya elementos distractores presentes, ante los que son muy vulnerables).

b. El conocimiento semántico y el implícito puede estar intactos en los pacientes amnésicos puros y, de hecho, muchos amnésicos pueden aprender tan rápidamente como los normales habilidades como completar puzzles o piezas complejas, coser, o copiar dibujos.

c. la MLP no está afectada por igual: recuerdan experiencias previas, reconocen y producen habla, conservan habilidades motoras, etc. En suma, parece que los amnésicos tienen un gran déficit en memoria explícita episódica (medida en pruebas de recuerdo o reconocimiento que requieran una recuperación consciente de la información).

A veces se ha sugerido que el problema de estos pacientes se debe a un déficit general en el registro de la información. Pero los pacientes pueden seguir argumentos lógicos, solucionar problemas, o leer y escribir, de modo que hablar inespecíficamente de problemas de registro es equívoco. Su problema es que el aprendizaje es más costoso (requiere más ensayos), y al no contener elementos episódicos no reconocen cómo, dónde o en qué circunstancias lo han aprendido, algo fundamental para poder recuperar la información reconstruyéndola. El problema, en definitiva, no parece que sea de registro ni de recuperación en sí mismos (de hecho pueden recuperar viejos recuerdos y no parece que para éstos se empleen mecanismos diferentes que para recuperar información más nueva) sino en una codificación u organización ineficiente del nuevo material (por ejemplo, no asimilarlo a esquemas ya existentes) para después permitir una recuperación más fácil.

No obstante, puede que el síndrome amnésico oculte una realidad más compleja. En la amnesia hipocámpica, no hay déficits de memoria retrógrada y, por lo tanto, no puede argüirse un problema central de recuperación: dado que lo que sucede es un olvido muy rápido, el problema parece centrarse en el registro de la información más que en su codificación inicial. En los casos de Alzheimer suelen encontrarse problemas en todos los procesos mnésicos implicados (codificación, registro, y recuperación), y se observan problemas no sólo en la memoria episódica y en la semántica y en la anterógrada y la retrógrada.

En la mayor parte de las ocasiones no hay consciencia de su problema, o al menos no hay una consciencia continuada: por ejemplo, un paciente puede volver a saludar, como si se tratara de la primera vez, al entrar de nuevo en la habitación tras una breve ausencia. Dado que el paciente con síndrome amnésico normalmente mantiene la intención de recordar, se le puede enseñar a compensar parcialmente la pérdida de memoria mediante estrategias alternativas como, por ejemplo, presentar los materiales más despacio, más estructuradamente, o proporcionarles ayudas mnemónicas.

### c) Amnesias traumáticas

La mayoría de los traumatismos son de tipo de cerrado, con daños más difusos y extendidos que las lesiones focales típicas de los traumatismos debidos a un objeto penetrante. Normalmente se produce en hombres (especialmente en el grupo de edad de entre 15 y 24 años) por accidentes de tráfico o deportes. La incidencia anual en países occidentales se sitúa en 200-300 casos anuales/100.000 habitantes. El 80% de los traumatismos son ligeros, el 10% medios, y el 10% graves. Clínicamente, la gravedad se evalúa por la duración de la denominada amnesia post-traumática (APT), que consiste en la duración total de la amnesia retrógrada hasta el momento en que desaparece la amnesia anterógrada (ver Fig. 3). Como puede observarse en esa Figura, la extensión de la AR es siempre mayor que la de la AA.

La APT no suele exceder las 24 horas en su conjunto, excepto en los casos graves, y la recuperación suele ser total en periodo de 4 ó 5 semanas.

Figura 3: Amnesia postraumática

En el caso de los traumatismos graves la situación se complica. En la mitad de los casos continúan dificultades serias: disminuyen la capacidad atencional, la velocidad de procesamiento de información, y la capacidad de procesar información en paralelo. La memoria puede quedar afectada de modo masivo (especialmente en lesiones frontotemporales). Pero además, sobre todo si ha habido coma durante más de 2 semanas, es muy frecuente observar problemas continuados en el funcionamiento cognitivo superior (formación de conceptos, razonamiento, solución de problemas), así como en el funcionamiento psicológico general (ira, falta de autocontrol, impulsividad, depresión).

---

### **Trastornos de memoria semántica**

Aunque la mayor parte de la información que adquirimos tiene un carácter episódico, este se desvanece en casi todos los casos. (¿Se acuerda el lector del día exacto en que aprendió a hacer raíces cuadradas?). Parece que el neocórtex temporal del hemisferio izquierdo es esencial en este tipo de memoria de conocimientos más abstractos, despojados ya del componente episódico. Las lesiones vasculares en estas áreas, las encefalitis por Herpes simple, o las atroñas de lóbulo temporal (enfermedad de Pick) tienen un efecto selectivo sobre la memoria semántica que, a veces, es tan sutil que sorprendentemente se refleja sólo en pérdidas de memoria para categorías específicas (flores, vegetales, animales, etc.). Por el contrario, los pacientes con Alzheimer muestran efectos devastadores y masivos en la memoria semántica y también, naturalmente, en la episódica.

### **ANOMALÍAS EN LA VIVENCIA DEL TIEMPO**

La percepción del tiempo no es propiamente una función psicológica sino una experiencia que impregna de modo continuo nuestra existencia. Aparte del tiempo físico o cronológico (medible con el reloj), existe un tiempo psicológico (que comprende nuestra percepción del paso del tiempo y la construcción mental y cultural de lo que es el “tiempo”), y un tiempo biológico (pautas temporales de nuestro organismo).

La investigación empírica sobre la vivencia del tiempo es bastante escasa. La percepción del tiempo está íntimamente ligada a la memoria episódica, es decir, a la capacidad que tenemos para recordarnos en el transcurso del flujo de acontecimientos que constituyen la vida. Una persona sin este tipo de memoria episódica -como sucede en muchos trastornos amnésicos- está atrapada en el presente: no tiene capacidad para recordar nada de sí mismo ni de su pasado incluso más inmediato.

En este último apartado nos vamos a centrar exclusivamente en la vivencia del tiempo. Quizás lo más llamativo es que el paso subjetivo del tiempo, el material con el que tejemos nuestra existencia, no siempre se ajusta a su ritmo cronológico o físico. La sensación subjetiva del paso está íntimamente ligada a varias condiciones:

- Factores socioculturales. El tiempo es vivido de modo diferente en culturas diversas. Algunos estudios han demostrado que hay sociedades en las que el tiempo se vive de modo más agónico y también se ha demostrado que esto correlaciona con mayores tasas de prevalencia de trastornos cardiovasculares (Tabla 4).

TABLA 4: Paso del tiempo

• Condiciones vitales. Los informes retrospectivos de personas de diferentes edades confirman que la vivencia del paso del tiempo es más rápida a partir de la madurez.

• Nivel de actividad: Cuando el tiempo está “repleto”, es decir, mientras se efectúan actividades, el tiempo se percibe como si pasara más rápidamente que cuando no se hace nada..

• Condiciones físicas. En la hipotermia se produce una sobreestimación del paso del tiempo.

• Variables de personalidad. Las personas de Tipo A o personalidad coronaria -es decir, personas muy activas y competitivas, que se implican en muchas tareas (les faltan horas en el día para hacer lo que quieren), y que viven agónicamente el paso del tiempo- sobreestiman la rapidez del paso del tiempo cronológico, lo que puede explicar, en parte, su frenética actividad diaria. (Por ejemplo, si se les pide estimar 60 segundos con los ojos cerrados, típicamente dirán que ya ha pasado cuando sólo ha transcurido 40-50 segundos o menos).

• Trastornos mentales. Con la depresión el tiempo fluye lentamente y lo contrario sucede con la alegría y, en el caso extremo, la manía. De hecho, una sencilla pregunta referida al paso del tiempo -“¿Cómo se le hizo ayer el día?”- ha demostrado recientemente ser muy sensible para detectar el estado de ánimo en pacientes terminales. De modo más general y existencial, la depresión puede también afectar la sensación de futuro. De hecho, el mejor predictor de suicidio es la desesperanza, es decir, la idea de que el futuro no deparará nada bueno, de que no hay ninguna salida para la situación de indefensión actual que vive el paciente.

En cuanto a la esquizofrenia, en algunos pacientes se observan discrepancias clínicamente significativas (definidas como una diferencia de 5 años o más) entre la estimación de su propia edad y su edad real. En estos pacientes, normalmente más deteriorados cognitivamente que el resto, es muy frecuente la infraestimación del paso del tiempo, la sensación de que el tiempo se ha detenido. Incluso hay pacientes que precen estar “anclados” a una determinada época de su vida.

En el trastorno de personalidad límite, la sensación de lentitud del paso del tiempo, de aburrimiento y, e particular, de sensación crónica de vacío es una característica clínica diagnóstica (DSM-IV, APA, 1994).

---

En cualquier caso, no hay duda que, a pesar de su importancia, la investigación psicológica y psicopatológica sobre la percepción del tiempo, aparte de aportaciones más o menos retóricas, apenas se ha iniciado.

---

### BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Baddeley, A. (1983). Psicología de la memoria. Madrid: Debate.
- Baddeley, A.D., Wilson, B.A., y Watts F. (1995). (Eds.), Handbook of memory disorders. Chichester: Wiley.
- Barcia, D. (ed.). (1992). Trastornos de la memoria. Barcelona: Editorial MCR.
- Diges, M. (1997). (comp.). Los falsos recuerdos. Barcelona: Paidós.
- Diges, M. y Perpiñá, C. (1994). Psicopatología de la memoria. En: A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología, (Vol. 1, pp. 231-276). Madrid: McGraw-Hill.
- Hamilton, M. (1986). Psicopatología clínica de Fish. (2ª ed.). Madrid: Interamericana.
- Vázquez, C. (1990). Psicopatología de la memoria. En: F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría (Vol. 2, pp. 507-536). Madrid: McGraw-Hill.

### REFERENCIAS

- Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R., y McManus, C. (eds.), (1997). Cambridge handbook of psychology, health, and medicine. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bayes, R., Limonero, J.T., y Barreto, P. (1995). Assessing suffering. Lancet, 346, 1492.
- Butters, N., Delis, D.C. y Lucas, J.A. (1995). Clinical assessment of memory disorders in amnesia and dementia. Annual Review of Psychology, 46, 493-523.
- Campbell, R. y Conway, M.A. (Eds.). (1995). Broken memories : case studies in memory impairment. Oxford: Blackwell.
- Claparède, E. (1911). Recognition et moitié. Archives de Psychologie Genève, 11, 79-90.
- Ford, C.V., King, B.H., & Hollender, M.H. (1988). Lies and liars: Psychiatric aspects of prevarication. American Journal of Psychiatry, 145, 563-572.
- Godfrey, H.P. & Knight, R.G. (1987). Interventions for amnesics: A review. British Journal of Clinical Psychology, 26, 83-91.
- Harris, J. (1985). Everyday memory, actions, and absentmindedness. New York: Academic.
- Helfrich, H. (Ed.). (1996). Time and mind. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Herrmann, D.J. (ed.). (1996). . Basic and applied memory research (2 vols.). New Jersey: LEA.
- Hodges, J.R. (1994). Cognitive assessment for clinicians. Oxford: Oxford University Press.
- Hulme, C. y Mackenzie, S. (1994). Dificultades graves en el aprendizaje : el papel de la memoria de trabajo
- Luria, A. (1980). Neuropsicología de la memoria. Barcelona: Blume.
- Matt, G., Vázquez, C., y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 12, 227-256.
- Parkin, A. J. (1997). Memory and amnesia : an introduction [2nd. ed.]. New York: Basil Blackwell.
- Reed, G. (1988). The psychology of anomalous experience (2nd. edit.). New York: Prometheus Books.
- Rubin, D.C. (ed.). (1996). Remembering our past: studies in autobiographical memory
- Ruiz Vargas, J.M. (ed.). (1991). Psicología de la memoria. Madrid: Alianza.
- Squire, L.R., Knowlton, B., y Musen, G. (1993). The structure and organization of memory. Annual Review of Psychology, 44, 453-495.

- 
- Vázquez, C. (1983). Psicopatología de la memoria. En A. Polaino (Ed.), Psicología Patológica. (Vol. 1). Madrid: UNED.
- Vázquez, C. (1986). Sistemas de autorreferencia y esquemas cognitivos. Revista de Psicología General y Aplicada, 41, 1095-1113.
- Vázquez, C. (1995). Limitaciones, errores, y sesgos en el procesamiento de la información: la ficción de la teoría del «hombre científico». En M.D. Avia y Sánchez-Bernardos, M.L. (Eds.), Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales (pp. 185-225). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Florit, A., y López, B., (1996). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación (pp. 265-292). Madrid: Siglo XXI.
- Wilson, B.A. y Moffat, N. (1992). (Eds.), Clinical management of memory problems. London: Chapman & Hall.

#### **Lecturas complementarias**

- Borges, J.L. (1944/1989). Funes el memorioso. En Obras Completas. Barcelona: Emecé. Una divertida y profunda reflexión sobre la naturaleza de la hipermnnesia y la construcción de la realidad.
- Luria, A. (1976). Pequeño libro de una gran memoria. Madrid: Taller JB. En la más clásica tradición clínica, Luria narra las características psicológicas de un portentoso mnemonista ruso que se ganó la vida en espectáculos circenses.
- Sacks, O. (1987). El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Muchnik. Una fascinante narración, con casos clínicos ejemplares, de síntomas clínicos (alucinaciones, amnesias, etc.) de origen neurológico.

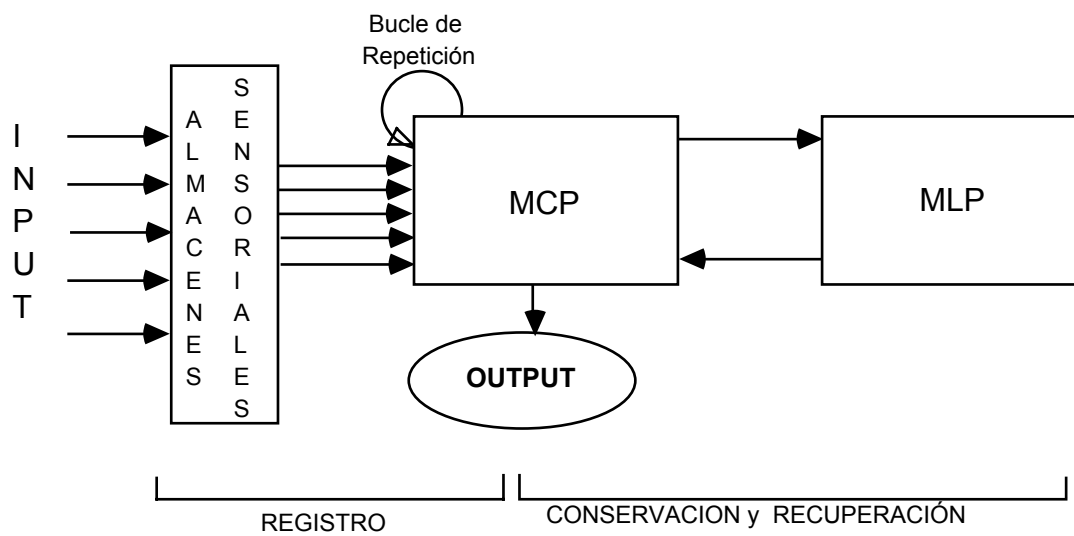


Figura 1. Modelo estructural de la memoria propuesto por Atkinson y Shiffrin (1968).

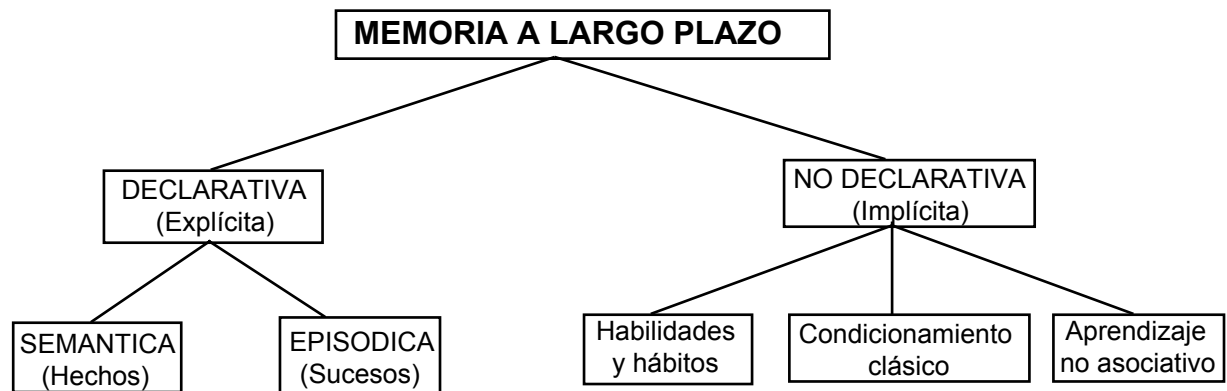


Figura 2. Componentes de la memoria a largo plazo. (Adaptado de Squire, 1992).

—

	CONTENIDOS	EJEMPLOS	BASES NEUROANATÓMICAS
<b>EXPLÍCITA</b>			
Episódica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodios y sucesos vividos personalmente. Específicos a un momento o un contexto concretos.</li> </ul>	Acordarme de cómo y en qué momento esta misma mañana cerré con llave.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema límbico</li> <li>• Lóbulos frontales y temporales</li> </ul>
Semántica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocabulario, datos, conceptos, información general, etc. no específicos a un momento o a un contexto concreto</li> </ul>	Saber para qué sirve una llave o poder definirla	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neocórtex temporal y parietal</li> <li>• Diencefalo</li> <li>• Estructuras medias temporales</li> </ul>
<b>IMPLÍCITA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades motoras (coger los cubiertos, vestirse,...)</li> <li>• Condicionamiento clásico</li> <li>• Asociaciones emoción-cognición</li> </ul>	Movimientos necesarios para el acto de cerrar con una llave	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganglios basales</li> <li>• Córtex cerebral</li> <li>• Cerebelo</li> </ul>

Tabla 1. Subdivisiones y sustratos neuroanatómicos de la MLP. (Basado en Hodges, 1994; Squire et al., 1993; Tulving, 1990).

—

---

**Enfermedades médicas sistémicas**

Deficiencia tiamínica (síndrome de Korsakoff)

Hipoglucemia

**Enfermedades cerebrales primarias**

Convulsiones

Trauma encefálico

Tumores cerebrales (tálamo y lóbulo temporal preferentemente)

Enfermedades cerebrovasculares (ídem)

Encefalitis debidas a herpes simple

Hipoxia (intoxicación por CO, intentos de suicidio por ahorcamiento)

Amnesia global transitoria

Terapia electroconvulsiva

Esclerosis múltiple

**Ingesta de sustancias**

Uso y abuso de alcohol

Neurotoxinas

Benzodiacepinas

---

TABLA 2. Causas frecuentes de los trastornos amnésicos. (Adaptado de Kaplan et al., 1996; Parkin, 1997; y Vázquez, 1990)

<p align="center"><b><u>TESTS de MEMORIA EPISÓDICA ANTERÓGRADA</u></b></p> <p><b>Verbales</b>  Recuerdo de información compleja verbal, a veces a modo de historias, presentadas en el test (ej.: Rivermead Behavioural Memory Test)</p> <p>Pruebas de reconocimiento de palabras presentadas en el test (ej.: Test de Memoria de Reconocimiento de Warrington)</p> <p>Aprendizaje de listas de palabras (ej.: test de Aprendizaje Verbal de Rey)</p> <p><b>No verbales</b></p>	<p align="center"><b><u>TESTS DE MEMORIA SEMÁNTICA</u></b></p> <p><b>Información pública</b>  Test de Caras famosas (no validado en nuestro país): identificación de la cara de gente famosa de varias décadas sucesivas.</p> <p>Tests de Sucesos Famosos, a través de fotos o cuestionarios, ocurridos a lo largo de varios periodos.</p> <p><b>Conocimientos generales</b>  Tests de vocabulario y conocimiento general (ej.: escalas de vocabulario de la Escala Weschler)</p> <p>Fluencia de categorías (dar listas de ejemplos de categorías como “animales”, “frutas”, etc.)</p> <p>Identificar el dibujo correspondiente a un nombre (ej.: manzana)</p> <p>Tests de conocimiento verbal (ej.: “¿tienen alas los canarios?”)</p>
<p align="center"><b><u>TESTS de MEMORIA EPISÓDICA RETRÓGRADA</u></b></p> <p><b>Información autobiográfica</b>  Entrevista de Memoria Autobiográfica (recoge información de la escuela, del comienzo de la edad adulta, y reciente)</p> <p>Técnica Galton-Crovitz de pistas verbales: se pide recordar sucesos personales ante una serie de palabras evocadoras (bote, tren, bebé,..)</p>	

Tabla 3. Resumen de algunas de las pruebas más utilizadas para evaluar clínicamente la memoria (Hodges, 1994; López, Florit, y Vázquez, 1996)

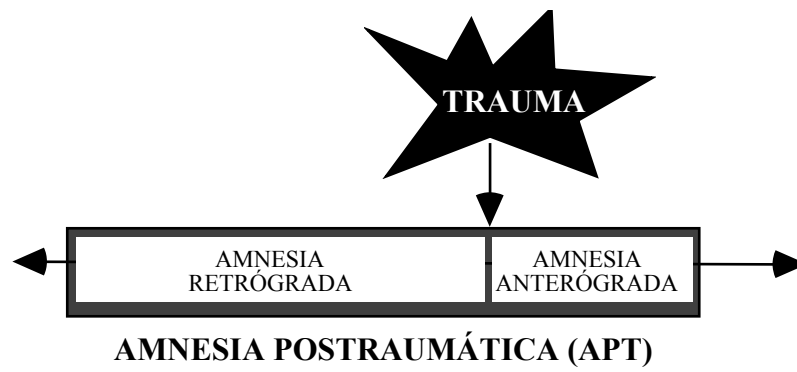


Figura 3. Amnesia postraumática (APT) en traumatismos craneales.

—

	<b>Precisión de los relojes bancarios</b>	<b>Rapidez al caminar</b>	<b>Rapidez de la Oficina de Correos</b>
Japón	1	1	1
Estados Unidos	2	3	2
Taiwan	3	5	4
Inglaterra	4	2	3
Italia	5	4	6
Indonesia	6	6	5

Tabla 4. El ritmo de vida en seis países, evaluado a través de varios indicadores. Los números indican el puesto obtenido por cada país en el estudio comparativo. (Basado en estudios de Levine, 1985, 1990).