

Por el Profesor de Clínica Psiquiátrica en la  
Universidad Central —————

X Sr. Dr. Julio Endara————

X CATEDRA DE CLINICA PSI-  
QUIATRICA————



ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

## SEMILOGIA DE LA MEMORIA (1)

PSICOFISIOLOGÍA.—Sín temor de errar puede afirmarse que la memoria representa la gran encucijada de los fenómenos psíquicos; a ella convergen, aportándole los elementos indispensables para su organización, los procesos elementales estudiados ya, y en eíla se originan las formas superiores de la estructuración consciente, voluntad, etc. En otras palabras, ningún fenómeno psíquico podría ser interpretado con alguna claridad si no hiciéramos intervenir alguna forma de la actividad mnemónica. «La percepción implica una intervención considerable de elementos sensoriales y con más razón la alucinación; los fenómenos asociativos parecen ser, en gran parte al menos, <sup>REPETICIONES</sup> mnemónicas, actualizaciones de los recuerdos; la misma <sup>AREA HISTORICA</sup> función imaginativa resulta del juego de las adquisiciones <sup>DE</sup> <sup>CENTRO</sup> <sup>DE</sup> <sup>INVESTIGACIONES</sup> <sup>INTEGRAL</sup> de la memoria. La personalidad no puede concebirse sin la persistencia de los recuerdos. Se relacionan también con la memoria —al hábito de ciertas consecusiones regulares— los grandes principios racionales como aquel de la casualidad. Y el desenvolvimiento de la ciencia, de las leyes y de las teorías, es concebido, frecuentemente, no sin verosimilitud, como un medio de economizar la memoria, de ahorrar la acumulación de hechos concretos a

---

(1) Se comprende que tan importante función haya despertado en los investigadores un gran interés, y que, consecuentemente, las teorías y experiencias realizadas sean extraordinariamente numerosas, y por eso, imposibles de resumirlas, como no sea apelando con insistencia a una síntesis clara, sistemática y bien fundada. Hemos escogido, pues, como principales guías, dos de los trabajos más importantes acerca del asunto, el de H. Piéron, el gran maestro de la psicología francesa, y el de Delacroix. (Ver: H. Piéron: «L' Habitude et la memoire». (1) y Delacroix: «Les Souvenirs»). (2)

retener, para desenvolver nuestra vida práctica, la matematización asegurando al máximo el ahorro» (Piéron).

Descontada la intervención de las percepciones y de sus posibilidades de asociación, puede decirse que lo característico, lo esencial de la memoria es la *aptitud de evocación*. Gracias a ella va elaborándose la experiencia, la personalidad, con sus múltiples posibilidades. No es extraño, por esto, que se haya llegado a considerar a la memoria como uno de los caracteres capitales de la organización biológica.

Debe entenderse que al decir la «aptitud de evocación» consideramos dos casos: 1.º La evocación voluntaria, más o menos fácilmente exteriorizable, y 2.º La memoria latente que obedece a factores catatípicos (afectivos), haciendo irrupción súbita, pero con caracteres claros, o apareciendo deformada, disfrazada, como se constata frecuentemente en las psicosis y neurosis. Los psiquiatras modernos, en especial los psicoanalistas insisten, con razón, mucho sobre ello. Recordemos las palabras de Kretschmer: «Nunca se desconfiará suficientemente de la memoria en general y más en particular de aquellos sujetos nerviosos, jóvenes, atacados de inestabilidad psíquica. Corrientes afectivas, deseos, temores y aprensiones ejercen, sobre la manera como se agrupan los materiales mnemónicos, la más profunda influencia». (3)

Pero la entraña misma de la memoria es más compleja y significativa aún. Es una liberación del presente. Representarse el pasado y el porvenir es, en realidad, formar la noción de un orden de cosas en el cual el presente, este absoluto de la conciencia inmediata, se ha convertido en un momento en otros momentos, en una pieza de trama indefinida. (Delacroix) Porque mira y evoca el pasado y con sus elementos proyecta sus construcciones hacia el porvenir, la memoria es *orientación*, «La construcción del orden temporal de los recuerdos se basa sobre un proceso de esquematización y de sucesiva interpolación lógica o asociación. Ante todo, nosotros fijamos algunos recuerdos que forman casi los pilares sobre el camino de nuestro pasado, aquellos que se refieren a acontecimientos de primera importancia para nosotros, y que dividen nuestra vida en épocas» (Bonaventura) (4).

**FORMAS DE LA MEMORIA.**—La formación de un engrama inicial, de una primera fijación mnemónica, parece distinta de

la formación del hábito, del razonamiento, etc., por la complejidad característica de cada una de ellas, por su heterogeneidad. Consideraremos, por lo tanto, separadamente, el problema de las persistencias sensoriales, el del hábito, el de la diferenciación de una memoria estática de imágenes y el de una memoria dinámica de encadenamientos asociativos. (Piéron)

1º.—*Persistencias Sensoriales*.—A menudo suele considerarse el período de un amortiguamiento de una sensación como la fijación mnemónica inicial, sin embargo de que es indubitable el hecho de que no toda sensación deja una huella permanente tras de sí. Y aunque por lo general coincide la fase de amortiguamiento de la sensación con la fijación mnemónica, no siempre tienen una relación de causa a efecto; la primera, verdaderamente, sólo es un *persistencia sensorial*, que puede o no dejar su recuerdo; la segunda — la memoria — es un fenómeno positivo nuevo.

2º.—*Capacidad de aprehensión y memoria inmediata*.—La persistencia sensorial pasajera que se determina buscando el máximo de un número de elementos (cifras, letras, silabas, etc.) que un individuo puede retener después de una presentación única, tampoco implica una fijación mnemónica, pues ésta es más tardía <sup>ÁyE</sup> y comporta una persistencia durable.

Aparte de las variaciones individuales, la memoria inmediata varía con la edad del sujeto y la naturaleza de los elementos a retener. Así la memoria inmediata del niño y del viejo son inferiores a la del adulto.

3º.—*El hábito y la memoria*.—Igualmente erróneo es hacer del hábito —fenómeno motor— sólo un fenómeno muscular. Cierto que llega a perfeccionarse por la repetición sistemática y frecuente de los movimientos necesarios —montar a caballo, escribir en máquina, etc.—, sin que intervenga casi, en cierto período, la atención. Pero para llegar a consolidarse requiere de la participación del sistema nervioso superior; más aún, sufre la influencia inmediata de los centros cerebrales, como lo comprobamos inmediatamente por la existencia de fenómenos mórbidos del tipo de las afasias y de las apraxias. En algunas de ellas, a pesar de que las lesiones cerebrales no impliquen ninguna incapacidad motora, los actos habituales son imposibles de ejecutar, y para hacerlo,

los enfermos tienen que someterse a un nuevo aprendizaje. Los recuerdos motores complejos han desaparecido sin que haya parálisis motora.

El hábito, pues, es una forma de memoria parecida a las otras, y se comprende, en la actualidad, la enorme importancia que la actividad motriz tiene en la vida mental; en vez de hacer del hábito una forma de memoria inferior, se tiende a considerarla como un elemento esencial, susceptible de intervenir de una manera casi constante en los fenómenos mnemónicos.

El hábito, en el sentido psicológico, no es la persistencia de un estado como tal, sino la persistencia de un efecto producido sobre el sujeto por este estado; lo propio del hábito es esta propiedad que tiene el sujeto de ser modificado por las excitaciones, de reaccionar diferentemente a las influencias exteriores (Delacroix).

Bergson (5), aún tratando de diferenciar esencialmente la memoria que *imagina* de la que *conserva*, demuestra hasta qué punto marchan ambas intimamente unidas y resume así su ciclo evolutivo: en otros términos, la imagen virtual evoluciona hacia la sensación virtual; este movimiento, al realizarse, realiza a la vez la sensación, de que es prolongación natural y la imagen que ha querido tomar cuerpo con la sensación.

4º.—*Memoria estática y memoria dinámica.*—Aunque en el fondo toda manifestación mnemónica es esencialmente dinámica, es posible distinguir los recuerdos —estados, de los recuerdos— asociaciones.

Los primeros proceden de todas las impresiones sensoriales y se vivifican bajo la forma de imágenes; constituyen la llamada memoria elemental, que jamás se la puede estudiar aisladamente. Para evocarla, el individuo se ve en el caso de apelar a su representación verbal, pues el hombre civilizado, en el curso de su filogenia, ha llegado a clasificar los materiales de su vida psíquica, y luego a organizarlos. Recordar una sensación elemental, por lo tanto, para él, es más bien recordar una síntesis verbal que abarca una representación genérica. «Esta intervención de los procesos intelectuales, que constantemente permite sustituir recuerdos abstractos y verbales a las imágenes sensoriales, hace singularmente delicado el

estudio preciso de la adquisición de estos últimos». Pero no podemos negar su existencia.

*Memoria dinámica.* Al lado de las imágenes, que representarían la memoria estática, se encuentra el recuerdo de los actos complejos, el hábito; éste es esencialmente dinámico porque implica la capacidad de sucesión, en un orden determinado, de movimientos, de contracciones, que pueden servir para la ejecución de actos variados. Pero el hábito no debe comprender sólo las manifestaciones motrices sino la misma memoria intelectual. Con un número de materiales muy limitado podemos efectuar variadísimas e infinitas combinaciones, siempre a base de los recuerdos, sintetizándolas gracias a las representaciones verbales. «Y estas capacidades evocadoras —que constituyen lo esencial de la memoria intelectual— de frases hechas de palabras y aún de palabras hechas de silabas,— pueden ser consideradas como indefinidas, pero no, sin embargo, sin que las capacidades nuevas no tiendan a borrar las antiguas». Las cadenas asociativas que se forman en cada caso tienen la característica de estar siempre polarizadas, es decir que son difícilmente reversibles (no se puede recitar una poesía al revés), en razón del orden cronológico de los recuerdos.

Las cadenas asociativas provocan, en cada caso, evidentes transformaciones en el recuerdo, pues, por una parte, nuestros recuerdos de una anterior impresión o experiencia, son siempre más o menos incompletos y además, involuntariamente llenamos las lagunas de la memoria; parte por cuanto corren a llenar los enlaces acostumbrados de representaciones, y se funden con las representaciones deficientes, parte porque mezclamos nuestro juicio en la mera recordación, para formarnos una imagen del todo, con las partes de la representación verdaderamente recordada que traemos a la memoria.

*Reductibilidad de las dos formas de memoria.* Si por necesidad del estudio tenemos que distinguir entre memoria estática y memoria dinámica, ello no quieren decir que no sean sino dos tiempos de un mismo fenómeno ni que en ambos casos, por consiguiente, no sean sustancialmente dinámicas. Por esto, las leyes de la memoria, que atienden a su mecanismo asociativo, tienen un valor general.

*Memoria Afectiva.* Los fenómenos mnemónicos no están desprovistos siempre de un matiz afectivo. Si reaparece una sensación que primitivamente intervino en circunstancias impresionantes, es capaz de dar origen a emociones iguales o semejantes. En estas clases de asociaciones es, pues, legítimo hablar de memoria afectiva, por lo menos dada la calidad de las representaciones mnemónicas iniciales.

## LAS LEYES DE LA MEMORIA

De su fijación a su completo desvanecimiento.

1a.—*La adquisición.* Generalmente espontánea, es en ocasiones voluntaria. La comprensión de la primera no ofrece dificultades, pues desde la fijación de imágenes elementales hasta la formación de hábitos motrices, la intervención de la voluntad puede ser nula. Cuando es voluntaria, se regula por una serie de factores bastante conocidos. En cuanto a su rapidez de fijación, el principal papel le corresponde a la *atención*: se fija mejor y más pronto si la *atención* es mayor; por eso la eficiencia mental está ligada al manejo voluntario de la potencia de atención. Al lado de ella, o quizá mejor, en su intimidad, orientándola y animándola, se encuentra el *interés*, este mecanismo de coincidencias endógeno-exógenas que tanto influye en la autofilaxia individual y que tanto interés tiene para la pedagogía y la psiquiatría.

En cuanto a las influencias de las emociones sobre la facilidad de la fijación, se encuentran las formas opuestas. Una emoción ayuda a fijar los recuerdos dándoles un carácter vivido intenso, o impide totalmente su formación. Cada una de estas posibilidades depende de numerosas circunstancias, entre las que pueden anotarse la constitución individual, el tiempo, el tipo de emoción, etc.; sus efectos extremos también se los observa en otros dominios de la organización biológica, p. e. en el sistema secretorio y en el de la motricidad.

Hay, en fin, diferencias considerables en la capacidad de fijación para las diversas categorías de recuerdos, sensoriales o asociativos.

*Curva de fijación:* La adquisición de un recuerdo se fija gracias a una serie de percepciones repetidas, discontinuas. Cuando se determina cual ha sido el progreso del recuerdo después de cada esfuerzo de fijación, hasta la fijación total y satisfactoria, se obtienen datos que pueden ser gráficamente representados y constituir una curva de este progreso. En ella se distinguen una fase de aceleración seguida inmediatamente de una inflexión, que al fin de la curva, se convierte en una relajación máxima.

A parte de este dato general, se observan otros: se aprende más pronto leyendo el conjunto de un texto que esforzándose en aprender una parte después de otra —dentro de ciertos límites—; cuando se aprende fragmentariamente, cada nueva adquisición comporta un debilitamiento de la inmediatamente anterior; en las adquisiciones motrices se observan, dentro de las fases de aceleración, frecuentes pausas en que el esfuerzo es nulo, y aún verdaderos descensos.

*Influencia de los intervalos en los esfuerzos de fijación (Ley de Jost):* Para retener una serie de cifras, de silabas, de palabras, etc., el número de lecturas necesarias será menos grande si el intervalo entre ellas es muy considerable que si estas lecturas se encuentran muy cercanas. Fuera de la fatiga que puede intervenir en las lecturas muy cercanas, existe una verdadera *maduración*, una fijación orgánica, implicando un periodo del establecimiento del recuerdo consecutivo a las impresiones sensoriales que forman su punto de partida, susceptible de persistir muy largo tiempo, y cuya duración puede ser valuada gracias a la determinación del intervalo óptimo. (Es la primera fase de la memoria bruta. Cuando se trata de la memoria lógica, múltiples factores pueden enmascarar las leyes fundamentales).

La memoria mecánica consiste en yuxtaponer entre ellas las imágenes auditivas, visuales, motrices, para retenerlas tales como se encuentran al estado bruto. La memoria inteligente constituye un esquema lógico del cual se pasa a las representaciones concretas (Delacroix).

2º.—*El desvanecimiento.* El olvido, hecho innegable, consiste sólo en una disminución de la facultad de reaparición del recuerdo? Las experiencias de Ebbinghaus, entre otras, prueban la existencia de un desvanecimiento, y espon-

táneo, variable según los individuos y la naturaleza de los recuerdos. Si la adquisición es más lenta, los recuerdos son más persistentes.

El olvido representa una de las formas de autofilaxia individual, pues protege contra un acumulo de materiales inútiles. Además, los recuerdos, aparte de la ley del desvanecimiento, están sujetos a una evolución física: su exactitud, con el paso del tiempo, sufre alteraciones notables (omisión, adición, transformación) como lo comprueba la psicología del testimonio. La evolución, pues, depende la orientación de la personalidad en un momento dado, obedece a las preocupaciones, modificaciones del carácter y fluctuaciones de la personalidad. (7)

De entre los recuerdos, los más concretos son los más estables. Cuando intervienen encadenamientos intelectuales, la persistencia queda subordinada a la potencia lógica: las palabras son mejor retenidas que las silabas privadas de sentido, las frases mejor que las palabras.

Estos hechos varían con las diferencias individuales representadas por los tipos de memoria, en los que predominan diferentes elementos sensoriales y su carácter difiere con la edad: en tanto que en los niños y adolescentes la rapidez de adquisición crece con la edad, la persistencia, al contrario, disminuye; en los viejos se observa el fenómeno contrario.

#### ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

3º.—*La intensidad del recuerdo.* Sólo cuando la evocación lo actualiza, deja de ser el recuerdo una mera posibilidad; de donde se desprende que el valor práctico de la memoria reside en la capacidad para la evocación voluntaria. Como sabemos, la evocación se produce por estímulos internos o externos que dispiertan la aparición de recuerdos más o menos organizados en un complejo asociativo; la *actualización* de las imágenes sensoriales se caracteriza porque éstas tienen una intensidad inferior a las de las sensaciones que constituyeron los elementos de la percepción, sin embargo de que en ciertos casos tal diferencia es imperceptible, (a veces se cree que una palabra está correctamente escrita, en tanto que adolece de algún defecto de impresión) o desaparece en condiciones anormales (alucinación).

Con frecuencia las imágenes las *localizamos* en el espacio y en el tiempo; la localización comporta, pues, un recuerdo asociativo: hay posibilidad de evocar en cierto orden,

conforme a la sucesión real, dos complejos sensoriales: esto da la localización en el tiempo. Cuando esta evocación sucesiva se acompaña en la actualización de recuerdos motores de exploración, la localización toma una forma especial.

El ejercicio de la memoria se acompaña de una serie de sentimientos que nos permiten apreciar las modalidades de su funcionamiento. Es así como la evocación aislada de la imagen se acompaña generalmente de un sentimiento de *irrealidad* actual del objeto representado por esa imagen, aunque al tratarse de ciertas formas de la sensibilidad —olfato, p. e.— o de sensaciones muy débiles, tal distinción se vuelva difícil o imposible, u ocurra lo mismo durante el sueño.

Al lado de este sentimiento, hay otro que diferencia el recuerdo de la imagen construida, imaginada; entonces aparece el sentimiento de *irrealidad absoluta* que corresponde a lo inventado.

La potencia de evocación, en cierto grado, está regulada por el grado de tensión de la memoria, que en determinados instantes se traduce por el olvido total o parcial (consciente). Por eso Segond (8) ha llegado a establecer este hecho que pudiera tener el valor de una ley: No hay olvido absoluto, lo mismo que no hay recuerdo absoluto; hay grados diferentes de tensión psíquica: a cada uno de estos grados corresponde un sistema de recuerdos que le es propio, y la intensidad (potencia) del recuerdo está en razón directa o inversa de la tensión, según que la cosa olvidada esté realmente ausente espíritu o virtualmente presente en la memoria.

En el fondo, este sentimiento de *irrealidad* parece ser un esbozo del sentimiento de *reconocimiento*, cuyo mecanismo asociativo es indiscutible. Según el caso, dará la impresión de lo completo o de lo que no satisface, ya que de la riqueza y precisión asociativa depende la localización espacio-temporal. El reconocimiento puede referirse a percepciones nuevas o imágenes construidas, por una ilusión calificada de «ilusión de lo ya visto», o de «falso reconocimiento» (se acompaña frecuentemente de ausencia de todo reconocimiento en los enfermos que presentan amnesia continua: Psicosis de Korsakoff).

Puede ocurrir el caso contrario: el de recuerdos que no pueden ser reconocidos. Este fenómeno parece deberse más bien a un trastorno afectivo que a un trastorno evocativo.

Los recuerdos parecen extraños, son repudiados, han perdido su carácter de intimidad.

El sujeto que no reconoce sus recuerdos está en camino de una ilusión de depersonalización.

Finalmente, la evocación de los recuerdos va acompañada de sentimientos de *conservación* u *olvido*, previos a la evocación misma. Como anticipaciones que son, pueden ser confirmadas o no.

*El problema del mecanismo de la memoria.*—Sus aspectos físico-químico y nervioso contienen todavía una serie de incógnitas para que intentemos resumirlos. Actualmente, es su faz psicológica la que reviste mayor interés. Que la memoria está ligada evidentemente a las propiedades funcionales del sistema nervioso, no se podría discutir. Psicológicamente, pues, podemos afirmar que es una función cerebral. Por lo mismo, el recuerdo está ligado por lo general a la memoria de los centros sensoriales y los recuerdos asociativos a las conexiones de neuronas en la amplia superficie de la corteza cerebral, cuyo estímulo puede encontrarse en las zonas de proyección. La existencia de zonas de asociación explicaría por lo tanto la aparición de afasias y apraxias, que de otra manera no podrían ser explicadas. Cuando las vías de acceso al circuito asociativo han sido atacadas habría amnesia de evocación y cuando la alteración se ha encontrado en el circuito mismo, el recuerdo sería definitivamente abolido. Y si la lesión se localiza en los centros sensoriales, los recuerdos sensoriales elementales se destruyen. Desde luego las amnesias pueden obedecer también a causas funcionales, que, como veremos más adelante, pueden ser transitorias (falta de oxígeno, influencias tóxicas, etc.).

*Evolución de la memoria.*—La evolución mnemónica está caracterizada, en su fase ascendente, por una creciente capacidad de utilización de la experiencia; así la capacidad de reconocimiento crece con la edad, en razón de que el tiempo de latencia, es decir el intervalo que superado, engendra la incapacidad de reconocer, crece también. En la primera infancia los recuerdos son débiles, fugaces y se alteran con gran facilidad. Sin suficiente conexión lógica, se fragmentan, perdiendo así la posibilidad de persistencia. Son las impresiones más vivaces las que despiertan el interés del niño. Más tar-

de, antes que la vivacidad prima el significado; los procesos intelectuales dirigen con más energía sus nexos asociativos. Por eso resulta entonces tan importante la función del aprendizaje, que en sus manifestaciones más complejas caracteriza la edad adulta. «Se puede, pues, asegurar que la memoria progresá con la edad, no como simple y tosca capacidad de fijación sino como tejedora racional del material representativo». (Bonaventura).

La investigación pedagógica, por ejemplo, ha llegado, según Meumann, a estos resultados:

Durante todos los años de la escuela primaria, la memoria de los niños para recordar inmediatamente es mucho menor que la de los adultos; además se desarrolla muy lentamente tanto que a los 13 o 14 años en la edad en que el escolar abandona la escuela, no ha alcanzado todavía toda su eficiencia. En este punto, el escolar de la segunda enseñanza está en mejores condiciones; la parte más importante de su formación intelectual recae en los años en que la memoria alcanza aproximadamente la eficiencia mayor. Ensayos comparativos entre niños y adultos, hasta en personas de 46 años, dieron por resultado que el desarrollo inmediato de la memoria es muy lento hasta los 13 años, desde los 13 hasta los 16 se produce un crecimiento más rápido, desde los 16 en adelante el progreso es todavía pequeño, y desde los 22 a los 25 años el hombre formado (que continúa estudiando) ha alcanzado su mayor memoria; en adelante, en la generalidad de los hombres se produce por lo pronto un estacionamiento.

Sin embargo, la evolución global de la memoria, en su período progresivo, no ofrece un ascenso regular. Todo lo contrario, cerca de los siete años, según algunos investigadores, parece sufrir un olvido considerable de lo pasado; para luego robustecer, de los 7 a las 11 años, su capacidad de ordenación cronológica de los recuerdos y su potencia fijadora.

En cambio de los 12 a los 15 y 16 años —época que corresponde a la llamada «crisis de la pubertad»— en que el crecimiento físico es intenso, la memoria sufre un profundo debilitamiento. Esa facilidad en retener frases, versos, detalles, descripciones de las cosas, con que nos asombra el niño al aprender primero a leer; luego, a los 10 y 11 años en recitar páginas enteras de los compendios que estudia, piérdese repentinamente a los 12 años; su cerebro, acometido por una espe-

cie de parálisis psíquica, se nubla y encuentra difícil no sólo fijar lo nuevo sino conservar lo viejo (9).

Hasta su vocabulario se vuelve restringido y más en concordancia con sus ímpetus afectivos.

Después de estos años de reposo, la memoria deja de ser predominantemente verbal para manifestar una potencia asimilativa de materiales lógicos y constituidos de pensamientos complejos, que es lo característico del adulto.

Cuando sobreviene la fase involutiva —la vejez— y conforme los afectos e intereses se debilitan, el poder de nuevas fijaciones decae mucho. El viejo parece dar la espalda al porvenir para refugiarse en el pasado. Entonces el detalle de lo que recuerda, a veces aparece tan rico, que algunos hasta han hablado de una hipermnesia senil, cuando los recuerdos se localizan en las fases antiguas del individuo.

## TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Aunque no siempre sea posible estudiarlos aisladamente, los trastornos de la memoria pueden referirse a cada una de las fases que hemos anotado: fijación, reproducción o evocación y reconocimiento. Las modificaciones pueden ser de dos clases: cuantitativas y cualitativas. Son las últimas las que interesan mayormente a la **psiquiatría**, pues en su mecanismo intervienen numerosos procesos relativamente independientes de la memoria.

*Trastornos de fijación.*—Los defectos de desenvolvimiento del cerebro así como la existencia de lesiones centrales producen, en muchos casos, fenómenos de déficit adquisitivo. La memoria, como todas las funciones superiores, sufre un grave daño que se transparenta en su escasa plasticidad. Esto, desde luego, no es la regla, ya que ciertos *imbéciles*, cuyo defecto de desenvolvimiento es grande, presentan la aptitud contraria: la hipermnesia. El fenómeno podría interpretarse acaso, en razón de que en tales individuos es sobre todo la memoria elemental la hipertrofiada, ya que su actitud razonadora, aquella en la cual intervienen funciones complejísimas, no alcanza a desarrollarse; su hipermnesia es parcial y presenta muchos grados: desde el recuerdo de la totalidad del calendario hasta la resolución de problemas matemáticos. (10)

Los procesos destructivos lesionales, que existen en los estados demenciales, van acompañados de un gran debilitamiento de la memoria. En la *demencia senil* la adquisición de recuerdos nuevos es casi imposible. Aún los estados emotivos intensos, provocados o no por vía experimental, por más que hayan sido sentidos y comprendidos por el sujeto, caen en el olvido después de poco tiempo. Igual cosa se observa en la parálisis general, en las fases demenciales de la esquizofrenia, en las demencias traumáticas, y en general en todas las psicosis llamadas orgánicas. En todas estas afecciones, como puede comprenderse, no se trata sólo de un trastorno de la memoria, sino que éste es la consecuencia natural de un profundo defecto de la atención, índice constante de los procesos demenciales; y más que un defecto de fijación, lo que se observa es una reducción notable de su permanencia en el tiempo. Los enfermos presentan, al mismo tiempo, lagunas de memoria, persistencia anormal de ciertos recuerdos o aparición de otros que parecían no existir.

Muchas veces se ha afirmado, equivocadamente, que en las distintas formas de *esquizofrenia* es constante el debilitamiento de la memoria. Lo que ocurre es que su autismo exagerado los vuelve desatentos, distraídos.

Como dice Bleuler, (11) interceptan sus asociaciones, lo cual no obsta para que sorpresivamente evoquen el recuerdo de sucesos que en apariencia no impresionaron la sensibilidad. Observación parecida puede hacerse con referencia a los *psiconeuróticos*. El debilitamiento de los *epiléticos* ha sido constatado desde hace mucho tiempo, con la particularidad de que tal debilitamiento casi no se observa cuando los recuerdos se han fijado en circunstancias intensamente afectivas. Entonces, puede decirse que su persistencia es más bien anormal. (\*)

Las distimias pueden presentar hipermnnesia o dismesia. Los *melancólicos*, que inmovilizan su atención al rededor de

(\*) Refiriéndonos al contenido mnemónico, debemos recordar con Jarpers, que pueden oponerse dos tipos de recuerdos: 1.º los que se relacionan con la cosa principal, y 2.º los que atañen a hechos aislados y claros, pero poco importantes. Ambos se excitan reciprocamente para conseguir la evocación satisfactoria del individuo normal. Cuando amnesia se refiere al primer tipo, se trata frecuentemente de *histéricos* o *emocionados*, y cuando toca más bien al segundo se trata de *epiléticos* u otros estados orgánicos, de *obnubilación mental* etc. (24).

sucesos de matiz depresivo, evocan con lujo de detalles circunstancias en las que su comportamiento, a juicio de ellos, no fué loable, y pormenores insignificantes de su vida. Al mismo tiempo sufren de un debilitamiento notable para nuevas adquisiciones, como no estén relacionadas con sus ideas depresivas. El maníaco, por la excesiva movilidad de su atención, tampoco está en condiciones favorables para nuevas fijaciones, y si éstas llegan a formarse, lo hacen desordenadamente, razón por la cual su persistencia es mínima.

Este, desde luego, no es un hecho constante. Se ha observado, por el contrario, que enfermos melancólicos, agitados y aún estuporosos, conservan el recuerdo preciso —y algunas veces con lujo de detalles— de sucesos ocurridos durante sus crisis y que al parecer no habían llamado en absoluto su atención. Más frecuente es aún comprobar que estos enfermos tienen muy presente el trato que les dieron los médicos, guardianes y enfermeros durante su permanencia en el asilo.

Tan interesante es la fijación mnemónica de los alienados que el distinguido psiquiatra francés Rougues du Fursac, encontró material abundante y significativo al tratar del testimonio de los psicópatas. En su informe al XI Congreso de Medicina Legal, por ejemplo, establece: en su mayor parte, los melancólicos son muy buenos testigos, lo mismo que los alienados afectos de psicosis alucinatoria e interpretativa; los maníacos, cuando pueden declarar, son malos testigos; los atrasados, muy sugestibles, son muy sospechosos; los esquizofrénicos, los epilépticos de asilo son muy malos testigos; los paralíticos generales presentan grandes diferencias individuales que dependen del grado de la afección. (12)

Siempre que hay un trastorno de las asociaciones, como en estos casos, es constante el defecto mnemónico. Es muy intenso cuando existe una profunda transformación de la personalidad, transitoria o permanente: confusión mental, estados crepusculares, episodios confusionales de la demencia senil, etc.

Siempre que son factores tóxicos o alteraciones nutritivas los que determinan el trastorno mental, el debilitamiento mnemónico es evidente; por esta razón constituye uno de los síntomas precoces de gran parte de los cuadros psiquiátricos (uremia, tumores cerebrales, alcoholismo, etc).

Cuando el síntoma dominante es el defecto mnemónico y este es intenso, puede ser causa de la desorientación en el tiempo, mientras se conserva la noción de la propia persona-

lidad y la capacidad para el reconocimiento de los lugares (Tanzi). (13)

El debilitamiento de la memoria (dismnesia) total o parcial, puede referirse al pasado (evocación) o al presente (fijación). Primera etapa de un debilitamiento intelectual, puede ser consciente (psicastenia), o inconsciente (confusión mental). En el primer caso se traduce por una viva preocupación de la enferma, que no sólo se queja de olvidar el pasado, sino de la imposibilidad de retener lo reciente. Las quejas son sucesivas, porque la dismnesia del psicasténico es momentánea y transitoria (Ritti). (14)

Las traumatismos intensos del cráneo producen frecuentemente una amnesia transitoria —aunque el individuo no pierda totalmente el conocimiento—. El olvido entonces comienza desde el momento del accidente y abarca algunas horas o algunos días, según el caso. El mismo fenómeno puede presentarse en otros casos: *intoxicaciones, ataques epilépticos*.

*Trastornos de la evocación y conservación mnemónica.* Las amnesias constituyen las principales modificaciones. Según Benon, pudieran estudiarse:

- 1º. Con relación a su causa y al tiempo;
- 2º. Según la localización de la amnesia con relación a la vida del sujeto (lacunar o difusa);
- 3º. En atención a las alteraciones cuantitativas de la memoria (extensión de la amnesia en superficie o en profundidad);
- 4º. En atención a las alteraciones cualitativas (cualidades generales: fijación, evocación, reconocimiento) o especiales (visuales de los lugares, personas, palabras, etc.);
- 5º. Según su sistematización (ideas, cálculo, cifras, hechos, etc.). (Barbé). (15)

Vamos a estudiar las formas más interesantes.

La clasificación de las amnesias en orgánicas y funcionales, aparte de su escaso valor científico —esos dos términos no se contraponen sino que el uno queda involucrado en el otro— no corresponde a una evolución peculiar de cada una de ellas. Todo lo contrario: ciertas amnesias orgánicas pueden retroceder (remisiones de la parálisis general), y otras, funcionales, (?) pueden ir hacia la cronicidad (alcoholismo).

En psiquiatría interesa más bien la distinción entre *amnesia anterógrada* y *retrógrada*. La primera, llamada tam-

bien continua, consiste en la incapacidad de formar recuerdos y la segunda en el olvido de recuerdos ya fijados. La amnesia retrógrada puede ser brusca o progresiva; ella es general, es decir que ataca indiferentemente a todos los recuerdos, o parcial, es decir, sistematizada; entonces ataca sólo a tal o cual clase de recuerdos. Generalmente puede ser localizada, es decir referirse a un periodo determinado, o total.

La amnesia anterógrada o continua consiste, pues, en que el enfermo en lugar de perder algunos de sus recuerdos antiguos, es incapaz de adquirir nuevos recuerdos y por tanto se comporta como un ser consciente o casi consciente. (Delacroix). Se debe a una insuficiencia de la percepción, o mejor a la incapacidad de convertir una percepción en un recuerdo. Por eso aparece en los *epilepticos* (fugas, ausencias) *histéricos*, *confusos mentales*, *intoxicados* y *traumatizados*. A veces un factor afectivo es el que las determina; entonces puede hablarse de apatía afectiva (melancólicos). En casos extremos —*emoción violenta*— la amnesia puede llegar a ser total; cuando es solo parcial constituye un verdadero problema médico-legal. En ambas circunstancias la emoción detiene o suspende, en cierta manera, el trabajo constructivo de la percepción, (oradores en una cámara, examinandos, etc,) y puede presentarse aún en individuos normales. El olvido, cuando está en relación con factores afectivos, obedece en ciertos casos a un mecanismo muy complejo, pues intervienen factores volitivos.

Como afirma Bleuler, hay casos en los que existe la necesidad de hacer que desaparezca de la memoria un cierto lapso, (histeria). Así se origina una limitación temporal de la amnesia en la que su contenido es siempre lo esencial; se diferencia de las demás amnesias que afecta a una época y en que se refiere a un periodo de normalidad. Las *amnesias histéricas*, pues, se caracterizarían por una tendencia a eliminar de la conciencia los recuerdos desagradables.

Todos estos casos son muy significativos para comprender como una evocación mnemónica está dirigida en gran parte por la voluntad, es decir, por los procesos inteligentes, que en cierta forma seleccionan los recuerdos; se trata de una verdadera interpretación de los estados de conciencia.

Siempre que los procesos elementales se encuentras afectados, el desorden de la memoria es constante, ya que la capacidad para la percepción normal es nula o casi nula.

Aparecerá entonces la *amnesia anterógrada*. De allí que ciertos trastornos de las funciones superiores (paranoíta) en las que aquellos no se encuentran esencialmente comprometidos, los desórdenes mnemónicos pueden faltar. Pero cuando la inteligencia está atacada en su conjunto —demencias— el debilitamiento de la memoria es paralelo al del juicio.

La *amnesia retrógrada* algunas veces puede interpretarse por la intervención de los mecanismos que hemos enumerado al tratar de la anterógrada. Pero se distingue de ella en que por lo general sigue la ley del olvido de Ribot, según la cual los recuerdos que primero desaparecen son los recientemente adquiridos, y correlativamente, persisten los más antiguos.

Los fenómenos, sin embargo, en su intimidad, no son tan simples como podría pensarse recordando la observación del psicólogo citado. El progreso del recuerdo es un acto complejo: no es simplemente una *imagen*, un hecho de repetición mental, sino *un juicio sobre la imagen en el tiempo*; lo que parecería a primera vista un hecho de asociación pura y simple, dirigida por la ley del hábito, supone en realidad una *potencia de construcción*, que un examen profundo pone de manifiesto. *La evocación supone el poder de construir el pasado, de orientarse en el tiempo, y al mismo tiempo de desinteresarse por el presente.* (Delacroix)

Por eso aparece con frecuencia cuando los trastornos de los procesos superiores son intensos, llegando a suprimir los múltiples contactos que rodean al enfermo, como en el caso de la *demencia y la parálisis general*.

Puede ser permanente o transitoria. En el primer caso es progresiva y va acompañada de modificaciones estructurales notables. El olvido de los grandes recuerdos de la experiencia individual es un índice de la destrucción de la personalidad.

La *amnesia retrógrada* y la *amnesia anterógrada* se asocian frecuentemente y van acompañadas de otros trastornos mentales. *La demencia senil*, fuera de su incapacidad de fijación de nuevos recuerdos, presenta un exceso de facilidad de evocación de los viejos, junto con su puerilismo emotivo e instintivo que no sufre modificaciones por la experiencia

actual del enfermo; dicho exceso sufre un debilitamiento progresivo y constante que acaba por arruinar totalmente la personalidad, paralelamente a la ruina de la inteligencia. Lo mismo ocurre en la *parálisis general*, fuera de sus períodos de remisión, y en el síndrome de Korsakoff, cada uno con distinta constelación sintomática.

*Las amnesias traumáticas*, en sus distintas formas (traumatismo físico o commocional o emocional), frecuentemente presentan la forma retrograda, o, lo que es más común, mixta. En cuanto a su extensión, son bastante amplias; abarcan el momento del accidente y sus consecuencias inmediatas y el un período anterior, más o menos largo, al accidente.

Según las observaciones de Dumas, (16) la amnesia lacunar es más completa en los commocionados que en los emocionados, a causa de la pérdida del conocimiento; hay amnesia retrógrada y amnesia anterógrada, variada y caprichosa. Al tratar de las amnesias, en las alteraciones confusionales observadas durante la última guerra mundial, el Profesor Dumas, dice: Tenemos pues amnesias retrógrada y amnesias anterógradas o de fijación que traducen la dificultad de evocación o de asimilación; pero las amnesias de evocación se han presentado muchas veces bajo una forma global tanto más extraña cuanto que ellas continúan de ordinario en plena convalecencia, ~~AI~~ tanto que la actividad del espíritu tiende a volver a la normal; y las amnesias de fijación, como las amnesias de vocación, se han presentado frecuentemente bajo formas tan especiales, tan electivas, que se podría hablar de cegera verbal o de sordera verbal, de cegera musical o de sordera musical. Nosotros pensamos que son múltiples las causas que intervienen aquí para determinar las diferentes manifestaciones de la amnesia confusional.

En los emocionados la amnesia anterógrada se explicaría por la interrupción brusca del curso de la conciencia, que impide la fijación de los recuerdos.

Dada la importancia de los trastornos mnemónicos en ciertas afecciones mentales, creemos conveniente sistematizar sus caracteres clínicos con el fin de facilitar el diagnóstico.

Entre la amnesia de tipo demencial merecen destarcarse las siguientes:

*Amnesia esquizofrénica.* Hemos anotado ya que la esquizofrenia no presenta siempre, como se creía antes, un

déficit considerable de la memoria y menos aún amnesia. Sin embargo conviene anotar en sus fases demenciales, el único trastorno intelectual y amnésico consiste en la pérdida del valor afectivo de las representaciones y de los recuerdos, aparte de la oposición que se establece en su espíritu entre la idea de espacio y la de tiempo. Sus recuerdos se localizan muy bien en el espacio pero se disgregan en el tiempo a tal punto que en el sentimiento de sucesión desaparece. Entonces el mundo tiene para el enfermo una apariencia de vacío, de frialdad y de evidente inconexión. Sus representaciones, por haber perdido su aliciente efectivo, son puramente intelectuales, y, con frase de Bergson, sólo dan la noción de lo discontinuo y de la inmovilidad. El enfermo de le Laforgue y Allendy decía: Las cosas que me circunda están como como muertas, como casas inhabitables. No son ruinas porque éstas tienen al menos su poesía (17). Como se ve, el defecto de percepción del tiempo obedece no a una falla esencial de la memoria sino más bien a la disociación psíquica intensa, que representa uno de los caracteres fundamentales de la esquizofrenia. Por lo demás, pudiera decirse, de acuerdo con Bleuler que estos enfermos cuando parecen experimentar un debilitamiento mnemónico es que padecen las consecuencias de la «distracción esquizofrénica».

**ÁREA HISTÓRICA**  
**DE COLECCIÓN INTEGRAL**

*La amnesia de la Parálisis general.*—Los trastornos de la memoria, en esta afección, abarcan sus formas principales y revisten caracteres típicos. Lo primero en desaparecer es la memoria afectiva, razón por la cual el paralítico general rompe su contacto con el medio: su comportamiento sorprende por el olvido de los hábitos de significado social (infracciones imprevistas de las normas políticas elementales, descuido del vestir, exhibicionismo, excesos de toda clase; en una palabra, olvido de los sentimientos morales). En ciertos casos, más que de olvido podría hablarse de «una inversión de la fórmula normal de los hábitos» por disociación afectiva, pues a pesar de su irritabilidad emocional, es insensible para las demás tracciones que afectan la afectividad superior. Y entonces su comportamiento resulta discordante: benevolencia mórbida, insensibilidad para las desgracias familiares, generosidad desordenada que a veces es una verdadera dilapidación, etc. Esta discordancia es muy duradera, al contrario de la que aparece en la demencia precoz, en la que resulta transitoria. Sólo

desaparece muy tarde, en el período paralítico, cuando el enfermo animado tan sólo por los reflejos orgánicos, ha olvidado hasta el sentimiento del yo; es en este momento que se parece muchísimo al demente esquizofrénico.

Pero mucho antes de llegar a este estado, es decir cuando comienza a pervertirse su memoria afectiva, también desaparece su sentido estereognóstico psíquico, lo cual se comprueba por su ineptitud, que a veces es una verdadera incapacidad, para las actividades profesionales y aún para los actos más elementales de la vida diaria. El paralítico general no sólo que deja de perfeccionarse sino que su memoria presenta un déficit irregular y lacunar.

La amnesia de fijación es menos marcada que la amnesia de reproducción.

En el fenómeno del recuerdo de las imágenes, la *localización del recuerdo en el pasado* está alterado en estos enfermos. La noción de duración desaparece pronto con la del espacio: el paralítico general se extravía en el pasado.

Su déficit intelectual se manifiesta, entre otros signos, también por la pérdida de la semántica, que en cierta fase llega a la amnesia verbal. Entonces el lenguaje queda reducido a un tartamudeo incomprensible, al través del cual se distinguen algunas palabras, siempre las mismas, últimos despojos de un vocabulario desaparecido. (18) (Mlle Pascal).

Como se ve, los **trastornos mnésicos**, en los paralíticos, son del tipo global.

El Dr. Adolfo Sierra, al determinar experimentalmente los tipos mnésicos en psiquiatría, llega a esta conclusión refiriéndose a los paralíticos generales: la decadencia de la memoria en sus diferentes tipos mnésicos corre parejas con el derrumbe progresivo de las otras funciones psíquicas: atención, voluntad, afectividad etc. Sólo por excepción suele observarse la supervivencia de uno que otro tipo mnésico determinado. (19)

Por su interés para el diagnóstico precoz de la afección, debemos anotar que entre las anomalías nmémicas que se constatan, destácase su incapacidad notoria para el cálculo. Hemos tenido ocasión de constatar, a este propósito, algunas veces, la veracidad de las conclusiones de Catalán. (20):

1º. En la parálisis general progresiva, el debilitamiento intelectual progresivo —que es uno de los síntomas cardinales de la enfermedad— se manifiesta de manera precoz. Prácti-

camente es de capital interés tratar de ponerlo en evidencia desde el comienzo de la misma.

2º. Además la prueba del cálculo merece un lugar importante tanto por la facilidad de su empleo como por la constancia de sus resultados obtenidos al comienzo de su enfermedad.

3º. En esta última prueba se puede constatar:

a) En general, las adiciones y substracciones, operaciones simples donde la memoria entra poco en juego, son hechas correctamente. Los enfermos encuentran las más grandes dificultades cuando se trata de la multiplicación y la división —operaciones «compuestas»— en las cuales el razonamiento entra por una gran parte y que son de adquisición más reciente.

b) Los errores son más frecuentes cuando la enfermedad es más avanzada, el enfermo menos entrenado en el cálculo y cuando las operaciones se hacen con mayor número de cifras.

*Amnesia senil.*—Aunque muy semejante a la de la amnesia esquizofrénica, los trastornos nmésicos de la demencia senil presentan sus caracteres distintivos. *La amnesia afectiva*, en general, es menos grave que en los esquizofrénicos. Dada su apariencia correcta y sus escasas y poco frecuentes impulsiones, la ruina moral es menos aparente. Conservan mejor sus hábitos y siempre que su modalidad de vida no se altere, guardan la compostura propia del trato social. Pero su debilitamiento intelectual aparece a poco menester.

El presente real desaparece, los sucesos ya no dejan huellas, la noción de duración desaparece antes que la del espacio. El demente senil se orienta todavía durante largo tiempo en el pasado, pero se confunde en el presente. La amnesia anterógrada es un signo precoz de la demencia senil; la amnesia retrograda, el olvido de las adquisiciones organizadas del pasado se instala progresivamente. Las imágenes y las ideas no desaparecen siempre en el orden inverso de su cronología de aparición, según la ley de Ribot; la amnesia de los dementes seniles es irregular y lacunar. El proceso mórbido sigue siempre la línea de la menor resistencia y ataca a los recuerdos más débiles. Es imposible formular una ley precisa de la desaparición de los recuerdos, pues el cuociente de la estabilidad varía con cada enfermo; además el proceso mórbido no

presenta siempre el mismo grado de toxicidad. Cuando la regresión mnemónica es bien sistematizada, parece que el enfermo volviera a vivir sus años juveniles, y con más frecuencia aún, su época infantil: razona y actúa como si fuera un niño; escenas hasta entonces olvidadas, reviven con tal lucidez, que el enfermo tiene la ilusión de volver a actuar en ellas, guiado por las impulsiones y fervores propios del período a que corresponden sus recuerdos.

Cuando se trata de una demencia senil de evolución lenta y regularmente progresiva, es fácil distinguir que los recuerdos más adherentes se reunen en dos grupos:

1º. Aquellos que forman parte de un agregado complejo y están cargados de afectividad.

2º. Aquellos que han sido repetidos con frecuencia. Pero el carácter dominante de la amnesia senil es la conservación de la *semántica y del valor afectivo* de las representaciones; éstas pierden su nombre, pero guardan su significación y sus lazos afectivos. Aún muy empobrecido intelectualmente, el demente senil no es jamás incoherente como el demente precoz; el pensamiento es coordinado aunque limitado, el lenguaje es correcto aunque incompleto. El enfermo usa perifrasis o palabras vagas como «la máquina», «la cosa». La amnesia senil es ante todo una amnesia verbal; a veces las palabras desaparecen en un orden determinado, como si la enfermedad conociese la gramática (proceso análogo a la afasia), los nombres propios, los nombres comunes, los adjetivos, los verbos; *los más estables son los verbos*. Se debe señalar que en ciertos casos la imaginación creadora juega el papel de una actividad vicariante: el enfermo fabula, hace relatos pueriles que suplen a la amnesia. En la *presbiofrenia* la fabulación constituye un síntoma de primer orden. (Pascal).

La actividad intelectual, pues, en el demente senil, queda subordinada a los trastornos nmésicos, como lo veremos mejor al tratar del razonamiento y del juicio.

*Amnesia epiléptica.*—La amnesia, al decir de Logre, (21) es un síntoma psíquico mayor de la epilepsia. Aparte de la amnesia comicial —anterógrada— son de interés las que aparecen en las fugas y ausencias.

En estos casos, a pesar de la coordinación satisfactoria de sus actos, que ciertamente demandan cierta lucidez para su ejecución, el enfermo no recuerda nada de cuanto ha ocu-

rrido durante la crisis. Lo mismo se constata después de los *accidentes confusionales*, en los que suelen abundar las impulsiones.

Mientras no sobrevienen signos demenciales o de decadencia intelectual, los epilépticos presentan amnesia lacunar de fijación. Pero si aquellos aparecen deja de poseer el tipo paroxístico. Entonces la dificultad de fijación es continua y aún aparecen trastornos propios del tipo retrógrado, acompañados de amnesia afectiva.

*La amnesia histeria* aún cuando simula los caracteres de la epiléptica, puede desaparecer a continuación de procedimientos sugestivos diversos; su mecanismo íntimo acaso puede explicarse por los estímulos hipobúlicos bien estudiados por Kretschmer. (22).

*Amnesia del Síndrome de Korsakoff.*—Se la reconoce por la triada siguiente: *Amnesia de fijación, falsos reconocimientos, fabulación*. Sus caracteres típicos permiten diferenciarla de las otras: esta amnesia es una *amnesia de fijación* o de inscripción, pues el espíritu del enfermo no registra ya con claridad los sucesos actuales, pero posee estas particularidades: a) es *continua*, no refiriéndose a un paroxismo, como la epiléptica, sino al transcurso de los sucesos durante un período frecuentemente largo; b) está *limitada a los* sucesos recientes, en tanto que a los antiguos, anteriores a la afección actual, están mejor conservados; es *inconsciente*, pues el enfermo no nota su amnesia o la estima mal durante el período mórbido; es *fabulante*. La imaginación, gracias a la amnesia inconsciente, crea con los recuerdos antiguos, mejor conservados, novelas por lo general muy pobres. (Logre).

*Las amnesias confusionales*, con frecuencia de origen tóxico, son oscilantes y fragmentarias. Siguen un camino paralelo a las fases variables del topor que caracteriza la afección. Durante la crisis hay una *amnesia de evolución*, y después de ellas una *amnesia fragmentaria de fijación*.

*Las amnesias simuladas* tienen caracteres muy precisos: son *utilitarias* —sirven los intereses del sujeto; —*electivas*— se olvida el recuerdo del delito cometido, p. ej. pero no el de las circunstancias atenuantes—; *paradojales* o *contradictorias*. Amnesia total, sin otro síntoma de epilepsia, p. ej.; *sugestivas*

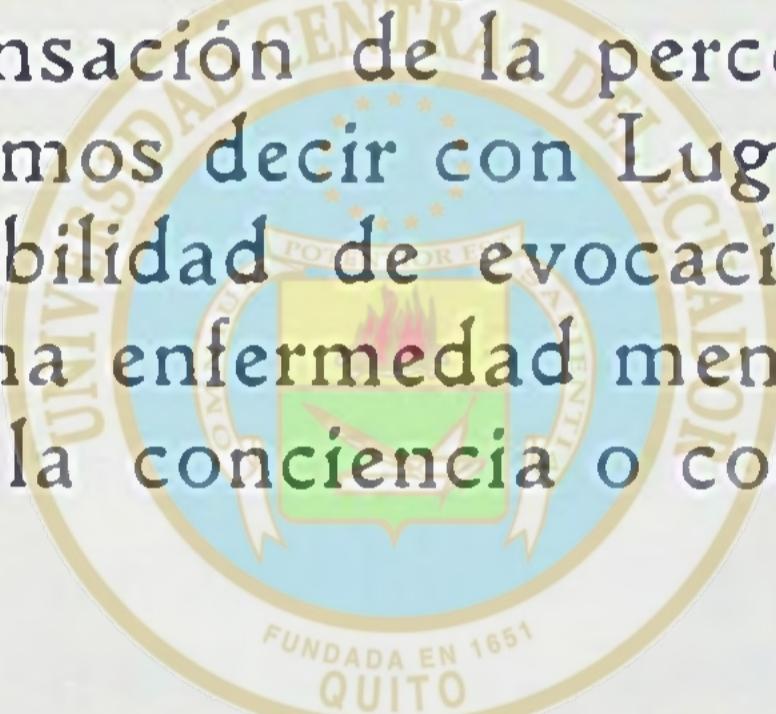
bies —se complican bajo el estímulo sugestivo del medio— y por fin son sancionadas por un delito flagrante o una confesión. (Logre).

He aquí un caso muy demostrativo: Se trata de un homicida argentino que después de haber declarado ser autor del crimen trata de simular una demencia epiléptica, ocho días después del crimen, y a continuación de una conferencia con su abogado, declara no recordar muchos detalles que los refiriera anteriormente. Al día siguiente nuevo interrogatorio. El número de cosas no recordadas fué mayor. En sesiones posteriores llega a afirmar que hasta había olvidado todo cuanto se refería al delito y desde luego, a su consumación. Esta amnesia que no iba a acompañarse de ningún otro síntoma, y que se había presentado en un individuo exento de trastornos psíquicos anteriores, por su carácter repentino, su evolución rápida y por un escrito posterior del abogado que lo defendía no podía ser sino simulada. Herido el Juez por lo burdo de la comedia y apurado por los reclamos de pronta justicia, resolvió proceder personalmente a la resolución del enigma, sin retardar el asunto con peritajes innecesarios. Hizo llamar de improviso al acusado y le comunicó que en vista de haber olvidado todo lo ocurrido se le daría lectura de sus primeras declaraciones relativas al delito para darle conocimiento de lo actuado, pudiendo agregar o enmendar cuanto quisiera antes de cerrarse el sumario. Diósele en el acto lectura de sus declaraciones invirtiendo en sentido desfavorable al acusado ciertas circunstancias sobre las cuales había insistido mucho al prestar declaración por serles favorables. Inmediatamente de oír los pasajes cambiados y sin esperar la terminación de la lectura interrumpió muy irritado al lector, afirmando que esa circunstancia había ocurrido al revés de cómo se afirmaba; habiéndose falseado su declaración. El Juez lo hizo entrar en la discusión detallada del punto en discrepancia y terminó haciéndole observar que el recuerdo preciso de todos esos hechos y detalles bastaban para probar la falsedad de su pretendida amnesia. (23)

*Trastornos de la evocación mnemónica.*— Ya hemos anotado que frecuentemente es fácil decir, a propósito de ciertos desórdenes, qué parte le corresponde a la conservación mnemónica y cual a la capacidad de evocación. Desaparecido el recuerdo, es claro que el reconocimiento se vuelve sumamente difícil,

cuando no imposible, como ocurre en los dementes seniles (que desconocen a sus parientes próximos y amigos íntimos, etc.). En estos casos también sufre la memoria de fijación (una impresión recibida hoy no la recuerda después de pocas horas o pocos minutos), por lo cual bien valdría hablar de trastornos mnemónicos globales.

Algunos autores incorporan a este grupo los trastornos asimbólicos del tipo de la afasia, pero su importancia reside más bien en el campo de la neurología, razón por la cual no insistimos en ella. De todos modos, en las distintas asimilaciones—afasias, agrafias, apraxias—, debe recordarse que a pesar del buen funcionamiento de los órganos de recepción o de los de expresión, ha desaparecido la imagen, o mejor dicho, el símbolo correspondiente a una palabra, a una sucesión de notas musicales, a un movimiento, etc. Por eso dice Tanzi: «perder el recuerdo de las imágenes sensoriales no es lo mismo que perder la sensación de la percepción y del estilo correspondiente». Podemos decir con Lugaro que el olvido total o parcial por imposibilidad de evocación es de regla en los convalecientes de una enfermedad mental que haya ocurrido con ofuscamiento de la conciencia o confusión de las ideas.



## TRASTORNOS DEL RECONOCIMIENTO

AREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

*Paramnesias.*—Para Bleuler, más interesantes que las inexactitudes mnemónicas y desde luego que las hipermnésias, negadas por algunos autores como Delacroix, son estos fenómenos de adulteración de los recuerdos, que se designan como ilusiones y alucinaciones de los mismos. Las ilusiones de los recuerdos (paramnesias) se observan tanto en estado normal como en el patológico. Desempeñan un gran papel en los *paranoicos* y *esquizofrénicos* puesto que están ligadas a factores afectivos.

**NO HAY NINGÚN PARANOICO QUE NO ALTERE SUS RECUERDOS  
EN EL SENTIDO DE SU DELIRIO**

Interrogando pacientemente a estos enfermos podemos convencernos de que conservan el recuerdo exacto de lo que

han oido o han visto, pero viene muy pronto la deformación automática de él en un sentido concorde con el delirio. Lo mismo ocurre con los melancólicos, que dan a sus recuerdos una interpretación depresiva, pero con la particularidad de que son los detalles mínimos de su vida los que gracias a su peculiar afectividad toman un sentido desproporcionado. Hemos visto, p. ej. el caso de una enferma que recordaba haber sido reprendida por un amigo de la casa por haber contestado en una forma grosera a su padre. De este episodio deducía que desde ese momento —ocurrido hacia 30 años— su padre comenzó a sufrir de la enfermedad que le llevó a la tumba.

Demás estaria agregar que el delirio de la enferma tenía el carácter de autoacusación.

Fenómenos parecidos se observan, como hemos dicho, en los esquizofrénicos lúcidos y en los litigantes.

*Confusión de la realidad con los sueños.*— Otros fenómenos muy frecuentes en ciertos enfermos —dementes seniles, paralíticos generales, alcohólicos, histéricos, maníacos graves, etc.— es la imposibilidad de diferenciar los recuerdos que corresponden a los sucesos reales de aquellos originados por un ensueño, por un relato, por una lectura. Tal confusión, ocurrida en plena incoherencia de sus cerebraciones, les permite afirmar que han actuado como actores o como espectadores de sucesos reales, cuando sólo lo eran en la fantasía. O el fenómeno contrario. Así un enfermo negaba haber agredido a otro —hecho que ocurrió en realidad— alegando que eso le había ocurrido durante un ensueño que lo refirió a sus compañeros.

*La ilusión de lo ya visto* es otro de los fenómenos que se lo observa con alguna frecuencia. No es el reconocimiento de un estado presente por el sentimiento de lo familiar, ni reconocimiento por asimilación y diferenciación; es el sentimiento de lo único, que es por consiguiente, repetido idénticamente, totalmente repetido, dice Delacroix. Este curioso fenómeno consiste en que el enfermo, ante una situación completamente nueva, no tiene la impresión de su novedad, sino todo lo contrario; le parece que vuelve a vivir escenas pasadas, a contemplar cosas conocido. No por causas de semejanza de los estímulos externos con otros ya conocidos, sino por la repetición de un estado afectivo y quizá por su per-

sistencia a través de la variación constante de las nuevas imágenes. Se encuentra esta especie de ilusión en los episodios ligeramente *confusionales*, en las fases que preceden o siguen al acceso *epileptico*, en los estados *depresivos*, en la *neurastenia*, etc.

Los *esquizofrénicos*, a veces, recuerdan determinados sucesos, colocándose dentro de ellos como si hubieran representado las primeras figuras. Son hechos reales, efectivos, pero de ninguna manera ligados a su propia persona. Así, si talvez algún amigo ha sido víctima de un atentado, el enfermo nos relatará el hecho como si la víctima hubiera sido él, desapareciendo por lo tanto el recuerdo del amigo. A este fenómeno se llama «*apersonización*», y cuando aparece es indicio de un trastorno profundo de la personalidad.

Junto a la ilusión de la memoria debemos colocar otros fenómenos que por su semejanza con otros ya estudiados, se denominan «*alucinaciones del recuerdo*». Así como durante el sueño normal los sueños se fabrican frecuentemente al impulso de asociaciones fantásticas de recuerdos, a veces esas asociaciones aparecen durante la vigilia, en ciertos enfermos. Los hechos relatados, entonces, no han existido como estructuras completas; la combinación de las imágenes mnemónicas está dirigida por la fantasía; sin embargo, para el enfermo son tanto o más reales que los otros sucesos, y por eso reaccionan correlativamente. Así aparecen los raptos agresivos en los *esquizofrénicos*, como si al hacerlo sólo efectuaran reacciones defensivas ante una amenaza real.

Los *dementes seniles* pueden presentar ocasionalmente este trastorno: en tal caso sus afirmaciones —que por lo general son de tipo persecutorio— dan lugar a intervenciones médico-legales, frecuentemente delicadas.

Grados más avanzados que estos fenómenos, en los que los elementos imaginativos son mayores aún, y que ocultan, o un déficit mnemónico real o una tendencia francamente delirante, están representados por la *confabulación* y la *pseudología fantástica*.

En el primer caso se trata, como dice Bleuler, de una invención libre, que se tiene por suceso vivido. Mientras las alucinaciones mnemónicas tienden a la estabilidad en cuanto a su organización, la confabulación es variable, ge-

neralmente transitoria y aún sujeta a la sugestión originada por el interrogatorio.

El enfermo tiende a fraguar un relato a propósito de cualquier pregunta y sin embargo es incapaz de recordar lo que realmente ha ocurrido (confabulación de perplejidad de los *dementes seniles*). Este fenómeno, lo hemos anotado ya, se lo observa en los alcohólicos (especialmente en el síndrome de Korsakoff), paralíticos generales, dementes seniles, y entre los individuos normales; se lo encuentra también en los niños.

La *pseudología fantástica* puede decirse que es un trastorno claramente delirante, pues contiene una finalidad, como puede deducirse de su sistematización. Aún individuos aparentemente normales, partiendo de hechos ciertos edifican una fantasía en la que generalmente aparecen exaltada su personalidad. Descubrimientos genealógicos, científicos, heroicos, etc. son los que alimentan este trastorno. Por esto es propio de los fátuos de innegable fondo psicopático y de los *histéricos y paranoicos*.

Otro fenómeno referente al reconocimiento es el que se observa transitoria o permanentemente en los dementes seniles y epilépticos, entre otros: la impresión de novedad que caracteriza, p. ej. a personas conocidas. En los epilépticos aparecen generalmente antes de un acceso o lo reemplaza; en tal caso puede tener el carácter de un equivalente. Los *dementes seniles* niegan que sus hijos lo sean, olvidan la posesión de ciertos bienes, en cierta forma y es una de las fases de su retorno a la infantilidad, con su ingénito sentimiento de novedad y de sorpresa. Como es natural, este fenómeno también tiene mucha importancia en las actuaciones periciales.

A veces el reconocimiento mismo es perfecto, pero la evocación de los sucesos, en cambio, como hemos visto, con su localización en el tiempo o en el espacio es defectuosa. Por eso pertenecen al mismo orden de trastornos este otro: el acercamiento de dos recuerdos lejanos entre sí o viceversa.

El acercamiento puede llegar hasta la fusión, como se observa en ciertos alcohólicos, orgánicos y epilépticos.

Nada extraño es que las fallas del reconocimiento vayan acompañadas de errores de localización, pues puede decirse que ambos fenómenos casi nunca se separan. Parecen por lo mismo exactas las palabras de Delacroix: Por oscuro que

sea, este sentimiento de «antes» y «después» es lo que da al recuerdo su carácter de recuerdo porque él es lo que funda el tiempo. Así el recuerdo no se lo comprende sino cuando se lo relaciona con el tiempo mismo del que es la expresión. *La memoria es verdaderamente la conciencia del tiempo.*

Quedan, por fin, los llamados fenómenos de *disociación mnemónica*. En el estado normal, p. ej. se encuentra la *embriaguez del sueño*, que es un despertar incompleto, un paso del sueño natural al sonambulismo y luego a la vigilia.

En esta *confusión del despertar*, cuando se la ha provocado bruscamente, algunos individuos reaccionan con violencia, sin distinguir las imágenes del mundo real de las del mundo imaginario; pasada la crisis por lo general no se recuerda nada de ella. Hemos anotado personalmente que este es un síntoma de frecuente del comienzo de la *Parálisis General*.

En cuanto a la disociación que se ha observado en la *histeria* y durante la *hipnosis* y que según algunos llega, por la fragmentación de la memoria, hasta el desdoblamiento de la personalidad o hasta la *amnesia alterna*, es necesario considerarla con cautela. El estudio de los mecanismos de la histeria, cada vez mejor profundizada, plantea a propósito de este particular, problemas que distan mucho del criterio clásico; por esta razón preferimos tratarlos a propósito de los trastornos de la personalidad. Baste decir por el momento que muchas de esas crisis de sonambulismo espontáneo con su amnesia característica, cuando es afectiva, parecen tener el valor de *equivalentes epilépticos*.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) H. PIERON: «L'Habitude et la Memoire» (En: G. Dumas: «Traité de Psychologie» T. I. París Alcan 1923.
- (2) DELACROIX: «Les Souvenirs» (En G. Dumas: «Traité de Psychologie»). T. I. París Alcan 1923.
- (3) E. KRETSCHMER: «Manuel Théorique et Pratique de Psychologie médicale». París. Payot. 1927.
- (4) E. BONAVENTURA: «Psicología de la edad evolutiva». Barcelona Araluce. 1932.
- (5) H. BERGSON: «Materia y Memoria». Madrid. 1900.
- (6) E. MEUMANN: «Compendio de Pedagogía Experimental». Barcelona. 1924.
- (7) FARIA DE VASCONCELOS: «Lecciones de Pedagogía y Paidología Experimental. Montevideo. 1930.
- (8) J. SEGOND: «Les degrés de tension de la memoire et les formes de l'oubli». Journ de Psycholog. XX Année N°. 10. 1923. 1929.
- (9) V. MERCANTE: «La Crisis de la Pubertad». «Sus consecuencias pedagógicas». Buenos Aires. Cabaut 1918.
- (10) TREDGOLD: «Mental Deficiency». New York. W. Wood & Cia. 1920.
- (11) E. BLEULER: «Tratado de Psiquiatría». Espasa.
- (12) H. PIÉRON «R. de Fursac: La témoînage des Psychopathes». L'Année Psychologique. Vingt-sept. an. (1926). París. Alcan. 1927. 692-694.
- (13) TANZI E LUGARO: «Malattie Mentali». Milano. 1923.
- (14) RITTI: «Semiologie Psychiatrique» (En «Traité de Path. Med-Sargent». I. VII. París. Alcan 1921).
- (15) BARBÉ: «La pratique Psychiatrique», etc. París. 1919.
- (16) G. DUMAS: «Troubles Mentaux et troubles nerveux de guerre». París. Alcan 1919.
- (17) FRANCOISE MINKOWSKA: «Les troubles essentiels de la schizophrénie dans les rapports avec les données de la Psychologie et la Biologie modernes». L'évolution Psychiatrique. París. Alcan 1925.
- (18) MLLÉ PASCAL: «Les Demences» (En nouv. Traité de Médecine. Roger, Widal., París, Masson 1928. Fasc. XVIII.
- (19) A. M. SIERRA: «Estudios experimentales acerca de los tipos mnésicos en Psiquiatría». Rev. de Criminología. Psiquiatría y med. legal. Buenos Aires. IX. 1922. 597-601.
- (20) E. CATALÁN: «La memoria del Cálculo en la Parálisis general progresiva». Rev. de Criminología. Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Año IX 1922 706-713.
- (21) LOGRE: «Les grandes syndromes Psychiatriques (En Nouv Traité de Médecine-Roger. Widal, etc). París. Masson. 1928. Fase. XVIII.
- (22) KRETSCHMER: La Histeria. Rev. de Occidente.
- (23) J. INGENIEROS: «Simulación de la Locura». Buenos Aires Rosso. 1918.
- (24) JASPER: «Psychopathologie». Alcan. París.