

SEMIOLÓGÍA DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES BÁSICAS Y DE LA CONCIENCIA

Juan Carlos Ferrali

Profesor titular de Clínica Psiquiátrica. Subdirector. Carrera de Especialistas en Psiquiatría. Unidad docente APSA. Facultad de Medicina. UBA
Profesor adjunto interino a cargo. Cátedra de Psicofarmacología. Facultad de Psicología. UBA

ATENCIÓN

La atención es la capacidad del psiquismo de concentrarse en un objeto o actividad determinada. Es una función de foco o polarización sobre un objetivo. La atención puede ser de tres tipos: reactiva, espontánea o provocada. También podemos designar, a las dos primeras, como atención involuntaria y, a la segunda, como atención voluntaria. La atención está ligada al alerta psíquico, que es una disposición del individuo para captar los estímulos provenientes tanto del medio como de su interioridad. El alerta depende de factores neurobiológicos y de la capacidad personal de concentración.

La atención reactiva se produce cuando algún estímulo fuerte suscita la polarización inmediata del psiquismo sobre él. La atención espontánea es aquella que brindamos a los estímulos ambientales o interiores sin proponérselo. La atención provocada es fruto de un esfuerzo de la persona para concentrar su actividad mental en alguna cosa o situación determinada e implica una ligazón importante con la volición.

Atención, sensopercepción y memoria son funciones intelectuales básicas, y de su adecuado funcionamiento dependen la conciencia y orientación.

La atención puede estar perturbada en forma cuantitativa o cualitativa. Veremos primero las alteraciones cuantitativas:

Hiperprosexia: Constituye la exaltación de la función, el estado de mayor alerta y concentración. Como podemos comprender ello ocurre en situaciones funcionales donde toda nuestra actividad está solicitada por estímulos determinados. Casos de peligro, por ejemplo, o, también de marcada exigencia para el yo. También un grado de interés intenso puede conducir a elevar el grado de atención. Asimismo, en el fanatismo o las vivencias provocadas por estados emocionales de gran magnitud.

Pero, en ciertas situaciones como la manía o la hipomanía, el individuo puede presentar un estado de estas características. Sin duda que esto debe ser considerado con cierta cautela, puesto que puede tratarse de un fenómeno más aparente que real. Veremos más abajo otra posibilidad de encuadrar estos fenómenos. Las drogas estimulantes como cocaína o anfetamina, provocan una hiperprosexia, que puede merecer, en algunos casos, algún reparo similar al anterior.

Hipoprosexia: Es la disminución marcada en la posibilidad de polarizar el psiquismo sobre un objeto o situación. Se ve en todos los cuadros de deterioro mental, por ejemplo en la demencia, la oligofrenia y en los deterioros esquizofrénicos.

La alteración de la atención que suelen describir todos los psicopatólogos es tan solo una, que pasaremos a mencionar y describir:

Paraprosexia: Consiste en un desbalance entre la atención provocada o voluntaria y la espontánea o involuntaria, con preeminencia marcada de una de ellas sobre la otra. Generalmente se observa en cuadros donde hay una polarización morbosa del psiquismo sobre un aspecto determinado. Sería el caso de la depresión severa, donde la reconcentración dolorosa sobre sí mismo promueve una incentivación de la atención espontánea solicitada sobre los estímulos internos, con desatención del mundo exterior.

El caso opuesto se ve en los estados maníacos donde la atención espontánea hacia los estímulos externos se exalta, con marcada disminución de la posibilidad de volcarse voluntariamente en alguna cosa o situación particular.

En ambos casos la atención involuntaria prevalece de manera muy preponderante sobre la voluntaria.

PERCEPCIÓN

Si la atención es una función de foco, la percepción es una función cognoscitiva de aprehensión. Por medio de ella la conciencia capta el material de conocimiento, a quien reconoce como real y externo a sí. La imagen perceptual es reconocida inmediatamente como proveniente del mundo real y objetivo, a través de la información recibida por los órganos sensoriales. Es distinta pues de las representaciones, generadas por los procesos mentales, como, por ejemplo, la memoria o la imaginación.

La percepción es una actividad cognitiva de síntesis. Desde antaño se sabe que no está constituida por una mera suma de sensaciones. La escuela guesáltica ha trabajado sobre la percepción y el todo, de forma tal que en ese súbito momento de captación y toma de conciencia de los objetos reales, se ponen en juego la totalidad de las funciones psíquicas. La percepción es, pues, una construcción y no un simple reflejo de la realidad objetiva en el cerebro. Tengamos en cuenta que Peirce, luego de definir la abducción, da a entender claramente que la percepción es un proceso abductivo. (Eco, Signo, pag. 132).

¿Si se trata de una construcción, en que difiere de otro tipo de construcciones mentales? Veamos, una a una, las características distintivas de la percepción:

1. Reconoce su absoluta ligazón con los canales sensoriales
2. Es la toma de conocimiento del mundo real y objetivo
3. Proviene desde fuera de la conciencia. Y esto es así aún para las percepciones corporales
4. No está influenciada, en su configuración, por la voluntad
5. Es nítida, vívida y precisa

La convicción plena de estar referida al mundo externo a la conciencia, mundo real y objetivo y generarse por medio de la información que proviene a través de los canales sensoriales, son las cualidades esenciales de la percepción. Esto la va a diferenciar de las formas de representación mental.

Jaspers diferencia la percepción de la representación. En las percepciones está el objeto ante nosotros corporalmente (sensiblemente presente, con carácter de objetividad) y en las representaciones está el objeto ante nosotros imaginativamente (como ausente, con carácter de subjetividad). Higuera Aranda y López Sánchez. Pág. 167.

Las percepciones tienen seis propiedades:

1. Son corpóreas

2. Aparecen en el espacio exterior
3. Tienen un diseño determinado, por lo cual están completamente y con todos los detalles ante nosotros
4. Tienen toda la vivacidad sensorial
5. Son constantes
6. Independientes de la voluntad

Por el contrario, las representaciones son subjetivas, aparecen en el espacio interno, tienen un diseño indeterminado e incompleto, carecen de la vivacidad sensorial de la percepción, tienen una inconstancia y pueden ser influenciadas por la voluntad.

En torno a la psicopatología de la percepción, la psiquiatría ha producido uno de sus campos fundamentales de trabajo. En efecto, la alucinación es junto al delirio (trastorno del pensamiento), dos cuestiones capitales, alrededor de las cuales comenzó a estudiarse la problemática de la psicosis. Es más, hoy por hoy, los SDO aceptan como definición de psicosis la presencia de delirios y alucinaciones, en un paciente. Desde los orígenes de la humanidad causó interés y fascinación el discurso de personas que decían ver lo que no estaba, evidentemente, en el campo de su posibilidad de ver o que oían aquello que no estaba, evidentemente, en el espacio de su posibilidad de oír. Percepción sin objeto, definió Ball, a la alucinación. Y, desde entonces, todos repetimos y criticamos esa definición.

Pero, tratemos de examinar la cuestión por partes. Se suelen considerar tres clases de fenómenos, con relación a la psicopatología de la percepción y sus fronteras:

1. Imágenes intermedias o de transición
2. Alteraciones cuantitativas
3. Alteraciones cualitativas

Imágenes intermedias

Las imágenes intermedias o de transición están en algún punto del camino, entre la percepción y la representación. Son productos de la mente, pero son comunes, corrientes y participan de los consensos interpersonales. En tanto las representaciones patológicas (alucinaciones, por ejemplo), son propias de un mundo personal y escapan a los consensos sociales.

Pareidolias: Es una imagen secundaria. ¿Por qué secundaria?. Hay una primaria, las nubes en el cielo, manchas de humedad en una pared. Sobre las mismas, el divagar de la fantasía construye formas de animales, rostros, cosas, etc. Es un fantaseo proyectivo conocido desde antaño (fueron ya descritas por Leonardo Da Vinci). Son totalmente normales y reconocidas, en su esencia ilusoria, por la persona.

Imagen onírica: Es la imagen de los sueños. Sobre su constitución tanto en el comienzo del siglo, con Freud, como en el cierre, con los modernos conocimientos de la neurobiología, se han producido conocimientos fundamentales. La imagen onírica es vivida de una forma durante su producción, y de otra durante la evocación mnésica ulterior. Podríamos decir que es una imagen en dos tiempos. Uno primero, de su producción, el onírico y otro segundo, el de su evocación, que es, en realidad, una imagen mnésica. Nuestra conciencia de las imágenes oníricas solo se tiene a través de las imágenes mnésicas, durante el pensamiento vigil.

Fenómenos perceptuales hipnagógicos e hipnopómpicos: Se refiere a las etapas de iniciación del sueño y del despertar, respectivamente. Durante las mismas la conciencia está

en un estado crepuscular y es probable que sobre ciertas percepciones (el flamear de una cortina por el viento, en una ventana abierta) se experimenten representaciones ilusorias (la presencia de alguien en el cuarto, por ejemplo). Estos fenómenos pueden ser más intensos en las personas fatigadas, en aquellos que tienen su personalidad estructurada sobre un grado de disociación importante (personalidades del tipo B) y en psicóticos.

Post-imagen sensorial: La producción de este fenómeno es, más o menos, como se describe a continuación. Sobre un fondo determinado se fija largamente la vista en un objeto, cuando este se retira, si se vuelve a mirar el fondo, la representación del objeto reaparece con condiciones de apreciable nitidez. Es una imagen consecutiva, reconocida por la conciencia en su esencia, de breve duración e influenciada por la voluntad. Hemos escogido una representación visual, pero puede ser de otro carácter, acústico, por ejemplo.

Imagen eidética: Tiene mayor persistencia que la imagen consecutiva. La imagen eidética se sitúa en el camino que une la percepción y la representación, y está más próxima al polo de la primera, dotada, por lo tanto, de su vivacidad y nitidez. No puede ser influenciada por la voluntad tanto como las representaciones del pensar.

El eidetismo es propio de los niños y se ve en los artistas dotados de una alta capacidad de reproducción de la realidad.

Alteraciones cuantitativas de la percepción

Al analizar esta cuestión haremos consideraciones análogas a las efectuadas con respecto a las alteraciones cuantitativas de la atención. En efecto, podemos decir que una exaltación de la aptitud perceptiva se verá en los estados de alerta y de disposición enérgica a la captación del mundo. Esto es normal y, además, esa oscilación en más, puede ser selectiva, dependiendo del campo establecido por las motivaciones.

Pero en los estados maníacos el individuo puede captar con suma celeridad, elementos diversos y, a veces, simultáneos. No obstante, un examen pormenorizado nos ha de mostrar cierta ineficiencia detrás de ese incremento perceptual. También, un paranoide lúcido e interpretativo, nos permitirá comprobar la intensa captación, si bien selectiva, de los fenómenos del medio, con la consiguiente y personal interpretación.

En el polo opuesto, los débiles mentales, los deterioros psicóticos y los trastornos demenciales, nos mostrarán un debilitamiento de la posibilidad de percibir el mundo circundante.

Alteraciones cualitativas de la percepción

Las alteraciones cualitativas de la percepción son las ilusiones y las alucinaciones. Estas distorsiones perceptuales constituyen, como se ha dicho, fenómenos capitales dentro de la psicopatología y marcan una señal clave para delimitar el territorio de los problemas psicóticos y de la alienación mental.

Alucinaciones: Los psiquiatras del siglo XIX prestaron un enorme interés al tema de las alucinaciones. Hace 150 años Esquirol equiparaba al alucinado con el visionario, en el sentido de percibir falsamente visones: “Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, aunque ningún objeto hiera sus sentidos, se encuentra en un estado de alucinación, es un visionario”. En 1890 Ball definió a la alucinación como percepción sin objeto.

Pero, durante el desarrollo del siglo XX, estas concepciones fueron sometidas a críticas y discusiones. También es cierto que el campo de las alucinaciones es amplio y diverso. Se pueden presentar en una extensa variedad de cuadros y no constituyen un fenómeno homogéneo. Tal vez podríamos coincidir en que se trata de falsas percepciones, pero seguramente el concepto engloba problemas diversos, que obedecen, sin duda a mecanismos diferentes. Lo importante es que esas falsas percepciones tienen para el paciente una convicción de objetividad, que, si bien es enunciada con un grado variable de afirmación reveladora de certeza, está siempre presente.

Se suele diferenciar entre alucinaciones verdaderas o psicosenoriales, pseudoalucinaciones o alucinaciones intrapsíquicas y alucinosis o alucinaciones con conciencia de tales.

Las alucinaciones verdaderas o psicosenoriales tienen todas las características de la percepción, con la diferencia de que no hay ningún estímulo real que las provoque, la persona no tiene dudas sobre aquello que vivencia, por lo cual es aceptada como una imagen producida a través del sensorio y, de ser posible, su comportamiento será consecuente con la experiencia.

Se suelen clasificar a las alucinaciones psicosenoriales según los diferentes sentidos: auditivas, visuales, táctiles, olfativas, gustativas, corporales o cenestésicas y motrices o cinestésicas. Es menester recordar que, cuando el enfermo tiene la falsa percepción de movimientos de los músculos fonatorios, estamos en presencia de las alucinaciones motrices verbales de Seglas.

Las pseudoalucinaciones no tienen la precisión de la alucinación psicosenorial. Cuando uno pregunta con orden y claridad, el paciente no las refiere al espacio exterior, sino que manifiesta que son cosas que le pasan adentro, en el interior de su cabeza. Pero, igualmente, está convencido y carece de crítica. Fueron descritas por Baillarger en 1846 como alucinaciones psíquicas. Para el mismo año, Michea las llamó falsas alucinaciones. Luego, sucesivamente, con relación al mismo asunto, en 1866 Kahlbaum habló de alucinaciones abstractas, Griessinger, en 1867, alucinaciones páticas y Kadinsky, 1881 pseudoalucinaciones. Las pseudoalucinaciones son frecuentes en la esquizofrenia.

La alucinosis fue descrita por Dupré y Gelma en 1910 como una condición clínica donde la alucinación no está precedida ni seguida por ideas delirantes. Más adelante, en 1935, Claude y Ey precisaron más el concepto y llamaron a la alucinosis alucinaciones neurológicas, aclarando que el sujeto experimentaba el fenómeno alucinatorio con conciencia de su naturaleza patológica. Es conveniente aclarar en este punto que la alucinosis, así definida, es diferente al concepto de alucinosis de la clínica alemana introducido por Wernicke en 1906. Este autor se refería a la presencia de alucinaciones auditivas, a veces de carácter amenazante, en pacientes alcohólicos, con poca alteración o ninguna de conciencia y juicio de realidad conservado. Desde entonces el término subsistió para designar una forma de psicosis alcohólica subaguda.

En 1926 G.G. de Clérambault describió el síndrome de automatismo mental, que permite integrar de una manera correspondiente con la clínica, a muchos fenómenos que hemos descrito y algunos otros más, en una unidad. Sus estudios fueron hechos con relación a los estados de psicosis alucinatorias crónicas.

Clérambault sostenía que el delirio era una producción secundaria de la razón, sobre una base, la psicosis, que dependía, a su vez, de un aspecto lesional con localización cerebral. Pensaba que al aparecer el delirio la psicosis ya era vieja.

En su manifestación temprana el síndrome se manifiesta en el pequeño automatismo mental, compuesto por alteraciones aisladas del pensamiento y del lenguaje interior.

Podemos comprobar, actualmente, que el pequeño automatismo está constituido por alteraciones cognitivas mínimas, que ponen en evidencia la disfunción, ligada a la base lesional. Algunas de esas alteraciones fueron descritas con magistral minuciosidad por Clérambault. Las clasificó en síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas intermedios.

Entre los síntomas positivos ubicó las intrusiones que perturban el curso del pensamiento, el mentismo, los falsos reconocimientos, las abstracciones absurdas, los sentimientos de extrañeza, el déjà vu. Podemos definir el mentismo como la actividad mental durante la cual las ideas (ideorrea) y las imágenes desfilan por la conciencia en forma rápida y casi incoercible.

Los síntomas negativos son los olvidos, la desaparición de pensamientos, la detención del pensamiento, la hipoprosexia, la fatiga mental, las dudas.

Los síntomas intermedios o mixtos son la sustitución de pensamientos, la impresión de que el pensamiento es adivinado,

El fenómeno de pequeño automatismo puede seguir cursos diversos. Desaparecer, adquirir una forma remitente u organizarse en el síndrome de automatismo mental propiamente dicho, cursar hacia una evolución esquizofrénica o, tal vez, derivar en una psicosis alucinatoria crónica. El síndrome de automatismo mental propiamente dicho está caracterizado por:

1. Triple eco
 - Del pensamiento
 - De la lectura
 - De los actos

Los pensamientos son repetidos, igual que la lectura y los actos son comentados. Son fenómenos de desdoblamiento del pensamiento y del lenguaje.

2. Triple automatismo
 - Motor
 - Ideico
 - Ideoverbal

Fenómenos de elocución espontánea, juegos silábicos, palabras jaculatorias fortuitas.

3. Fenómenos parásitos acompañantes: alucinaciones psicosensores auditivas, visuales, olfativas, gustativas, que aparecen como manifestaciones sensoriales puras. De Clérambault se refería a ellas como anideicas. Vale decir manifestaciones alucinatorias sin idea delirante.

El delirio sería una posible etapa ulterior del automatismo mental. Una organización nueva con otros fenómenos, entre ellas el delirio explicativo de los síntomas padecidos.

Podemos ordenar el automatismo mental, hoy en día, en cinco etapas o estadios, que no deben ser cumplidos necesariamente en su totalidad, ya que el proceso puede detenerse o, aún retrogradar, en cualquiera de las etapas:

1. Lesión cerebral en una determinada localización. Psicosis
2. Alteraciones cognitivas mínimas y susceptibles de ser clasificadas. Pequeño automatismo
3. Alteraciones de mayor envergadura, expresivas de una descarga automática del cerebro lesionado. Síndrome de automatismo mental propiamente dicho.
4. Delirio secundario, explicativo de las vivencias y distorsiones padecidas.

5. Evolución hacia diversas alternativas clínicas, en función de las posibilidades, disposiciones y limitaciones del paciente. Esquizofrenia. Psicosis alucinatoria crónica. Hemos procurado sintetizar al máximo la compleja teoría de Clérambault. Tenemos presente que todo proceso de síntesis puede pecar de algún simplismo, que aceptamos en aras de la función didáctica, y en el caso de una cuestión harto complicada, pero de gran interés y renovada actualidad.

Ilusiones: Así como la alucinación fue definida como la percepción sin objeto, se acostumbra a decir que la ilusión consiste en la percepción deformada de un objeto presente y real (Carlos Pereyra).

La ilusión es frecuente en la vida cotidiana, dónde solemos tomarla como un error. A menudo la distorsión perceptual es inducida por estados afectivos. Por ejemplo cuando, atemorizados por la oscuridad de la noche, en una calle desierta, creemos ver una persona allí donde se mueven algunas ramas por efecto del viento.

Pero las ilusiones se presentan con mucha frecuencia en los cuadros psicopatológicos, tanto del orden del delirio, como del delirium, donde el juicio perturbado, en un caso y la desestructuración de la conciencia, en el otro, promueven el falseamiento de lo percibido.

MEMORIA

La memoria es la actividad neuropsicológica mediante la cual se pueden guardar las experiencias de la persona, para utilizarlas al ser actualizadas. Desde un punto de vista más amplio podríamos decir que ella es la facultad de fijar, almacenar, evocar y reconocer los hechos de la experiencia.

De acuerdo a la última definición estaríamos describiendo cuatro pasos en los procesos de memoria:

1. Fijación
2. Almacenamiento
3. Evocación
4. Reconocimiento

El desarrollo de la memoria en los seres vivos posibilitó el aprendizaje, constituyéndose en uno de los instrumentos más formidables para la evolución de las especies. El hombre pudo construir su dominio de la tierra sobre la base de tres niveles de memoria, que clasificaremos en:

- Memoria biológica
- Memoria cultural
- Memoria artificial

El ser humano es un ser histórico. La historia es, entre otras cosas, pero, tal vez, antes que nada, memoria.

En la intimidad de la experiencia clínica, junto a nuestro paciente, procuraremos conocer su historia, la de su familia. Exploraremos en sus recuerdos y podremos conocer los olvidos. Construiremos, en común, una biografía inscripta en una genealogía.

Los conocimientos sobre biología de la memoria han sido construidos, entre otros, por datos provenientes de la clínica. Pacientes con lesiones cerebrales localizadas, por ejemplo. El estudio de las demencias, también permitió un conocimiento de cuestiones vinculadas a

la memoria, si se tiene en cuenta que es una de las facultades primordialmente perturbadas por la enfermedad.

Es clásico el concepto de Ribot que sostiene que, en las demencias, los recuerdos se pierden en orden cronológico inverso al cual fueron adquiridos. Primero se pierden lo más recientes y, por último, los más antiguos.

Se señala que los estudios realizados en los últimos 20 años con relación a memoria y sinapsis han permitido conocer mecanismos diferentes para los fenómenos de corto y largo plazo. Muchos dependen de la plasticidad sináptica.

La plasticidad neural es una propiedad de la célula nerviosa, que permite cambios y adaptaciones. En nuestro caso es el hecho de manifestar un comportamiento relacionado con sucesos anteriores al recibir una aferencia reciente. Se ha desarrollado un modelo experimental muy importante con un invertebrado, un molusco marino, la *Aplysia californica*, para estudiar los procesos de memoria. Se trata de un organismo dotado de un SNC compuesto por unas 20.000 neuronas que se encuentran en nueve formaciones ganglionares.

Paulatinamente, durante la segunda mitad del siglo se ha conocido la importancia del circuito límbico y del lóbulo temporal en la memoria humana. Se conoce una patología, descrita en los alcohólicos, como Síndrome de Korsakoff, con típicas fallas mnésicas (amnesia de fijación y falsos reconocimientos) y lesiones en las áreas límbicas por avitaminosis. El cuadro de Korsakoff se ve en otro tipo de intoxicaciones del sistema nervioso central.

Entrado en los años ochenta se pudo desarrollar un modelo experimental en primates subhumanos, con destrucción quirúrgica de áreas temporales, reconocimiento de disfunción y procesos de entrenamiento de rehabilitación, que permitieron incrementar nuestro acervo de conocimientos relativos a las amnesias.

Es evidente que la memoria tal cual la estudiamos en semiología es un proceso muy complejo, dependiente de factores diversos y cuyo sustrato está constituido por estructuras nerviosas diferentes.

En la vida cotidiana la posibilidad de retener experiencias o de olvidarlas está vinculado a una serie de cosas, que van a posibilitar el aprendizaje o a dificultarlo. Veamos algunas de ellas:

1. Concentración, que depende del nivel de conciencia y del foco atencional
2. Motivación
3. Características de la experiencia
4. Contexto
5. Afectividad de base

Mayor concentración, fuerte motivación, condiciones propicias de la experiencia, contexto favorable y un tono afectivo pregnante, favorecen la retención. Condiciones opuestas han de inducir al olvido. La huella mnésica perdurará o no en razón de los elementos expuestos. Lo sabemos y condicionamos nuestros procesos de aprendizaje para lograr condiciones del primer orden.

El psicoanálisis ha elaborado una teoría sobre el olvido, fundada en el inconciente y la represión. En estos casos el material olvidado ha de permanecer en el inconciente, manifestándose en síntomas, sueños, lapsus.

En el examen de la psicopatología de la memoria hay que considerar los trastornos cuantitativos y los trastornos cualitativos, tal cual venimos haciendo con el resto de las funciones psíquicas.

Trastornos cuantitativos

Pueden ser en más y entonces tendremos, delante de nosotros, las hipermnias, o en menos, lo cual ha de situarnos frente al gran capítulo de las amnesias.

Hipermnias: suelen verse exaltación de la capacidad de memorizar en algunos individuos dotados de una particular modalidad de codificación de la información entrante a la base de datos, con la consiguiente fijación. Esto es independiente del grado de inteligencia, o de formación cultural. Sucede que, en individuos inteligentes y bien formados, se constituye en un instrumento sobresaliente.

Los maníacos evidencian, a veces, una capacidad aparente de fijar y evocar elementos, que en realidad es una pseudohipermnia, y el engaño es producido por la taquipsiquia global que parece incrementarlo todo.

Las personalidades depresivo-masoquistas nos muestran una capacidad selectiva para recordar con singular exaltación, experiencias displacenteras y desgraciadas.

Existe un fenómeno llamado memoria panorámica, consistente en el hecho de presentizar con intensidad, vivacidad y colorido, secuencias de experiencias anteriores. Es una forma de hipermnia parcial o lacunar, selectiva. Se observa en estados crepusculares, fases hipnagógicas espontáneas o provocadas por drogas y momentos de gran riesgo vital.

La ecmnesia es un recuerdo tan intenso de lo pasado, que es tomado por presente, es una experiencia actual de lo pasado, a la manera de “extrañas evocaciones alucinatorias del pasado” (Ey). Se encuentra en las desestructuraciones epilépticas de la conciencia.

Puede ser tomado como un funcionamiento hipermnésico postraumático el fenómeno que se observa en el Trastorno por Estrés Postraumático, en el cual el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, entre otras formas, por medio de recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes o pensamientos.

Amnesias: La amnesia es la pérdida de los recuerdos. Para estudiarla tendremos presente que la memoria es una función durante la cual ingresa información, la misma es codificada y archivada. Los códigos permiten el adecuado reconocimiento y localización a la salida, del material archivado.

Ingreso de información

Fijación

Codificación y archivo

Almacenamiento

Egreso de información

Evocación y reconocimiento

Por otra parte la información puede ser clasificada cronológicamente, puesto que la clínica ha puesto en evidencia que los procesos parecen ser diferentes (Vallejo Ruiloba):

1. Información antigua

- *Memoria remota*, es la recolección de experiencias pasadas de la vida

2. Información nueva

- *Memoria reciente*, está referido a aquello que ha ocurrido varios minutos u horas antes de la exploración
- *Memoria inmediata*, se trata de aquello que ha ocurrido segundos antes.

Teniendo presente estos conocimientos vamos a hablar de dos grandes tipos de amnesia: la amnesia retrógrada, de evocación o de la información antigua y la amnesia anterógrada, de fijación o de la información nueva. La primera afecta a la memoria remota y la segunda a la memoria reciente y la inmediata. Cuando se encuentra afectada tanto la facultad de fijar, como la de evocar, hablamos de amnesia retroanterógrada.

La amnesia es el gran síntoma de las demencias. En la Enfermedad de Alzheimer suele presentarse de inicio una amnesia anterógrada, que se agrava con el curso de la enfermedad. Los recuerdos más viejos sólo se afectan en los estadios muy avanzados de la afección.

Ya explicamos la amnesia de fijación propia del Síndrome de Korsakoff, patología de los cuerpos mamilares del circuito límbico, provocada por la avitaminosis que presentan los enfermos alcohólicos.

Los traumatismos cerebrales provocan amnesias, al igual que otras noxas, tumorales, metabólicas o infecciosas.

La amnesia lacunar, como su nombre lo indica, es la presencia de una laguna de memoria perdida. Se observa en casos de confusión mental o coma y abarca el período de la afección y, a veces, unos tiempos previos, posteriores o ambos.

Un fenómeno muy particular es el palimpsesto o blackout alcohólico, diferente a la amnesia lacunar descrita con anterioridad. También se lo debe diferenciar de la amnesia post embriaguez, que es una amnesia lacunar posterior a la supresión tóxica de la conciencia. El término palimpsesto proviene de los papiros egipcios que eran borrados para ser reutilizados, y preservaban huellas de lo escrito previamente. Y de eso se trata, de una pérdida de recuerdos recientes (es una alteración de la memoria de fijación), en bebedores. El problema se presenta luego de haber bebido, pero lo importante es que la persona no ha estado embriagada, e incluso ha desarrollado actividades complejas que requieren de coordinación. Las cantidades de alcohol son usuales para el sujeto, toleradas habitualmente y se encuadran dentro de niveles moderados. Jellinek asignó a este síntoma una gran importancia y llegó a afirmar que su presencia frecuente estaba marcando la presunción de una carrera alcohólica, con posterior pasaje a la dependencia física al etanol.

La amnesia psicógena es la incapacidad para recordar información personal importante, de naturaleza significativa para el individuo, significados ligados a factores estresantes y traumáticos, en ausencia de trastorno orgánico. Actualmente se prefiere hablar de amnesia disociativa.

Trastornos cualitativos

En 1886, Kraepelin incluyó todos estos problemas bajo el rótulo de paramnesias, para referirse a las distorsiones en la calidad de los recuerdos y de los reconocimientos. Se suelen hablar de paramnesias del recuerdo y paramnesias del reconocimiento.

Las paramnesias del recuerdo incluyen distorsiones de lo vivido, a menudo de naturaleza psicógena. En algunos cuadros orgánicos de confusión mental, por ejemplo el delirium tremens, se evidencia en el hecho de que el paciente recuerda lo experimentado como un sueño. El recuerdo de lo realmente experimentado se presentiza como recuerdo de lo oníricamente vivenciado, lo cual es absolutamente comprensible.

Las paramnesias del reconocimiento incluyen una diversidad de fenómenos. Nos referiremos a los más importantes:

1. *Paramnesia reduplicativa de Pick*. Es identificar una experiencia como ocurrida también con anterioridad. Un paciente afirmaba que había estado en el consultorio,

donde concurría por primera vez. Se observa a la salida de los episodios confusionales, en los estadios iniciales de la demencia.

2. *Falsos reconocimientos*. Fenómeno análogo por el cual un paciente cree conocer a la persona que está viendo por primera vez.
3. *Déjà vu*. Es la sensación de lo ya visto o lo ya vivido. Impresión muy particular, vaga y plena de sutilezas por lo cual lo desconocido se nos hace conocido. Esto es normal, en muchos casos. Pero se observa con particular frecuencia e intensidad en la epilepsia temporal. Lo opuesto constituye el fenómeno de *jamais vu*.

Nos quedan por ver algunas distorsiones particulares, ligadas al proceso de evocación. En primer lugar la fabulación de relleno. Es típica en el Korsakoff y consiste en el hecho de relatar sucesos o hechos que no ocurrieron, como si hubieran ocurrido realmente, en pacientes con una amnesia de fijación. Más que una simple fabulación se las entiende hoy como fallas en el proceso de ingreso-codificación y egreso-decodificación de la información de la experiencia, que podría estar vinculado al circuito límbico. También se observa en la presbiofrenia.

La seudología fantástica es el relato de historias fantásticas, que la persona comunica y llega a creerse. El sujeto se siente fuertemente impulsado a contar esas fantasías que, a veces, pueden dar lugar a un beneficio secundario. Es necesario diferenciar la seudología fantástica de la mentira y de la mitomanía. Volveremos sobre esta compleja cuestión al abordar la psicopatología de la imaginación.

CONCIENCIA

Clásicamente, se ha considerado a la atención, la percepción y la memoria como las tres funciones intelectuales básicas. De ellas depende la conciencia. Conciencia es un tema que ha apasionado a filósofos, psicólogos y pensadores a lo largo de la historia humana. La hemos de definir como la organización de la experiencia sensible actual, siguiendo la tradicional propuesta de Henry Ey. Esa totalidad de lo sensible, organizada en un momento determinado permite la captación del mundo externo y la del mundo interno, que se experimenta en un campo poseedor de dos atributos fundamentales:

- Amplitud
- Claridad

Así definida la conciencia es como una luz que ilumina un espacio. Se trata del espacio psíquico, que aparece, entonces, como la totalidad de lo experimentado, con su propiedad de intensidad (claridad) y su propiedad de extensión (amplitud). Está muy ligada a la vigilancia y, por ende, a bases de índole neurofisiológica.

Esta definición de conciencia es una definición restringida, que permite conocer la lucidez de una persona, junto con su posibilidad de orientarse respecto de sí, respecto del tiempo y del espacio.

Nos daremos por satisfechos con ella, por el carácter del objetivo semiológico que nos guía en el estudio del paciente.

Porque nuestro fin, llegados a este punto, es explorar la función de alerta y vigilancia, que implica un normal funcionamiento de los elementos corticales y subcorticales del cerebro, junto con la posibilidad de poder reconocernos como una unidad susceptible de ser representada en algunas variables universales de identidad y filiación, situados en un lugar

y transcurriendo en un tiempo. No solo alerta, pues, sino también aptitud organizativa de la presencia en el mundo.

¿Quién soy?. ¿Dónde estoy?. ¿En qué momento?. Preguntas esenciales que permanentemente nos ubican y nos permiten organizar nuestra presencia en el mundo, reconociendo lo externo al Yo, lo que está en la interioridad del Yo, y teniendo presente el esquema corporal, parte constitutiva del sentido de la corporalidad que estudiaremos más adelante con detalle.

Henry Ey señala apropiadamente que la conciencia es actividad basal del cerebro y del pensamiento. Nosotros puntualizamos que la conciencia depende de la atención, la percepción y la memoria, que se estudian como funciones intelectuales básicas. A ello se agrega la representación del cuerpo, su percepción, en la interioridad de la persona.

No hablaremos, pues, de la conciencia en un sentido filosófico. Debemos tener presente que en este punto muchos autores acostumbran a llamar a este punto de la exploración Conciencia y Orientación y otros prefieren analizar por un lado el estado de conciencia, y por el otro la percepción del espacio y del tiempo.

Nosotros preferimos integrar la función, por una parte, y sistematizar la exploración de la siguiente forma:

1. Claridad de conciencia
2. Amplitud de conciencia
3. Orientación
 - Autopsíquica
 - Alopsíquica
 - Topopsíquica
 - Cronopsíquica

Trastornos de la conciencia y la orientación

En estado normal, la conciencia se halla lúcida. Todos los médicos, al comienzo de nuestra profesión, de practicantes en la guardia o internos de sala, hemos encabezado los historiales donde se registra el estado actual de los enfermos, con el clásico “enfermo lúcido, orientado en tiempo y espacio”. Claro, eso cuando no había perturbaciones de la conciencia.

Los trastornos en la claridad de conciencia pueden ir en gradientes, desde la obnubilación de la conciencia, hasta el estupor mental y el coma. En general se suele aplicar a toda esta gama de progresivo enturbiamiento de la claridad de la conciencia el término de confusión mental. La confusión mental tiene, pues, grados:

- Obnubilación, el primer grado de afectación, el más leve.
- Confusión mental simple sin aditamentos, grado avanzado de perturbación. Dícese simple en contraposición a aquella a la cual se agrega el onirismo y que se llama delirium.
- Estupor, que es una confusión profunda.
- Coma, que es la abolición total de la conciencia, como producto de una noxa que afecta severamente al organismo y por añadidura al cerebro, o por una afectación primaria de éste.

Delirium es, entonces, confusión mental más onirismo. ¿Qué es el onirismo? Onirismo es una actividad alucinatoria visual vívida, colorida, caleidoscópica, cuasi cinematográfica. Y

aquí, llegados al delirium, tenemos que detenernos un poco para precisar términos y delimitar territorios.

La escuela francesa dedicó gran trabajo, durante el siglo XIX, a la elaboración del concepto de confusión mental. La escuela alemana transitó otras sendas y concluyó en la producción de la llamada reacción exógena de Bonhoeffer. Esta concepción postula que las injurias cerebrales de distinta índole, dan lugar a un círculo circunscripto de reacciones psicopatológicas típicas, independientes del factor que las provoca. Es decir, un mismo individuo puede reaccionar con el mismo síndrome frente a noxas diferentes. Esta particularidad, se vincula con la vieja noción de “terreno” de la patología general.

Nosotros vamos a adoptar, provisoriamente, el término delirium tal cual lo hemos definido. Correlacionándolo con el concepto de reacción exógena aguda y el de amencia de Meynert. Decimos provisoriamente por cosas de los SDO que pueden, a la larga, modificar nuestros hábitos semiológicos corrientes.

A esta altura es impostergable hacer una diferencia con el término delirio.

El delirium es agudo, ocurre con afectación de la claridad de conciencia y, según acostumbra a decirse, el onirismo se impone al sujeto como el sueño al soñador y por eso el confuso-onírico se muestra al observador como partícipe pleno de la experiencia delirante.

El término delirio se asimila al sentido de la palabra alemana Wahn y, como dice Henry Ey, es más completo que otras experiencias delirantes, “puesto que el delirio no es tan solo pasivo y accidental, sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo”. El delirio (a veces se lo designa con mayúscula, Delirio) ocurre con conciencia lúcida.

No queremos complicar mucho la cuestión, no obstante lo cual tenemos que introducir una nueva consideración. Aceptemos que la cuestión es compleja e importante, tanto desde el nivel clínico, como del epidemiológico. Para poder llegar a acuerdos diagnósticos, en los SDO el término delirium se refiere a una alteración de la conciencia y un cambio en las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo, que son, en general, de etiología orgánica precisa y demostrable. Vale decir que se incluyen en el concepto de delirium toda la gama de afecciones que nosotros hemos estudiado como confusión mental, tanto la simple como la onírica. Puede ser que, en el futuro, esta simplificación quede consagrada por la práctica.

Las alteraciones de la amplitud del campo de la conciencia son los estrechamientos y estados crepusculares.

En realidad el estado crepuscular es un estrechamiento extremo, con lucidez atenuada, tal como, en el crepúsculo, la claridad es una línea, apagándose, en el horizonte.

La conciencia se estrecha, o se hace crepuscular, en diferentes problemas clínicos:

- Epilepsia
- Histeria
- Cuadros cerebrales orgánicos
- Reacción de estrés agudo

En cada uno de estos cuadros el nivel de disociación psíquica puede ir, desde los grados más leves, hasta los profundos niveles de lo crepuscular.

Existe en la psicopatología un cuadro caracterizado por una pseudoconfusión mental. Se observa en personalidades de base histérica, sometidas a situaciones que son vividas como sin salida. Este síndrome confusosímil fue descrito por primera vez en presos y se lo conoce con el nombre de Síndrome de Ganser.

Los trastornos de la orientación, tanto autopsíquica como alopsíquica, del tiempo y el espacio, en este último caso, se observan en una diversidad de casos de etiología orgánica, que fundamentalmente podemos agrupar en dos categorías:

- Cuadros confusionales (Delirium de los SDO)
- Demencias

La gran patología de la conciencia y la orientación pertenece al orden de lo que se ha dado en llamar organicidad cerebral. Cuadros tóxicos, infecciosos, metabólicos, tumorales, traumáticos, degenerativos, etc. Una muy pequeña porción es expresión de desórdenes disociativos y fenómenos ligados al estrés agudo.

Hemos concluido con el estudio de las funciones intelectuales básicas (atención, percepción y memoria) y su expresión de síntesis, la conciencia y orientación. En un próximo artículo pasaremos a estudiar la actividad psíquica superior, el pensamiento, y algunas facetas particulares que la integran, a su vez. A saber, el juicio, la imaginación y la inteligencia.

Bibliografía

1. Alonso Fernández F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1972
2. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Colección de Psiquiatría. Tomo I. Ediciones Elsevier. París
3. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Toray Masson. Barcelona. 1969.
4. Ey H. La Conciencia. Editorial Gredos. Madrid. 1963
5. Bernard P, Trouvé S. Semiología Psiquiátrica. Toray-Masson. Barcelona 1978
6. Jaspers K. Psicopatología General. Editorial Beta. Buenos Aires. 1970.
7. Kaplan y Sadock. Tratado de Psiquiatría. Inter.-Médica. Buenos Aires. 1997
8. Pereyra C. Semiología y Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Editorial Salerno. Buenos Aires. 1960
9. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Masson. Barcelona. 2002
10. Vallejo Nágera A. Tratado de Psiquiatría. Salvat. Barcelona. 1954.
11. Weitbrecht HJ. Manual de Psiquiatría. Editorial Gredos. Madrid. 1978