

International Encyclopedia of Rehabilitation

Copyright © 2010 by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system without the prior written permission of the publisher, except as permitted under the United States Copyright Act of 1976.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)
515 Kimball Tower
University at Buffalo, The State University of New York
Buffalo, NY 14214
E-mail: ub-cirrie@buffalo.edu
Web: <http://cirrie.buffalo.edu>

This publication of the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange is supported by funds received from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research of the U.S. Department of Education under grant number H133A050008. The opinions contained in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect those of CIRRIE or the Department of Education.

Amnesia

Elaine de Guise
McGill University Health Centre
Montreal General Hospital
Montreal, Quebec, Canada
elaine.deguise@muhc.mcgill.ca

La amnesia se define como la pérdida total o parcial de la memoria. Existe una gran heterogeneidad en cuanto a los síndromes amnésicos. Hasta el momento se han reportado varios tipos de amnesia en la literatura, y la neuropsicopatología de la amnesia es igualmente muy variada. El síndrome amnésico puede encontrarse en algunas patologías y aparece de manera progresiva o abrupta, transitoria o permanente. En resumen, deben considerarse los criterios etiológicos, anatómicos y evolutivos en la clasificación de las amnesias.

La semiología

La amnesia anterógrada

La amnesia anterógrada se refiere al déficit de codificación de la información nueva que sigue a un acontecimiento dado y preciso en el tiempo, por ejemplo un traumatismo ligado a un accidente o la aparición del daño cerebral. De este modo, la información nueva no puede retenerse o es parcialmente retenida por la persona, implicando entonces una dificultad para aprender. Este tipo de amnesia puede ser parcial (olvido de ciertas partes de la información) y es a menudo subyacente a las quejas subjetivas de la persona, o también total, caracterizada por un olvido de los acontecimientos de la vida cotidiana o una pérdida de la información al mismo tiempo. La evaluación de la amnesia anterógrada puede ser realizada a través de una entrevista o un cuestionario sobre los eventos producidos recientemente o por medio de pruebas formales de diversos recuerdos de historias, palabras, objetos o diseños. La persona tendrá mayor tendencia a olvidar si está en un contexto de interferencia.

La amnesia retrógrada

La amnesia retrógrada se refiere a la pérdida de la información que precede a un acontecimiento preciso en el tiempo o la aparición de un daño cerebral. La persona está entonces en la imposibilidad de recuperar sus recuerdos o los eventos pasados. Este tipo de amnesia puede manifestarse de manera aguda o progresiva y afectar los recuerdos de los eventos que se desarrollan algunos minutos, días, meses o años antes de la aparición del daño cerebral frecuente o progresivo. Un gradiente temporal es observado a veces en el recubrimiento de los recuerdos y se caracteriza por una mayor resistencia de los recuerdos más antiguos, lo que es descrito como la ley de Ribot. Este tipo de recuerdo graduado temporalmente se encuentra por ejemplo en el caso de desórdenes vinculados al envejecimiento. Es más corriente observar la presencia de una amnesia anterógrada sin amnesia retrógrada o con amnesia retrógrada muy corta, de algunos minutos a algunas horas. No obstante, clínicamente es más raro observar la presencia de una amnesia retrógrada en ausencia de una amnesia anterógrada. La amnesia retrógrada afecta los recuerdos personales y contextuales (memoria episódica) pero a menudo no toca los conocimientos generales y los aprendizajes automatizados (procedimientos). La entrevista con la persona, en colaboración con un pariente,

permite volver a trazar la cronología de los recuerdos y de las memorias que ésta puede hacer. Por su carácter autobiográfico, este tipo de problemática es difícilmente objetivable.

La diversidad clínica

Como mencioné anteriormente, son varias las causas que dan origen a un trastorno de memoria.

Las amnesias están a menudo asociadas con disfunciones bilaterales de las áreas medias temporales y de las áreas diencefálicas. Las disociaciones clínicas entre la amnesia retrógrada y la amnesia anterógrada ponen en evidencia patrones anatómicos distintos de las estructuras anatómicas implicadas en la recuperación de acontecimientos antiguos y el aprendizaje de nuevas informaciones. Un daño en las estructuras hipocámpicas testimonia daños mnémicos anterógrados, mientras que lesiones en las estructuras diencefálicas (cuerpos mamilares y el tálamo) conllevan dificultades de recuperación en memoria retrógrada.

Las patologías que causan déficit de la memoria retrógrada o anterógrada son diversas. Entre ellas se encuentra la anoxia, la aneurisma, los accidentes vasculares cerebrales, los tumores cerebrales, el herpes, los traumatismos craneo-cerebrales, las demencias, el síndrome de Korsakoff y las amnesias progresivas asociadas a las demencias. La amnesia puede igualmente sobrevenir después de un desorden epiléptico o una intervención quirúrgica, implicando las regiones diencefálicas.

La amnesia post-traumática

La amnesia post-traumática se refiere a la amnesia del suceso traumático o del accidente y de los acontecimientos posteriores al traumatismo. El paciente está entonces en la incapacidad de recuperar los hechos del accidente, presenta una amnesia anterógrada de duración variable y a veces una amnesia retrógrada breve (algunos minutos a algunas horas). La amnesia retrógrada puede ser de una duración más larga cuando el traumatismo craneano es más grave. La persona en estado de amnesia post-traumática se presenta como confusa, desorientada en el plano espacio-temporal y a veces también agitada. Ella se muestra incapaz de codificar las nuevas informaciones y presenta déficit de atención grave, lo mismo que trastornos de juicio e introspección significativos. Ciertas islas de recuerdos son traídas a veces por las personas con amnesia post-traumática. La intensidad del traumatismo craneo-cerebral es a menudo correlacionada con la duración de la amnesia post-traumática. En los casos más graves, la amnesia post-traumática puede extenderse a varios días, incluso semanas. Varios estudios han demostrado el carácter pronóstico de la duración de la amnesia post-traumática; una amnesia de más larga duración sería un factor de predicción de al menos un mejor pronóstico para las personas que han sufrido un traumatismo craneano. El período de amnesia post-traumática se termina cuando la persona está en la capacidad de expresar una continuidad temporal. La duración de la amnesia post-traumática puede evaluarse a partir de una herramienta estandarizada como el Galveston Orientation and Amnesia Test (Examen) en el que se hacen varias preguntas de orientación a las personas como su nombre, la hora, la fecha, el día, el mes, el año y el lugar...

La amnesia global transitoria

Este tipo de amnesia se caracteriza por un trastorno aislado de la memoria reciente, o por una amnesia anterógrada total, y por una amnesia retrógrada de algunas horas antes de la aparición del trastorno. La amnesia retrógrada puede igualmente afectar los recuerdos biográficos aislados más antiguos. La persona se desorienta temporalmente pero no presenta dificultades de tipo comportamental o intelectual. Ella olvida sin embargo los acontecimientos que acaba de codificar o de aprender (amnesia anterógrada). El paciente se vuelve súbitamente amnésico y confuso, obnubilado, ansioso y presentar a menudo síntomas psíquicos como cefaleas, náuseas y a veces vómitos. Estos trastornos de memoria desaparecen totalmente, quedan pocas secuelas y las causas de esta amnesia son diversas y a veces difícilmente identificables (cambios bruscos de temperatura, ejercicio físico intenso, emoción) y pueden ser causados por un desorden vascular cerebral o epiléptico. En fin, seguido a este episodio la persona no puede recuperar los acontecimientos asociados a este período y permanece con una amnesia que puede escalonarse de algunos minutos a algunas horas.

La amnesia retrógrada aislada (amnesia psicogénica)

Este tipo de amnesia corresponde al olvido de un hecho preciso desagradable o traumatizante, manchado de una sobrecarga emocional, tal como la pérdida de un ser querido. Se explica por un mecanismo inconsciente de defensa que se opone a la recuperación de un recuerdo preciso. En los casos más graves y también más raros, una amnesia retrógrada total puede ser reportada sin trastorno significativo de la memoria anterógrada. Las personas se muestran incapaces de recuperar su pasado, incluso a veces su identidad. Este tipo de amnesia se presenta más frecuentemente entre las personas que tienen trastornos psiquiátricos.

La readaptación de la amnesia

Actualmente, varias técnicas de readaptación son empleadas entre las personas amnésicas, particularmente entre las personas que padecen de amnesia anterógrada. Las intervenciones pueden orientarse al empleo de técnicas compensatorias externas, tales como computadoras, avisos por pantalla, notas escritas, una agenda o incluso a través de programas intensivos de entrenamiento que implican de modo activo a la persona, a su familia y a sus allegados. También se emplean técnicas que pretenden modificar el entorno tales como la enseñanza de técnicas de compensación como el entrenamiento (práctica), las estrategias de organización, la estampería visual (íconos, imágenes) y el etiquetado verbal (rótulos). Además, otras técnicas como la utilización de tareas implícitas, la utilización de un discurso y medios mnemotécnicos son también empleados en readaptación. Actualmente, las técnicas de enseñanza de estrategias de compensaciones para los trastornos amnésicos se mostraron eficaces entre las personas con traumatismos craneanos ligeros. En cuanto a las personas que han sufrido un traumatismo craneano moderado o grave, las intervenciones más eficaces son las que recurren a las ayudas externas tales como las ayudas de memoria, esto con el fin de facilitar la adquisición de conocimientos o de habilidades particulares. El objetivo de estas ayudas externas es aumentar el nivel funcional de las personas antes que mejorar la función de la memoria en sí. Técnicas de orientación a la realidad se han utilizado igualmente en personas confusas que presentan déficit de la memoria retrógrada y anterógrada, al igual que una desorientación espacio-temporal. Pretenden favorecer la orientación con la ayuda de estimulación y con la ayuda de repeticiones de las informaciones de orientación de base. Son aplicadas sobre una base individual (enfoque informal) o en grupo (enfoque formal). Estas técnicas

han sido utilizadas entre poblaciones de pacientes que presentan sobre todo demencias y entre pacientes con traumatismos craneanos.

Conclusión

En el plano clínico, la amnesia es raramente un trastorno neuropsicológico aislado. La amnesia clínicamente se encuentra en conjunción con otros síntomas. Por ejemplo, pueden observarse invenciones (confabulaciones) entre las personas amnésicas o éstas intentan colmar los vacíos o los olvidos por reconstrucciones más realistas de memorias antiguas o recientes, lo que es a menudo el caso de las personas afectadas por el síndrome de Korsakoff. Además, la amnesia se acompaña a veces por una inconciencia de sus propias deficiencias (anosognosia), la persona es incapaz de darse cuenta de la presencia de su trastorno de memoria o del impacto que éste puede tener en su cotidianidad. Además, tal como mencioné anteriormente, un período de desorientación espacio-temporal y de confusión también puede estar presente y sobreañadido a la amnesia. Resumiendo, la amnesia se presenta muy raramente de modo aislado, y varios trastornos neuropsicológicos son susceptibles de presentarse de modo simultáneo y así complicar el cuadro clínico. Una evaluación formal y completa se revela pues esencial y necesaria con el fin de obtener una buena comprensión de los trastornos amnésicos y quejas subjetivas de los pacientes con el fin de ofrecerles las intervenciones de readaptación adecuadas a sus necesidades.

References

- Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, et al. 2000. Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 81:1596-1615.
- Corrigan J, Arnett J, Houck L, Jackson R. 1985. Reality orientation for brain injured patients: Group treatment and monitoring of recovery. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 66:626-630.
- de Guise E, LeBlanc J, Feyz M, Lamoureux J. 2005. Prediction of the level of cognitive functional independence following traumatic brain injury in acute care setting. *Brain Injury*. 19:1085-1093.
- de Guise E, LeBlanc J, Feyz H, Thomas H, Gosselin N. 2005. Effect of an integrated reality orientation programme in acute care on post-traumatic amnesia in patients with traumatic brain injury. *Brain Injury* 19:353-362.
- Gordon WA, Zafonte R, Cicerone K, Cantor J, Brown M, et al. 2006. Traumatic Brain injury Rehabilitation. State of the Science. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 85:343-382.
- Levin H, O'Donnell V, Grossman R. 1979. The Galveston Orientation and Amnesia test. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 167:675-84.
- Warrington EK, McCarthy RA. 1988. The fractionation of retrograde amnesia. *Brain and Cognition*. 7:184-200.

Zafonte RD, Mann NR, Scott RM, Black KL, Woods DL, Hammond F. 1997. Post-traumatic amnesia: It's relation to functional outcome. Archives of Physical and Medical Rehabilitation. 78:1103-1106.

Zencius A, Wesolowski M, Rodriguez, I. 1998. Improving orientation in head injured adults by repeated practice, multi-sensory input and peer participation. Brain Injury; 12:53-61.