

## Artículo de revisión

# \*Memoria Sana

\*\*Concepción Calleja

### Resumen

La autora de este artículo se ha fijado el objetivo de esclarecer la frontera entre la normalidad y la anormalidad en lo que respecta a las alteraciones de la memoria, así como a analizar los tratamientos que se emplean para paliarlas o frenarlas, teniendo en cuenta que este problema, con frecuencia y durante años, no traspasa, aparentemente, la línea de la enfermedad.

El deseo de cumplir años manteniendo una mente sana convierte en alarma social la pérdida de memoria, pero al mismo tiempo, el aumento de longevidad de la población hace que se incrementen los casos de envejecimiento cerebral.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Mente, Memoria, Tipos de memoria, Tratamientos para la memoria, Homeopatía y memoria.

### *Abstract*

*The author of this article has set herself the objective of clarifying the boundary between normality and abnormality in terms of memory alterations, as well as analyzing the treatments used to alleviate or curb them, bearing in mind that this problem, frequently and for years, does not apparently, cross the line of the disease.*

*The desire to grow old while maintaining a healthy mind turns memory loss into social alarm, but at the same time, the increase in longevity of the population causes cases of brain aging to increase.*

#### **KEYWORDS:**

Mind, Memory, Types of memory, Memory treatments, Homeopathy and memory.

\*Artículo publicado originalmente en la revista *Farmacia Profesional*, el 6 de junio de 2008; vol. 22, núm. 6. Autorizado para su publicación por la autora del mismo.

\*\*Licenciada en Medicina y Cirugía (Universidad de Cantabria). Expresidenta de la Sociedad Médico Homeopática de Cantabria. Especialista en Medicina General/Familia y en Terapias Complementarias. Ex-editora de la *Revista Médica de Homeopatía*.

## Qué es la memoria

La memoria es la facultad de recordar algo vivido o aprendido<sup>1</sup>. William Shakespeare se refería a ella en *Macbeth*<sup>2</sup> como “la memoria, el guardia del cerebro”. Y son ciertas estas palabras, porque sin memoria carecemos de vida, perdemos la habilidad para recordar el pasado, así como el presente con nuestro entorno (familia, amigos, actividades, sentimientos) y la posibilidad de planificar un futuro.

Hay tres fases por las que pasan los estímulos para poder ser recordados:

**Fijación.** Es la grabación de los acontecimientos, de lo que se quiere aprender, de aquello que permanecerá en nuestra memoria. Si falta esta fase, no se podrá memorizar.

**Conservación.** Es el tiempo de duración de lo que se fija.

**Evocación.** Es la capacidad de expresar lo fijado y conservado, de recordar, de poder utilizar lo almacenado. Cuando hay una dificultad de evocación podemos empezar a hablar de pérdida de recuerdos, de amnesia<sup>3</sup>. Los recuerdos se pierden, según la Ley de Ribot, en orden inverso a su adquisición. Lo último que se recuerda es lo primero que se pierde, y lo primero que se fijó es lo último que se pierde. Es muy frecuente comprobarlo en pacientes geriátricos.

Para que estos pasos puedan llevarse a cabo hay en nuestro cerebro millones de neuronas haciendo conexiones sinápticas<sup>4</sup>. En la memoria a corto plazo hay una simple excitación de la sinapsis, y la memoria a largo plazo es una consecuencia del reforzamiento permanente de las sinapsis debido a la síntesis de ciertas proteínas y a la activación de los genes correspondientes.

La memoria humana, a diferencia de la de los animales, actúa sobre sus necesidades presentes, tiene la capacidad de mirar hacia el pasado y de proyectar el futuro. Paradójicamente, el cerebro humano tiene una capacidad de almacenamiento similar a la mayor biblioteca mundial, pero sólo utilizamos una diezmilésima parte de nuestro potencial, según dicen los neurocientíficos.

También poseemos una memoria sensorial que se basa en la vista, el oído, el olfato, etcétera, cada una con un sustrato neuronal diferente. Gracias a esta función neuropsicológica tan compleja<sup>5</sup> adqui-

rimos una identidad como seres humanos, aprendemos a leer, a hablar y a manejar habilidades. Millones de datos de información son almacenados en nuestro cerebro, confiriéndonos una identidad propia y única. Veamos a continuación qué ocurre cuando la memoria empieza a fallar.

## Envejecimiento “normal”

El proceso de envejecimiento normal<sup>2</sup> conlleva ligeros cambios en la memoria que tienen poca importancia. Pero a veces los cambios son más bruscos o drásticos y la persona es incapaz de realizar tareas diarias y ocupaciones habituales. Entonces debe ser evaluada por un médico. Normalmente, con el proceso de envejecimiento natural se preservan:

- La memoria remota.
- La memoria procesal, para realizar tareas.
- El recuerdo semántico, la cultura general.
- El lenguaje, el vocabulario y la sintaxis.
- Las funciones ejecutivas: planificación, decisión, etcétera.

Y van disminuyendo:

- La capacidad de aprendizaje y recuerdo de nueva información, que lleva más tiempo.
- La capacidad de dicción (ligeras alteraciones en la pronunciación), de combinación de palabras, así como de hilar conceptos y frases, por lo que va disminuyendo la fluidez verbal (se nos queda más a menudo la palabra “en la punta de la lengua”).
- La habilidad para resolver problemas.
- Los reflejos, la capacidad de reacción, de ejecutar tareas nuevas o hacer varias cosas a la vez.

## Mantenimiento de la memoria

Empezamos a perder células cerebrales a los 20 años<sup>2</sup>. A medida que avanza la edad se fabrican menos neurotransmisores de los que necesitan las neuronas para trabajar<sup>6</sup>.

Diferentes investigaciones y estudios han demostrado lo siguiente:

- Una buena educación ayuda a mantener la reserva cognitiva, a la vez que retrasa el comienzo de la demencia.
- Una dieta saludable, que tenga altos contenidos de antioxidantes y aceite de oliva, disminuye los riesgos de desarrollar demencia.
- Los ejercicios cognitivos, de memoria, de ra-

zonamiento, para procesar a mayor velocidad, mejoran la cognición.

- Participar en actividades sociales disminuye el empeoramiento cognoscitivo.
- Tener bajo control los riesgos cardiovasculares —hipertensión, hiperlipemias, tabaquismo, etcétera— demora la instauración del comienzo de la demencia.

Debido a que con la pérdida de la memoria perdemos nuestra entidad, tenemos que hacer todo lo posible para preservarla. La fase de grabación es frágil<sup>5</sup>: el principal elemento que permite modificarla es la atención. Cuanto más atentos estamos, mejor grabamos el acontecimiento. El hecho de que grabemos algo asociado a un factor agradable, refuerza la calidad de la grabación. En el fondo, los reflejos condicionados de Pavlov, en virtud de los cuales un hecho neutro se asocia a uno con un significado (como la comida con el timbre en los perros del experimento), tienen muchísima relación con la capacidad de memorizar y con los sentimientos.

Cuantos más acontecimientos agradables tengamos en nuestra vida, más estaremos grabando, de modo que, en cierta medida, está en nuestras manos no engrosar la población mentalmente envejecida, viviendo con entusiasmo y optimismo, para afrontar la vejez de otra manera.

## Cambios “anormales” en la memoria

La amnesia es un proceso de deterioro o pérdida de la memoria que no puede considerarse parte normal del envejecimiento. Es normal tener dificultad en recordar nombres de personas y en aprenderlos, por no hablar de que también hay personas más olvidadizas que otras.

Se puede considerar que el deterioro cognitivo es patológico cuando la pérdida de las funciones intelectuales es tan grave como para interferir en la actividad cotidiana de la persona<sup>2</sup>.

La memoria puede sufrir ligeros deterioros sin que la persona pierda su autonomía personal. Puede haber un ligero deterioro de la memoria y la persona todavía ser independiente. Cuando todavía es capaz de hacer las cosas cotidianas, pero sin ayuda directa de otra persona. Si el conocimiento, el lenguaje y la memoria se encuentran tan dañados que no permiten realizar las tareas diarias sin ayuda, ya

entramos en el terreno de las demencias. Entre los síntomas cabe destacar la incapacidad para apreciar que se está perdiendo memoria (figura 1).

### Cómo pueden captar los familiares que alguien de su entorno presenta problemas de memoria no atribuibles al proceso natural de envejecimiento<sup>7</sup>

- El sujeto se olvida de las cosas con mayor frecuencia de la que acostumbraba.
- Olvida hacer tareas que habitualmente hacía con frecuencia.
- Tiene dificultades para aprender cosas nuevas.
- Se vuelve repetitivo en frases o historias de una misma conversación.
- Presenta dificultad para tomar decisiones o manejar el dinero.
- No es capaz de estar al tanto de la actualidad diaria.

Figura 1.

El farmacéutico puede ser de gran ayuda para estos pacientes y su entorno familiar o cuidadores, aportándoles unas pautas de educación sanitaria que se han reflejado en la figura 2.

### Consejos que puede ofrecer el farmacéutico a personas sanas que refieren problemas de memoria<sup>7</sup>.

- Hacer listados.
- Seguir rutinas diarias.
- Hacer asociaciones, conectar cosas en la mente.
- Llevar un calendario muy detallado.
- Poner las cosas importantes, de uso diario, siempre en el mismo lugar.
- Repetir los nombres cada vez que se conoce a una nueva persona.
- Hacer actividades que mantengan la mente y el cuerpo activos y ocupados.
- Repetir mentalmente y con mucha frecuencia el abecedario, para ayudar a pensar en palabras que se tiene dificultad en recordar, ya que escuchar la primera letra de una palabra puede ayudar a refrescar la memoria.

Figura 2.

## Demencia de tipo Alzheimer

La demencia se define, de forma genérica, como la alteración intelectual persistente que compromete la función de muchas facetas de la actividad mental, como memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, emoción, personalidad y cognición o conocimiento.

La demencia de tipo Alzheimer (DTA) supone el deterioro progresivo de las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Es el tipo más frecuente: representa el 70% de todas las demencias<sup>6</sup>. En España, alrededor de 700 mil personas mayores de 65 años la presentan.

La fase inicial, que suele durar dos años<sup>7</sup>, es difícil de diagnosticar. En la fase intermedia, que dura entre tres y cinco años, ya hay una gran disminución de la memoria con alteraciones del lenguaje, escritura, lectura, cálculo, procesamiento de datos, apraxias y agnosias. El paciente ya no puede hacer su vida normal.

En la fase terminal hay una demencia grave, el paciente es incapaz de andar, presenta incontinencia y es incapaz de realizar de forma autónoma cualquier actividad de la vida diaria. Los enfermos suelen permanecer en la cama.

## Nuevas perspectivas en el diagnóstico de la DTA

Según los expertos participantes en un Curso Nacional sobre Enfermedad de Alzheimer celebrado recientemente en Sitges (Barcelona)<sup>8</sup>, el descubrimiento de nuevos biomarcadores permitirá predecir el Alzheimer hasta seis años antes de que empiece a desarrollarse, debido a la reciente identificación de varias proteínas dispersas en el líquido cefalorraquídeo. Además, el diagnóstico de la enfermedad por la neuroimagen se ha beneficiado de las aportaciones de la tomografía computadorizada por emisión de fótón único (SPECT, según sus siglas en inglés) y de la tomografía por emisión de positrones (PET).

“La posibilidad de observar el depósito de amiloide (causa principal del deterioro cognitivo de esta demencia) con tanto detalle también permitirá al especialista detectar esta patología antes de que debute”, señaló el doctor Blesa, especialista en este ámbito y ponente en el curso. Ello hará que se replanteen los criterios diagnósticos de esta grave

enfermedad y orientará hacia estudios dirigidos a la fase preclínica de la enfermedad.

## Tratamiento

Cada una de las etiologías de demencia anteriormente mencionadas tiene un tratamiento específico. Por desgracia, algunas de ellas son mortales. Las demencias que presentan cuadros de comportamiento más ricos en síntomas son las DTA.

La ansiedad y el insomnio se puede tratar con benzodiacepinas<sup>6</sup>, pero como este tipo de medicamentos también causa desorientación, una alternativa puede ser la administración de **Ignatia amara** si predomina la angustia, **Ambra grisea**, si hay una gran labilidad emocional, o **Aconitum napellus**, si predomina la sintomatología de presión en el pecho y palpitaciones. Estos tres medicamentos homeopáticos están indicados en síntomas ansiosos<sup>9</sup>.

Agresividad, agitación, conductas paranoides y alucinaciones<sup>6</sup> pueden requerir el tratamiento con antipsicóticos, pero dado que éstos pueden producir efectos secundarios graves, bien merece la pena intentar un tratamiento homeopático alternativo con base en medicamentos del grupo de las solanáceas, que se han mostrado eficaces en este tipo de síntomas, como **Belladonna**, **Stramonium** y **Hyosciamus**. La experimentación con estos medicamentos ha puesto de manifiesto su acción sobre el cerebro y el sistema nervioso central<sup>10</sup>.

La patología conductual sin síntomas psicóticos puede mejorar con carbamacepina o antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). En este ámbito también hay medicamentos homeopáticos que pueden resultar útiles<sup>11</sup> y que han mostrado su eficacia en la práctica clínica diaria:

**Anacardium orientale.** En la irascibilidad que puede llegar a la grosería y en los cuadros que cursan con desconfianza, así como en el desdoblamiento de personalidad.

**Alumina y Ambra grises.** En la pasividad típica de estos enfermos, que se convierte a menudo en indiferencia, administrados alternativamente. También están indicadas cuando manifiestan, como es lógico, con mucha dificultad, cierto miedo a trastornarse.

**Causticum.** Cuando los pacientes lloran cons-

tantemente y se percibe que están llenos de temores y miedos.

Hay dos grupos de fármacos con los que se está tratando de mejorar la función cognitiva<sup>6</sup>:

- Anticolinesterásicos, como el donazepilo, rivastigmina y galantamina.
- Memantina.

Actualmente no existe ningún fármaco que cure la enfermedad; algunos pueden detener la velocidad del deterioro cognitivo y prolongar la capacidad funcional, retrasando el momento de la institucionalización y de la necesidad de atención individualizada. La evidencia sobre mejoras en la calidad de vida derivadas de estos tratamientos difiere en función de los distintos estudios realizados al respecto y sigue habiendo controversia sobre la relación coste-beneficio.

Los anticolinesterásicos poseen efectos adversos, debido a la vía colinérgica: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, anorexia, fatiga o bradicardia. La memantina es mejor tolerada.

Normalmente, una vez establecida la dosis de mantenimiento, el tratamiento debe continuar únicamente si la función cognitiva no ha empeorado o ha mejorado, y siempre que los efectos secundarios lo permitan. En la práctica clínica, son los pacientes, pero más a menudo sus cuidadores o el especialista, los que deciden cuando es conveniente terminar.

Según la medicina basada en evidencia, se puede intentar el mejoramiento de la calidad de vida del paciente con demencia tratándolo con medicamentos homeopáticos (que también hemos mencionado anteriormente para otros síntomas). Se relacionan a continuación.

**Baryta carbonica.** Carbonato de bario, que en la experiencia clínica y administrado en los primeros estadios de la demencia puede actuar sobre la involución senil.

El bario, cuyo peso atómico es 56 y pertenece al grupo II de la tabla periódica de Mendeleiev, es un metal pesado. La experimentación en animales con las sales de bario, en particular las de Lander Brunion y Wart, en 1889<sup>11</sup>, aclaró su acción sobre la circulación cerebral.

En el hombre actúa sobre la hipertrofia tisular y la congestión arterial, en un primer estadio de esclerosis, y actuaría *a posteriori* sobre la esclerosis confirmada, debido a que en su experimentación el bario provoca una deshidratación del tejido cerebral,

por sus propiedades hidrófilas.

Por la lentitud de acción del medicamento, deben prescribirse durante largo tiempo 3 gránulos en 30CH, diariamente, para intentar el aplazamiento de la evolución hacia la demencia.

**Natrum sulfuricum.** Actúa en aquellas demencias cuyo origen es un traumatismo, bien por accidente o por derrame cerebral. Su acción selectiva sobre el edema cerebral justificaría esta prescripción. Debemos poner de relieve un metaanálisis<sup>12</sup> realizado en el departamento de psicología del *Imperial College of science of London*. Un equipo de investigadores evaluó los ensayos realizados con **Natrium sulfuricum** en la demencia, llegando a la conclusión de que no estaba claro su uso y, por tanto, sería difícil encaminar más ensayos hacia esta área.

Quizá no se eligió el medicamento adecuado para este estudio, ya que en la práctica clínica sólo tiene una indicación muy precisa en un tipo de demencias, como hemos visto antes.

En Rusia, Epstein, Pavlov y Shtark<sup>13</sup> han realizado recientemente un estudio en ratones del antígeno S-100B, que, según numerosos trabajos de investigación, actúa sobre los mecanismos de la memoria. Aplicaron dosis infinitesimales de anticuerpos a S-100B, en concreto la 6CH, según la farmacopea homeopática. Concluyeron que la administración oral de anticuerpos para reforzar el antígeno S-100B incrementaba la habilidad de las ratas. El experimento se basó en la evitación inhibitoria al elegir tazones con sacarosa y el cese de la alimentación tras una señal auditiva. Los mecanismos posibles de la influencia de los anticuerpos de anti S-100B en la formación de la memoria se discuten, abriendo así nuevas vías de investigación para el medicamento ultradiluido.

Dada la gravedad de la enfermedad, todos los esfuerzos encaminados a investigar y a obtener nuevos fármacos para tratarla, aliviarla o frenarla suponen un reto para los profesionales de la medicina.

---

## Conclusiones

---

El envejecimiento de la población<sup>14</sup> se irá incrementando en el transcurso del siglo XXI, debido a que el grupo mayor de 65 años crece a un ritmo del 2.5% al año, más rápido que el resto. Como consecuencia, se está produciendo un cambio demográfico que afecta considerablemente a las estructuras socia-

nitarias y está dando lugar a un fenómeno llamado **transición epidemiológica**. Esto se traduce en que hay una aparente disminución de la mortalidad por el control de enfermedades infecciosas, pero un dramático aumento de las enfermedades asociadas al envejecimiento: alteraciones cardiovasculares, cáncer, demencia, y otras enfermedades degenerativas e incapacitantes, debido a la disminución de la morbilidad en las personas mayores de 85 años.

Todos los procesos asociados al envejecimiento son, en definitiva, de gran importancia sanitaria y económica, pero la demencia es uno de los problemas más importantes porque alcanza proporciones epidémicas en el mundo occidental.

## Diagnóstico diferencial de las demencias

Las siguientes enfermedades pueden confundirse con una DTA al compartir síntomas típicos de demencia<sup>6</sup>:

- Depresión.
- Delirio.
- Hematoma subdural.
- Infección por el VIH.
- Sífilis.
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (enfermedad de las vacas locas).
- Deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> o ácido fólico.
- Hidrocefalia con presión normal.
- Endocrinopatías.
- Tóxicos (drogas, alcohol, monóxido de carbono, metales pesados).
- Enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular, demencia multiinfarto, arteriosclerosis).

También el uso de determinados medicamentos puede producir efectos susceptibles de ser confundidos con síntomas de demencia. En resumen, cabe distinguir entre las cuatro D: depresión, delirio, drogas (de abuso y fármacos) y demencia.

### REFERENCIAS

1. García Pelayo R. Minilarousse ilustrado. Barcelona: Círculo de Lectores; 1986.
2. The Cleveland Clinic [Internet]. Cleveland; 1995-2008 [Actualizado 16 Feb. 2005; citado 4 Mar 2008]. Cleveland Clinic Center for Consumer Health Information; [aprox. 3 pantallas] Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/>
3. Anierte N. Trastorno de la memoria: Trastornos Psíquicos IV [Internet]. 2006 May [citado 3 Mar 2008]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: [http://perso.wanadoo.es/anierte\\_nic/apunt\\_psicolog\\_personal\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/anierte_nic/apunt_psicolog_personal_4.htm)
4. Wikipedia [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre; 2008 [actualizado 25 Ene 2008; citado 1 Feb 2008]. La memoria humana; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Memoria humana&oldid=14618064>.
5. Neurosalud.com [Internet]. Novartis Farmacéutica; 2004 [actualizado Ene 2008; citado 1 Feb 2008] Neurología. Información para pacientes y familiares; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.neurosalud.com/pacientes/neuroinfo/NeuroInfoDetalle.asp?Id=26497#top>.
6. Fisterra.com [Internet]. La Coruña: Casitérides; 2005; [Actualizado 8 Ago 2007; citado 1 Feb 2008]. Guías Clínicas 2007; 7 (25), Guía de la demencia; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias/2/demencias.asp>
7. Familydoctor.org [Internet]. American Academy of Family Physicians; 1996-2008 [Actualizado Jul 2005; citado 3 Mar 2008]. Memory Loss With Aging: What's Normal, What's Not; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://familydoctor.org/online/famdocen/home/seniors/commonolder/124.html>.
8. Intersalud.es [Internet]. Mallorca: Intersalud; 1997-2008 [actualizado 12 Mar 2008; citado 20 Mar 2008]. Psiquiatría.com; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/noticias/demencias/diagnostico/35547/>.
9. Jouanny J. Nociones fundamentales de Terapéutica Homeopática. Madrid: Boiron; 1987.
10. Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Therapeutique Homeopathique. Lyon: Boiron; 1988.
11. Aubin M, Demarque D, Saint Jean, Y, Joly P. La práctica Homeopática en Geriatría. México: Nueva Editorial Médico Homeopática Mexicana (NEMHM); 1992.
12. McCarney R, Warner J, Fisher P, Van Haselen R. Homeopathy for dementia: Cocharane Database Syst Rev. PubMed [Internet]. 2003 [citado 14 Mar 2008]; (1): CD003803: [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535487?ordinalpos=10&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535487?ordinalpos=10&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum).
13. Epstein OI, Pavlov F, Shtark MB. Improvement of Memory by Means of Ultra-Low Doses of Antibodies to S-100B Antigen: Evid Based Complement Alternat Med [Internet]. 2006 Dic [citado 14 Mar 2008]; 3 (4): [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1697748/pdf/nel073.pdf>
14. Vega S, Bermejo PF. Prevalencia de demencia en mayores de 60 años en medio rural: estudio puerta a puerta. Medicina General. 2002; 48:794-805.