

Confusión emocional. Su efecto en la postergación de petición de ayuda en depresión subsindrómica.

Emotional confusion. Its effect on asking for help delay in subsyndromal depression.

---

**MILTON MERIZALDE TORRES**

PSIQUIATRA, DOCTOR EN MEDICINA

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

**TERESA JIMÉNEZ APARICIO**

MIR DE PSIQUIATRÍA 3ER AÑO.

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

**MARÍA FERNÁNDEZ LOZANO**

MIR DE PSIQUIATRÍA 2DO AÑO.

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

**ALICIA RODRÍGUEZ CAMPOS**

PSIQUIATRA

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

Cómo citar/How to cite: Merizalde Torres, Milton (2023) “Confusión emocional. Su efecto en la postergación de petición de ayuda en depresión subsindrómica.”. *Clínica*, volumen 28. DOI: <https://doi.org/10.24197/cl.28.2023.3-11>

Reseña de acceso abierto distribuida bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC-BY 4.0\)](#). / Open access review under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC-BY 4.0\)](#).

**Resumen:** En la práctica clínica se ha observado que los pacientes con cuadros subsindrómicos de depresión que han tardado en acudir a salud mental presentaron dificultades en la identificación y verbalización de los síntomas depresivos. El objetivo de este estudio es determinar diferencias significativas en el tiempo de síntomas sin tratar considerando grados de confusión emocional (medida con el ítem 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto). La muestra se compone de 126 participantes con trastorno depresivo sin especificación que acudieron por primera vez a salud mental en el Área Este de Valladolid. Se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis encontrándose diferencias significativas entre grupos ( $p=0,02$ ). Estos resultados son novedosos en nuestro medio y señalan que la confusión emocional se asocia a retrasos en la llegada de ayuda profesional. Adicionalmente orienta a considerar intervenciones psicoeducativas en el reconocimiento e identificación de malestar psíquico y una petición de ayuda oportuna en salud mental.

**Palabras clave:**

Trastorno depresivo; confusión emocional; psicoeducación

**Abstract:** In clinical practice, it has been observed that those patients with subsyndromal depression disorders who delay the request of professional help, showed more difficulties in recognize or communicate depressive symptoms. The aim of this study is to determine significant differences in the time of untreated symptoms considering groups according to degrees of emotional confusion (measured with item 1 of the Toronto Alexithymia Scale). The sample included 126 participants with depressive disorder no other specified that consulted for the first time in mental health service at the East Area of Valladolid. Kruskal-Wallis test was applied showing significant differences between groups ( $p=0,02$ ). These results are new in our setting and indicate that emotional confusion is associated with delays on asking for professional help. Additionally, it suggests considering psychoeducational interventions centered in recognition, identification of symptoms and an opportune request for help in mental health resources.

**Keywords:**

Depressive disorder; emotional confusion; psychoeducation

---

## 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo sin especificación (TDSE) es una forma clínica del trastorno depresivo en el que no se cumplen los criterios de ninguno de los subtipos específicos dentro de la Clasificación Internacional de

Enfermedades 11ª edición (CIE - 11) (1). Clásicamente se le ha denominado también depresión subclínica, subsindrómica, oligosintomática, etc (2,3).

En algunos estudios, se ha determinado que los pacientes con TDSE tienden a postergar el primer contacto con salud mental por lo que el tiempo de síntomas sin tratamiento se alarga (4). Varios autores han postulado que esto podría deberse a que los síntomas son leves y a pesar de que generan un malestar importante, no suelen ser incapacitantes (5). En vista del impacto en calidad de vida y deterioro psicosocial que puede producirse, se ha puesto de manifiesto la importancia de conocer otros factores clínico-demográficos asociados a estos retrasos, esto con la intención de diseñar intervenciones eficaces (6).

En esa línea, en la práctica clínica de los investigadores de este estudio, se ha observado que en los pacientes que tardaron más en acudir a salud mental refirieron sentirse «confundidos» con sus emociones. En ese sentido, se han descrito síntomas cognitivos dentro de los cuadros depresivos que podrían explicar esta observación (7-9). Así mismo, en una revisión reciente se reconoce la confusión emocional (dificultad en la identificación de emociones básicas) como un componente importante de la alexitimia e interesante de aplicar en la investigación clínica de cuadros afectivos (10).

Por esto, se plantea que la confusión emocional podría ser otro factor involucrado en la postergación de petición de ayuda. En la evidencia publicada hasta el momento, el papel de esta en el tiempo de síntomas sin tratamiento no se ha establecido en muestras con TDSE.

## **2. OBJETIVO**

Determinar la relación entre confusión emocional y el tiempo de síntomas sin tratamiento en una muestra con TDSE obtenida de población de Valladolid.

## **3. MATERIAL Y MÉTODO**

### **3.1. Diseño y muestra**

Se trata de un estudio descriptivo sobre una muestra obtenida de los pacientes remitidos a primera consulta en Salud Mental en el Área Este de Valladolid durante el año 2022. Se incluyeron como participantes a aquellos pacientes mayores de edad de ambos sexos que recibieron el diagnóstico de TDSE (6A7Z según CIE 11) en la evaluación clínica y que además firmaron el consentimiento informado. Por otra parte, fueron excluidos aquellos pacientes que mostraron signos de algún grado de deficiencia intelectual en la entrevista de evaluación.

### **3.2. Variables**

Se registraron variables demográficas generales. Entre las variables clínicas se tomaron en cuenta: presencia de ideas de muerte, problemas de concentración y gravedad depresiva según la escala Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). El tiempo de síntomas sin tratamiento se registró como el número de semanas transcurridas entre el inicio del cuadro y la primera toma de contacto en salud mental. La confusión emocional se midió con el ítem 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto (1\_TAS-20). Para lo cual se preguntó a los participantes su nivel de acuerdo con la frase «a menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo». Las respuestas se registran en cinco opciones: «muy de acuerdo», «de acuerdo», «indeciso», «en desacuerdo», «muy en desacuerdo».

### **3.3. Análisis estadístico**

El análisis estadístico y los gráficos se realizaron con el programa R Studio ®. Se determinaron las diferencias entre grupos de 1\_TAS-20. Se aplicó el test de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y chi cuadrado ( $X^2$ ) para variables categóricas. Se consideró diferencia estadísticamente significativa si el valor de  $p$  resultaba inferior a 0.05

## **4. RESULTADOS**

La muestra se compone de 126 participantes, de los cuales 47 son hombres y 79 mujeres. Las variables del estudio y los estadísticos de prueba se resumen en la **Tabla 1**.

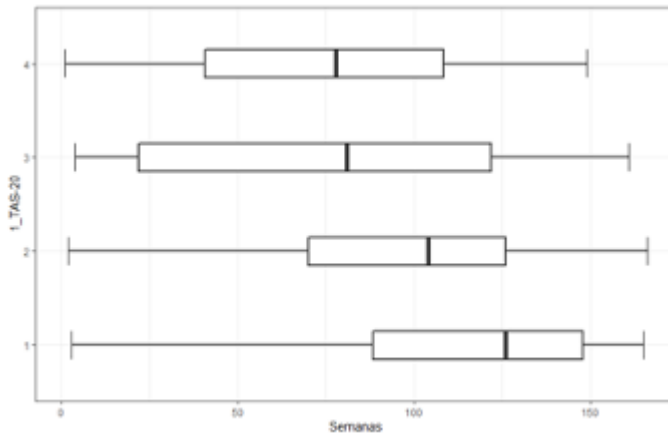
<b>Tabla 1.</b> Variables demográficas y clínicas de la muestra							
1_TAS-20	Sexo		n	Edad (Md±DE)	MADRS (Md±DE)	Prevalencia (%)	
	H	M				Ideas muerte	Problemas de concentración
Muy de acuerdo	9	11	20	42,05±18,59	16,45±2,48	30,00	40,00
De acuerdo	14	31	45	43,33±11,86	16,28±3,81	17,80	33,30
Indeciso	18	23	41	46,90±15,25	16,24±3,76	12,20	17,10
En desacuerdo	6	14	20	50,35±14,13	14,75±2,93	10,0	20,00
Total	47	79	126	45,10±14,62	16,05±3,49	16,67	26,98
Estadísticos							
Kruskall-Wallis				<i>p</i> =0,24	<i>p</i> =0,25		
$\chi^2$	<i>p</i> =0,48					<b><i>p</i>=0,001</b>	<i>p</i> =0,15

1\_TAS-20: ítem 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto, H: hombre, M: mujer, MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, Md: media, DE: desviación estándar, *p*: significación, se señala en **negrita** los resultados estadísticamente significativos,  $\chi^2$ : Chi cuadrado.

Ningún participante puntuó en 1\_TAS-20 como «muy en desacuerdo», por lo que esta variable se midió únicamente en cuatro categorías. Del total, 106 participantes (84,12%) reconocieron experiencias de confusión emocional, puntuando en 1\_TAS-20 como «muy de acuerdo», «de acuerdo» o «indeciso».

Considerando grupos según 1\_TAS-20, se encontraron diferencias en los tiempos de síntomas sin tratamiento (***p*=0,02**). En la **Figura 1**, se aprecia con mayor detalle la distribución de esta variable según grupos, pudiéndose observar que los participantes que reconocieron mayor confusión emocional tardaron más tiempo en acudir a salud mental. Asimismo, la **Tabla 1** muestra diferencias significativas en la prevalencia de ideas de muerte entre estos grupos (*p*<0,001). Además se detalla la

prevalencia de problemas de concentración según grupos, sin embargo esto no resultó estadísticamente significativo.



**Figura 1.** Gráfico de cajones de las semanas de síntomas sin tratar considerando grupos según 1\_TAS-20. Se encontraron diferencias significativas entre grupos en la prueba de [Kruskal-Wallis](#) ( $p=0.02$ ).

1\_TAS-20: ítem 1 de la Escala de Alexitimia de Toronto. 1: muy de acuerdo; 2: de acuerdo; 3: indeciso; 4: en desacuerdo.

Por otro lado, no se encontraron diferencias en género, edad, gravedad depresiva ni en prevalencia de dificultades de concentración considerando los grupos según 1\_TAS-20. Tampoco se encontraron diferencias en el tiempo de síntomas sin tratamiento considerando los grupos según problemas de concentración ( $p=0,81$ ).

## 5. DISCUSIÓN

En varias revisiones se ha considerado prioritario identificar los factores clínico-demográficos involucrados en la cronificación de cuadros subsindrómicos como el TDSE (5). Se ha observado cierto grado de

confusión emocional en esta población, aunque no se ha determinado si se relaciona con retrasos en la petición de ayuda en salud mental (9).

Los resultados principales de este estudio muestran que los participantes con mayor nivel de confusión emocional tardaron más tiempo en acudir a salud mental. Esto podría explicarse considerando que algunos trabajos han descrito la presencia de alexitimia en la evolución tardía de algunos cuadros depresivos que sería parte de un progresivo empeoramiento clínico (8,9). En línea con esos hallazgos, los resultados de este estudio reflejarían que los participantes que postergaron la petición de ayuda se evaluaron en una etapa más tardía y grave del cuadro y, por ello, presentaron mayor grado de confusión emocional. En contra de esta explicación, como puede verse en la Tabla 1, los grupos con mayor confusión emocional no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la gravedad depresiva según MADRS.

Por otro lado, y de forma más interesante, podría considerarse otro tipo de relación entre confusión emocional y tiempo de síntomas sin tratar. Es posible que la dificultad en identificar el malestar psíquico y comprenderlo como un síntoma depresivo retrase la petición de ayuda al no considerar el paciente que ésta sea una condición que requiera tratamiento. Adicionalmente esta dificultad podría afectar a las habilidades de gestión emocional, explicando que la prevalencia de ideas de muerte sea mayor en los grupos con mayor confusión emocional a pesar de no ser clínicamente más graves.

Respecto a las dificultades en la concentración, algunos estudios han descrito problemas atencionales y alexitimia en muestras con trastornos depresivos (7,9,11). Más aún, se ha considerado que la alexitimia se asocia en parte a la dificultad atencional (11). De todas formas, en este estudio no se encontraron diferencias significativas en los tiempos de síntomas sin tratar considerando los problemas de concentración. Dados los datos de la **Tabla 1** y tomando en cuenta la experiencia en la práctica clínica, los investigadores de este estudio consideran que es posible que esto se deba a un efecto del tamaño muestral, y que podrían encontrarse resultados significativos con muestras mayores.

Estos resultados muestran que el tiempo de síntomas sin tratamiento en el TDSE podría estar afectado, además de por la gravedad depresiva, por

los síntomas cognitivos como confusión emocional y dificultades atencionales, ambos descritos como parte de los síndromes depresivos (8,9,11). No existe evidencia publicada al respecto en nuestro medio, por lo que estos resultados son nuevos y pondrían de manifiesto que los retrasos en el tratamiento pueden estar en relación con factores modificables a través de intervenciones educativas. Desde la perspectiva de gestión, esto podría ser interesante, ya que orienta a trabajar en herramientas para el reconocimiento e identificación del malestar psíquico y logrando así una oportuna petición de ayuda en salud mental.

## **6. AGRADECIMIENTOS Y CONFLICTOS DE INTERÉS**

Agradecemos a todo el equipo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Los autores declaran no conflicto de interés

## **7. ÉTICA**

Este estudio recoge una parte de los resultados del proyecto de investigación «Evolución de los síntomas depresivos en el trastorno de adaptación diagnosticado según criterios CIE 11» que recibió aprobación por el Comité de Ética del Hospital Clínico Universitario de Valladolid *PI 22-2893*.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. The World Health Organisation. WHO | International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). 2019.
2. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, Naidoo N, Chatterji S. From depressive symptoms to depressive disorders: The relevance of thresholds. *Br J Psychiatry* 2010;196(5):365-71. Disponible en:

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071191>



3. Zimmerman M, Martinez JH, Dalrymple K, Chelminski I, Young D. “Subthreshold” Depression: Is the Distinction Between Depressive Disorder Not Otherwise Specified and Adjustment Disorder Valid? *J Clin Psychiatry* 15 de mayo de 2013;74(05):470-6. Disponible en:  
<https://doi.org/10.4088/JCP.12m08053>
4. Rivas M, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos J. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012;12(181). Disponible en:  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-181>
5. Jain AM, Jha M. Prevalence of Subclinical Depression among College Students: A Review. *J Ravishankar Univ* 2021;27(1):16-33. Disponible en:  
<https://doi.org/10.52228/jrua.2021-27-1-3>
6. Corpas J, Gilbody S, McMillan D. Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2022;308(March):384-90. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.085>
7. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000;48(1):99-104. Disponible en:  
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00083-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00083-5)
8. Sagar R, Talwar S, Desai G, Chaturvedi S. Relationship between

alexithymia and depression: A narrative review. *Indian J Psychiatry* 2021;63(2):127-33. Disponible en: [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_738\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_738_19)

9. Arancibia M, Behar R. Alexithymia and depression: evidence, controversies and implications. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2015;53(1):24-34.
10. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research.* 2020(131). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>
11. Wang J, Luo Y, Aleman A, Martens S. Training the attentional blink: subclinical depression decreases learning potential. *Psychol Res* 2022;86(6):1980-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00426-021-01603-5>