

confusión – confusion

Authored by
memjavad

November 21, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *confusión – confusion*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=5605>

Confusión

Primary Disciplinary Field(s): Psicología Clínica, Neurociencia, Medicina Interna, Filosofía, Criptografía

1. Definición Central y Delimitación Conceptual

La **confusión**, en su acepción más amplia dentro de las ciencias de la salud y la cognición, se define como un estado mental caracterizado por la incapacidad de pensar con la claridad y coherencia habituales. Este estado implica una alteración significativa de la conciencia y la atención, manifestándose en una percepción distorsionada del entorno, dificultad para mantener el foco en una tarea o conversación, y una desorganización general del proceso de pensamiento. Es crucial diferenciar la confusión de otros estados alterados de la mente, como la somnolencia o la mera desorientación. Mientras que la desorientación puede ser un síntoma específico (pérdida de noción del tiempo o lugar), la confusión representa un síndrome más complejo que afecta múltiples dominios cognitivos simultáneamente, incluyendo el juicio, la memoria reciente y la capacidad de toma de decisiones. Clínicamente, este estado es a menudo un indicador de disfunción cerebral subyacente aguda y requiere una evaluación médica inmediata para determinar su etiología.

La delimitación conceptual de la confusión es fundamental, especialmente en el ámbito clínico. El término a menudo se utiliza como sinónimo de **delirio** (o síndrome confusional agudo), aunque algunos textos establecen matices. El delirio es la manifestación más grave y estructurada de la confusión, caracterizada por su inicio rápido, curso fluctuante y la presencia de alteraciones perceptivas (alucinaciones) o psicomotoras. La confusión, por otro lado, puede describir un espectro más amplio de deterioro cognitivo, desde la leve incapacidad para seguir instrucciones hasta el estado de obnubilación severa. En esencia, la confusión es el síntoma cardinal que define el síndrome del delirio. La incapacidad de procesar la información de manera efectiva y la dificultad para integrar estímulos sensoriales y contextuales son las características definitorias que separan la confusión de trastornos primarios del estado de ánimo o la psicosis crónica.

Desde una perspectiva neurocognitiva, el estado de confusión refleja una falla en las redes de procesamiento ejecutivo que residen principalmente en la [corteza prefrontal](#) y sus conexiones con el tálamo y el tronco encefálico. Esta disfunción interfiere con la capacidad del individuo para realizar funciones esenciales como la inhibición de respuestas irrelevantes, la planificación y la monitorización del comportamiento. La confusión no es simplemente un déficit de memoria o atención aislada, sino una perturbación global que afecta la capacidad de la persona para mantener una representación coherente de sí misma y de su entorno. Esto se traduce en un lenguaje desorganizado, respuestas inapropiadas al contexto y, en casos severos, la incapacidad de reconocer a personas familiares o de comprender instrucciones básicas, lo que subraya la

gravedad de la alteración de la función cortical superior.

2. Etimología y Desarrollo Histórico del Concepto

Etimológicamente, el término "confusión" proviene del latín *confusio*, derivado del verbo *confundere*, que significa "mezclar", "derramar juntos" o "desordenar". Históricamente, este concepto ha sido reconocido desde la antigüedad como un estado patológico de la mente. Los médicos griegos y romanos, aunque carecían de la sofisticación neurocientífica moderna, describieron estados de desorden mental agudo asociados con fiebres altas o intoxicaciones. Hipócrates y Galeno ya notaron que ciertas enfermedades infecciosas o el desequilibrio de los humores podían llevar a una "mezcla" o "desorden" de las facultades mentales, un precursor de lo que hoy llamamos confusión o delirio.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, el concepto de confusión mental fue a menudo entrelazado con explicaciones teológicas o espirituales, siendo a veces interpretado como posesión o locura. Sin embargo, con el desarrollo de la medicina moderna en los siglos XVIII y XIX, la confusión comenzó a ser vista de manera más sistemática como una manifestación de patología orgánica cerebral. Figuras como Philippe Pinel en Francia y Benjamin Rush en Estados Unidos ayudaron a clasificar y separar estos estados agudos de la demencia crónica. Fue en el siglo XX, particularmente con el auge de la psiquiatría de enlace y la neurociencia, cuando se estableció la distinción clara entre los trastornos primarios psiquiátricos y el síndrome confusional agudo, reconociendo a este último como una emergencia médica resultante de una perturbación fisiológica sistémica o neurológica.

El desarrollo conceptual más influyente fue la formalización del **Delirium** como una entidad diagnóstica separada. En 1980, la inclusión del Delirium en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) consolidó la confusión como un diagnóstico clínico específico, caracterizado por una alteración aguda en la atención y la cognición. Esta estandarización permitió a los investigadores y clínicos estudiar sus causas, mecanismos y tratamientos de forma más rigurosa. La comprensión moderna enfatiza que la confusión es un síntoma de un cerebro vulnerable bajo estrés, ya sea metabólico, infeccioso, traumático o farmacológico, y no una enfermedad mental primaria en sí misma.

3. Clasificación Clínica y El Síndrome Confusional Agudo (Delirium)

Clínicamente, la confusión es el rasgo definitorio del **Síndrome Confusional Agudo**, o Delirium. Este síndrome se clasifica típicamente en tres subtipos, basados en la presentación psicomotora del paciente. El Delirium **hipoactivo** es el tipo más común y a menudo el más subdiagnosticado, caracterizándose por letargo, lentitud de movimientos, reducción de la respuesta verbal y apatía. Los pacientes pueden parecer simplemente somnolientos o deprimidos, lo que lleva a la omisión

del diagnóstico de base. El Delirium **hiperactivo**, por el contrario, se manifiesta con agitación, hipervigilancia, alucinaciones, delirios y, a menudo, intentos de remover dispositivos médicos o abandonar la cama. Este tipo es más fácil de reconocer pero puede ser más peligroso para el paciente y el personal médico debido a la conducta disruptiva.

El tercer subtipo, el Delirium **mixto**, es el más frecuente en la práctica clínica y se caracteriza por la fluctuación entre los estados hipoactivo e hiperactivo a lo largo del día. Esta fluctuación en el nivel de conciencia y la presentación de los síntomas es una característica clave del Delirium y lo distingue de la demencia o la psicosis estable. Es fundamental reconocer que, independientemente del subtipo psicomotor, la característica central y persistente es la alteración aguda de la atención y la cognición. Las causas subyacentes son variadas e incluyen infecciones sistémicas (sepsis), alteraciones metabólicas (hipoglucemia, desequilibrio electrolítico), toxicidad farmacológica (especialmente anticolinérgicos u opioides) y condiciones neurológicas agudas (ictus, hemorragia).

La prevalencia de la confusión clínica es notablemente alta en entornos hospitalarios, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI) y en pacientes geriátricos. En la UCI, la incidencia de Delirium puede superar el 80%. Esta alta prevalencia subraya la importancia de la confusión como un marcador de fragilidad y enfermedad grave. El Delirium no es solo un síntoma molesto; se asocia consistentemente con resultados adversos, incluyendo estancias hospitalarias prolongadas, aumento de la mortalidad, mayor riesgo de institucionalización post-alta y desarrollo o exacerbación de demencia preexistente. Por lo tanto, el manejo de la confusión es una prioridad crítica en la medicina moderna.

4. Mecanismos Neurobiológicos de la Confusión

La base neurobiológica de la confusión se centra en la disfunción de los sistemas de **neurotransmisión** que regulan la conciencia y la atención. El sistema colinérgico, mediado por la [acetilcolina](#), es quizás el más críticamente implicado. La acetilcolina juega un papel vital en la modulación de la excitación cortical, la atención selectiva y la memoria. La confusión a menudo ocurre cuando hay una disminución de la neurotransmisión colinérgica, ya sea por la acción de fármacos anticolinérgicos, estados inflamatorios sistémicos o hipoxia cerebral. Esta deficiencia colinérgica interrumpe la comunicación efectiva entre el tronco encefálico (donde se originan muchas vías colinérgicas) y las áreas corticales superiores.

Además del sistema colinérgico, la alteración en los sistemas de **dopamina**, serotonina y GABA también contribuye al estado confusional. Un exceso relativo de dopamina, a menudo visto en el Delirium hiperactivo o inducido por ciertos medicamentos, puede exacerbar la agitación y las alteraciones perceptivas. La inflamación sistémica, mediada por citocinas (como la IL-6 y el TNF-alfa), constituye una vía patogénica clave. Las citocinas inflamatorias pueden cruzar la barrera

hematoencefálica o señalar a las células microgliales, provocando neuroinflamación que interfiere directamente con la función sináptica y la homeostasis neuronal. Este proceso inflamatorio es lo que vincula una infección periférica (como una neumonía) con la manifestación central de la confusión.

Anatómicamente, la confusión refleja una disrupción de las redes neuronales distribuidas. Las áreas cerebrales más vulnerables incluyen la **corteza prefrontal**, responsable de la función ejecutiva y la orientación temporal, y el **tálamo**, que actúa como una estación de relevo crucial para la información sensorial y motora hacia la corteza. La interrupción de la conectividad entre el tálamo y la corteza, especialmente en el hemisferio no dominante (generalmente el derecho, relacionado con la atención espacial y la conciencia), es frecuentemente observada en estudios de neuroimagen de pacientes confusos. Esta desconexión impide la integración fluida de la información, resultando en el pensamiento desorganizado y la incapacidad para mantener la atención que definen el estado confusional.

5. Manifestaciones Cognitivas y Conductuales

Las manifestaciones de la confusión son diversas y afectan la tríada de conciencia, atención y cognición. El síntoma más temprano y persistente es la alteración de la **atención**. El paciente confuso tiene una capacidad marcadamente reducida para dirigir, enfocar, sostener o cambiar la atención. Esto se hace evidente cuando el paciente se distrae fácilmente, no puede seguir una conversación compleja o repite preguntas que ya han sido respondidas. Esta inatención actúa como un cuello de botella, impidiendo que la información sensorial se procese adecuadamente en la memoria de trabajo.

A nivel cognitivo, la confusión se manifiesta como una desorganización del pensamiento. El discurso puede volverse ilógico, tangencial o incoherente. Se observa a menudo un deterioro de la **memoria reciente**; el paciente puede olvidar eventos ocurridos minutos antes o no recordar las instrucciones dadas por el personal. El juicio está gravemente comprometido, llevando a decisiones impulsivas o peligrosas, como intentar levantarse de la cama a pesar de las restricciones físicas o rechazar tratamientos vitales. La orientación temporal y espacial suele estar comprometida, con el paciente incapaz de identificar la fecha, la hora o el lugar donde se encuentra.

Las manifestaciones conductuales varían ampliamente según el subtipo de Delirium. En el estado hiperactivo, la **agitación psicomotora** es dominante. El paciente puede volverse combativo, inquieto, gritar o deambular. Las alteraciones perceptivas son comunes, incluyendo ilusiones (interpretaciones erróneas de estímulos reales) y alucinaciones (percepciones sin estímulo externo), que suelen ser visuales y a menudo de naturaleza aterradora o paranoide. En contraste, las manifestaciones conductuales del estado hipoactivo incluyen letargo, disminución de la

interacción social y dificultad para iniciar cualquier actividad. En ambos casos, el rasgo definitorio es la fluctuación de estos síntomas a lo largo del día, con empeoramiento característico durante la noche (fenómeno conocido como *sundowning* o crepuscular).

6. La Confusión en Criptografía: El Principio de Shannon

Fuera del ámbito médico y psicológico, el término **confusión** adquiere un significado técnico y preciso dentro de la [teoría de la información](#) y la criptografía. Introducido por **Claude Shannon** en su seminal trabajo de 1949, "Communication Theory of Secrecy Systems", el Principio de Confusión es uno de los dos pilares (el otro siendo la difusión) para diseñar cifrados robustos y seguros. Este principio se refiere a la propiedad de un algoritmo de cifrado que busca hacer que la relación entre la clave de cifrado y el texto cifrado sea lo más compleja e intrincada posible.

El objetivo de la confusión es ocultar la dependencia estadística entre la clave y el texto cifrado. Si un atacante intenta deducir la clave analizando el texto cifrado, el principio de confusión asegura que cada bit del texto cifrado dependa de la clave de una manera altamente no lineal y complicada. En términos prácticos, esto significa que un pequeño cambio en la clave de entrada debe resultar en un cambio masivo e impredecible en el texto cifrado de salida. Esto frustra los ataques estadísticos o de fuerza bruta que intentan encontrar patrones o correlaciones simples entre la clave y el resultado.

Los métodos típicos para lograr la confusión en los algoritmos modernos (como el AES, Advanced Encryption Standard) incluyen el uso de **cajas S (Substitution Boxes)**. Estas cajas S realizan sustituciones no lineales que mezclan los bits de entrada de maneras complejas. La aplicación repetida de estas operaciones de sustitución y permutación garantiza que, después de varias rondas de cifrado, la relación entre cualquier bit del texto cifrado final y cualquier bit de la clave original sea tan intrincada que resulta computacionalmente inviable para un adversario desentrañarla. Así, la "confusión" en criptografía es un estado deseado del algoritmo, diseñado para generar incertidumbre intencional en el proceso de descifrado sin la clave correcta, reforzando la seguridad del sistema.

7. Diagnóstico, Evaluación y Significado Filosófico

El diagnóstico de la confusión clínica requiere una evaluación sistemática, ya que no existe una única prueba de laboratorio que la confirme. La herramienta de diagnóstico más utilizada globalmente es el [Método de Evaluación de la Confusión \(CAM\)](#), desarrollado por Inouye y colaboradores. El CAM requiere la presencia de dos características obligatorias (inicio agudo y curso fluctuante, e inatención) y al menos una de las dos características accesorias (pensamiento desorganizado o nivel de conciencia alterado). La aplicación del CAM permite a los clínicos, incluso a aquellos no especializados en psiquiatría, identificar el Delirium con alta sensibilidad y

especificidad.

Otras herramientas, como el **Mini Examen del Estado Mental (MMSE)** o el Examen Cognitivo de Montreal (MoCA), pueden mostrar puntuaciones bajas debido a la inatención y la desorganización, pero son menos específicas para diferenciar la confusión aguda de una demencia subyacente. La clave del diagnóstico es la historia clínica: la aparición repentina y la fluctuación de los síntomas son los indicadores más fuertes de una etiología aguda y reversible, diferenciándola de los déficits cognitivos crónicos. Una vez diagnosticada la confusión, la siguiente etapa crítica es la investigación de las causas subyacentes (metabólicas, infecciosas, estructurales, etc.) para iniciar un tratamiento etiológico.

Finalmente, desde una perspectiva filosófica, la confusión se relaciona intrínsecamente con la epistemología y la naturaleza del conocimiento. Filósofos como **René Descartes** exploraron cómo los sentidos pueden generar ideas "confusas y oscuras", contrastándolas con las ideas "claras y distintas" que son la base de la certeza. Para Descartes, la confusión es un estado mental que impide la aprehensión de la verdad, siendo un obstáculo que la razón debe superar. Immanuel Kant, en su crítica de la razón, también abordó cómo la mente humana puede caer en la confusión al aplicar categorías de entendimiento fuera de los límites de la experiencia posible. En este contexto, la confusión es vista como una falla en la estructura del pensamiento que impide la construcción de un conocimiento coherente y fundamentado, ya sea por la mezcla de ideas o por la incapacidad de distinguir lo esencial de lo accesorio.

Further Reading

[Delirium \(Síndrome Confusional Agudo\)](#)

[Neurotransmisión Colinérgica y Confusión](#)

[Principios de Confusión y Difusión en Criptografía \(Shannon\)](#)

[Método de Evaluación de la Confusión \(CAM\)](#)