

Depresiones que no llaman la atención: sintomatología depresiva sin deterioro funcional



Alumna: Milagros Berraz

ID:00018-0189

Facultad: Humanidades

Carrera: Licenciatura en Psicología

Año académico: 2026

Tutor: Mag. Juan Pablo Mora Penagos

Firma:

Agradecimientos

Este trabajo representa el cierre de una etapa muy importante. Disfruté profundamente todo el recorrido universitario: cada clase, cada profesor y cada aprendizaje. Pero también representa el comienzo de una nueva etapa, una que me genera mucha intriga, entusiasmo y vértigo al mismo tiempo.

Gracias a mi tutor, Juan Pablo Mora Penagos, quien me marcó de una manera que quizás no dimensiona. Gracias por confiar ciegamente en mí y por aceptar acompañarme en este proceso. No solo agradezco su ayuda en este trabajo, sino también haberme mostrado un horizonte al que aspiro llegar tanto como persona como profesional.

Gracias a mi familia, que me acompañó durante toda la carrera y estuvo presente en cada etapa difícil, parciales y finales incluidos, siempre con paciencia y comprensión. Gracias a mi papá, por su predisposición a ayudarme cada vez que lo necesité, y a mi mamá, por sus palabras de aliento, por felicitarme siempre y por impulsarme a disfrutar realmente de la carrera.

Gracias a mi novio, quien me acompañó incondicionalmente durante todo este proceso y me ayudó muchas veces sin siquiera saberlo. Su apoyo y su manera de mirar el futuro fueron un gran impulso para mí. Me motivaba constantemente a seguir estudiando y creciendo.

Gracias a mis amigas por sostenerme durante todos estos años. Gracias por estar ahí, con paciencia y cariño, en cada momento de cansancio, estrés y agobio. Gracias por acompañarme siempre y cebarme mates.

Finalmente, agradezco a todas las personas que participaron de esta investigación, ya que sin su colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

Indice

Indice.....	0
Introducción.....	1
Presentación del tema.....	1
Problema de investigación.....	2
Objetivos.....	3
Relevancia y justificación del tema.....	4
Estado del arte.....	4
Antecedentes.....	13
Marco teorico.....	17
Depresión DSM 5.....	17
Depresión desde el marco cognitivo conductual.....	18
Activación conductual.....	21
Estrategia metodológica.....	22
Inventario de depresión de Beck.....	24
Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs).....	25
Escala de Placer Snaith - Hamilton para Anhedonia (SHAPS).....	25
Resultados.....	26
Descripción Sociodemográfica.....	26
Variables en Salud Mental de la muestra.....	27
Análisis de la activación conductual (BADs) según niveles de depresión (BDI-II).....	29
Análisis de la anhedonia (SHAPS) según niveles de depresión (BDI-II).....	31
Discusión.....	33
Alcances y Limites.....	38
Conclusión.....	38
Referencias.....	40

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo indagar la relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento académico, laboral y social en jóvenes adultos de 18 a 40 años, explorando particularmente la posibilidad de que dicho funcionamiento se mantenga relativamente conservado en presencia de malestar depresivo. El estudio se enmarca en el interés creciente por aquellas formas de depresión menos visibles, en las que el sufrimiento psicológico no necesariamente se expresa mediante un deterioro funcional evidente.

Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal, con una muestra no probabilística de 77 participantes residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Para la recolección de datos se administraron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) y la Escala de Placer Snaith-Hamilton para Anhedonia (SHAPS), junto con un cuestionario sociodemográfico.

Los resultados muestran que, a medida que aumenta la severidad de la sintomatología depresiva, se incrementan los niveles de evitación, rumiación, afectación laboral/académica y deterioro social, mientras que disminuye progresivamente la capacidad hedónica. No obstante, en los niveles moderados de depresión se observaron configuraciones más heterogéneas, con ciertas áreas del funcionamiento relativamente preservadas pese a la presencia de malestar emocional significativo.

Si bien no se identificaron perfiles claramente compatibles con depresión de alto funcionamiento, los hallazgos permiten reflexionar sobre formas de sufrimiento depresivo menos visibles y potencialmente subdetectadas. Asimismo, el estudio destaca la importancia de considerar fenómenos contemporáneos como el burnout y el fear of missing out (FoMO) en articulación con la depresión, en tanto expresan nuevas modalidades de malestar vinculadas a contextos de hiperexigencia, productividad y exposición social constante.

Palabras clave: depresión, depresión de alto funcionamiento, activación conductual, anhedonia, FoMO, burnout.

Introducción

Hay malestares que no hacen ruido. Personas que llegan a tiempo, cumplen con sus responsabilidades, sostienen vínculos y continúan funcionando mientras atraviesan un sufrimiento difícil de nombrar. Desde afuera, nada parece romperse. Sin embargo, algo se desgasta silenciosamente.

En un contexto atravesado por la productividad, la exigencia constante y la necesidad de mantenerse disponible, ciertas formas de malestar emocional pueden quedar ocultas detrás de la rutina, el rendimiento o la aparente estabilidad. Aquello que no se ve muchas veces tampoco se reconoce.

Este trabajo surge del interés por explorar esas experiencias menos visibles, preguntándose qué ocurre cuando el sufrimiento no coincide con las imágenes clásicas asociadas a la depresión y cómo las formas contemporáneas de vivir, vincularse y exigirse pueden influir en nuevas maneras de experimentar el malestar psicológico.

Presentación del tema

La **depresión** constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia y a las profundas consecuencias que genera en la vida de quienes la padecen. La Organización Mundial de la salud (2025) estima que afecta aproximadamente al 4 % de la población global, lo que representa más de 300 millones de personas, con una mayor frecuencia en mujeres que en hombres (párr. 5). Además, su impacto se asocia a un incremento significativo del riesgo de suicidio, el cual se ubica la “tercera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años” (parr.5)

La depresión no solo se define por su prevalencia y gravedad, sino también por el modo en que compromete el funcionamiento psicológico de quienes la padecen. Desde el **modelo cognitivo-conductual**, la depresión se comprende como una modalidad de procesamiento caracterizada por distorsiones cognitivas que configuran la tríada negativa —visión desfavorable de sí mismo, del mundo y del futuro— (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010). En consonancia, la **Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud** describen la depresión como un trastorno que afecta de manera significativa el funcionamiento cotidiano y diversas áreas de la vida (OPS, s.f.; OMS, 2025).

Diversos estudios recientes respaldan empíricamente este impacto observable. En el ámbito **académico**, tanto en adolescentes como en universitarios, la presencia de sintomatología depresiva se asocia de manera consistente con un rendimiento bajo o regular, incluso en niveles subclínicos (Carrasco Muñoz et al., 2020; Franco Mejía et al., 2011). Asimismo, en el plano **relacional**, la evidencia muestra una relación bidireccional entre depresión y soledad: el aislamiento incrementa la sintomatología depresiva y, a su vez, la depresión profundiza el retraimiento social y las dificultades de integración (Borja-Delgado et al., 2019; Steen et al.; Achterbergh et al., 2020).

En conjunto, estos antecedentes refuerzan la idea de que la depresión impacta de manera significativa en el desempeño académico y en los vínculos sociales, expresándose en limitaciones observables del funcionamiento cotidiano.

Problema de investigación

En este contexto, caracterizado por una elevada prevalencia de la depresión, la problemática adquiere una complejidad particular cuando se lo sitúa en el marco de una cultura contemporánea que tiende a equiparar **productividad con bienestar y desempeño con salud** (Okereke et al., 2025, p. 113). Los autores conceptualizan la **depresión de alto funcionamiento** (High-Functioning Depression) como la presencia de síntomas depresivos persistentes en personas que continúan desempeñándose profesional y socialmente, sosteniendo un éxito externo y una funcionalidad observable (p. 111). De este modo, el sufrimiento psíquico queda invisibilizado, lo que dificulta su reconocimiento clínico y refuerza la idea cultural de que el buen funcionamiento externo es indicativo de bienestar mental.

Desde una perspectiva sociocultural, la depresión suele asociarse a signos evidentes de deterioro o incapacidad. Sin embargo, quienes presentan alto funcionamiento pueden manifestar precisamente aquellos atributos que el entorno social valora y refuerza —como la resiliencia, la ambición, la autoexigencia y el autocontrol— (Okereke et al., 2025, p. 112), lo que contribuye a encubrir su malestar. Estos rasgos, lejos de contradecir la vulnerabilidad, pueden operar como mecanismos de enmascaramiento. Esta paradoja se ve reforzada por discursos mediáticos que tienden a dramatizar las crisis visibles o a exaltar narrativas de fortaleza frente a la adversidad, dificultando el reconocimiento de formas silenciosas y persistentes de sufrimiento. En consecuencia, la falta de detección oportuna puede favorecer la cronificación del cuadro, su progresión hacia episodios depresivos mayores, un incremento del riesgo suicida y la aparición de comorbilidades como trastornos de ansiedad o consumo problemático de sustancias (p.112). De este modo, el aumento de la depresión no ocurre en el vacío, sino que coexiste con un entramado

sociocultural que muchas veces refuerza la negación del sufrimiento y la primacía del “estar bien” como mandato.

En esta línea, si bien la depresión de alto funcionamiento ha comenzado a recibir atención en la literatura reciente, su conceptualización aún se encuentra en desarrollo, cuenta con evidencia empírica limitada y no posee reconocimiento formal en los manuales diagnósticos, lo que dificulta su delimitación clínica.

Tradicionalmente, el estudio de la depresión se ha centrado en manifestaciones asociadas a la pérdida de energía, motivación e interés, privilegiando aquellas presentaciones en las que el malestar se traduce en deterioro observable. Sin embargo, investigaciones recientes complejizan esta asociación. Por un lado, estudios sobre burnout académico muestran que puede existir malestar emocional vinculado a síntomas depresivos sin una disminución proporcional del rendimiento (Wang et al., 2024). Por otro, trabajos sobre fear of missing out (FoMO) señalan que el temor a la exclusión puede sostener niveles elevados de participación social aun en presencia de sintomatología ansiosa o depresiva (Barry et al., 2017; Oberst et al., 2017)

De este modo, persiste un **área de vacancia** en la integración de estos enfoques. La literatura aún ha explorado de manera insuficiente aquellas configuraciones en las que el sufrimiento emocional coexiste con un funcionamiento conservado, especialmente en poblaciones jóvenes adultas sometidas a múltiples demandas académicas y sociales.

En este contexto, el presente estudio se propone profundizar en la comprensión de estas formas de malestar emocional que no se expresan necesariamente mediante inactividad o deterioro manifiesto, sino que pueden coexistir con niveles elevados de funcionamiento académico y social, con el fin de contribuir a una conceptualización más amplia y precisa de la sintomatología depresiva en jóvenes adultos.

Tomando esto como punto de partida, el **tema** del presente proyecto es el funcionamiento académico, laboral y/o social conservado en personas de 18 a 40 años con presencia de sintomatología depresiva en CABA. A partir de ello, surge la **pregunta de investigación**: ¿Puede el funcionamiento académico, laboral y/o social mantenerse conservado en personas con sintomatología depresiva de 18 a 40 años en CABA?

Objetivos

El **objetivo general** de este trabajo consiste en indagar el funcionamiento académico, laboral y/o social conservado en personas de 18 a 40 años con presencia de sintomatología depresiva en CABA. A fin de desarrollar este propósito, se plantean a continuación los **objetivos específicos** que guiarán el estudio.

- 1) Evaluar la presencia e intensidad de sintomatología depresiva en personas de 18 a 40 años mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- 2) Establecer el nivel de funcionamiento conductual a través de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS).
- 3) Evaluar los niveles y la presencia de anhedonia mediante la Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) , con el fin de analizar su asociación con la sintomatología depresiva y el funcionamiento conductual.

Relevancia y justificación del tema

La presente investigación resulta relevante a nivel **cognitivo** porque aborda un cruce poco explorado en la literatura: la coexistencia entre sintomatología depresiva y funcionamiento conservado en jóvenes. Tradicionalmente, la depresión se ha estudiado en relación con el deterioro funcional, mientras que las formas en las que el malestar no se traduce en bajo rendimiento han recibido menor atención, especialmente en el contexto local. Este estudio aporta una mirada alternativa que amplía la comprensión conceptual del fenómeno.

En términos de la **relevancia social**, la investigación es pertinente en un contexto cultural que asocia productividad con bienestar. Visibilizar la presencia de sintomatología depresiva en jóvenes que mantienen un funcionamiento adecuado permite cuestionar la idea de que “funcionar” implica necesariamente estar bien. Esto puede contribuir a una detección más temprana y a una comprensión más sensible del malestar emocional en población joven adulta.

Estado del arte

1. Conceptualización general de la depresión y su impacto funcional

La depresión según la **Organización Panamericana de la Salud** (OPS), es una “enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida” (s.f, párr.1). Según esta organización, la misma se caracteriza por “una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas,

durante al menos dos semanas” (párr. 4). Esto se traducen en efectos concretos sobre la vida cotidiana, comprometiendo el funcionamiento en diversas áreas, y se expresan a través de síntomas como la disminución de la energía, alteraciones en el apetito y en los patrones de sueño, aumento de la ansiedad, dificultades en la concentración y la toma de decisiones, estados de inquietud, sentimientos persistentes de inutilidad, culpa o desesperanza, así como la posible presencia de ideación autolesiva o suicida (párr. 5). En este sentido, la OPS caracteriza a la depresión como una enfermedad claramente delimitada, definida por la presencia de síntomas específicos y persistentes, que inciden de manera significativa en el funcionamiento cotidiano y en diversas áreas de la vida.

Por otro lado **Organización Mundial de la Salud** (2025), también afirma que la depresión “puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. Puede deberse a problemas en la escuela y laborales o causarlos” (párr. 3). Es decir, la depresión puede manifestarse a través de dificultades en múltiples ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo la vida comunitaria y familiar, así como el desempeño laboral y académico (párr. 12). De este modo, una vez más, se reafirma la concepción de la depresión como un cuadro caracterizado por una sintomatología claramente visible, que suele expresarse en limitaciones en el funcionamiento y en formas de retraimiento social y/o académico, tal como lo señalan numerosos estudios que se desarrollarán a continuación.

2. Depresión y rendimiento

Carrasco Muñoz et al. (2020) realizaron un estudio que tenía como objetivo analizar la relación entre satisfacción familiar, depresión y **rendimiento académico**. Para esto, se tomó una muestra de 234 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria de una Institución educativa Secundaria en Huánuco. Con un diseño no experimental y correlacional, se evaluó a los estudiantes mediante la “Escala de Satisfacción Familiar” y el Inventario de Depresión de Beck II, adaptación huanuqueña (BDI-II - AH). Para el rendimiento académico, se contempló el registro de matrícula y reporte de notas. Los resultados muestran que los estudiantes con niveles más altos de depresión presentan, con mayor frecuencia, un rendimiento académico bajo o deficiente, mientras que aquellos con depresión mínima tienden a alcanzar rendimientos académicos medios y altos. Asimismo, se evidenció que la depresión en la adolescencia se asocia no solo con un menor rendimiento académico, sino también con dificultades significativas en las relaciones familiares. En este sentido, la depresión no se limita a afectar el desempeño escolar, sino que se vincula con formas de interacción familiar menos satisfactorias, caracterizadas por menores niveles de cohesión y adaptabilidad.

Franco Mejía, Gutiérrez Agudelo y Perea (2011) encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y un **rendimiento académico** regular o bajo en estudiantes universitarios. Para este estudio descriptivo transversal, se tomó una muestra total de 385 participantes, quienes realizaron la escala de Zung para síntomas depresivos y el cuestionario VESPA para la percepción del rendimiento académico. Los resultados de la investigación evidencian una asociación significativa entre la presencia de sintomatología depresiva reciente y la percepción de un rendimiento académico regular o bajo en estudiantes universitarios, relación que se mantiene incluso tras controlar variables sociodemográficas como el sexo y el semestre cursado. Si bien la prevalencia de depresión observada no alcanzó criterios de depresión mayor, la presencia de síntomas depresivos se constituyó como un factor de riesgo relevante para el desempeño académico. Estos resultados refuerzan la evidencia de que incluso niveles subclínicos de depresión pueden impactar de manera significativa en el desempeño académico, subrayando la necesidad de considerar el malestar emocional como una variable relevante en el análisis del rendimiento universitario.

En conjunto, ambos estudios evidencian una asociación consistente entre la presencia de malestar depresivo y un rendimiento académico desfavorable, tanto en población adolescente como universitaria.

2.1 . Depresión y burn out académico

Wang et al. (2024) llevaron a cabo una investigación en la que estudian el **burnout académico** y su relación con la depresión. Estos autores definieron el burnout como un síndrome psicológico causado por estresores ocupacionales prolongados (p.1). Asimismo, conceptualizan el modelo multidimensional del burn out, que lo divide en tres dimensiones: agotamiento, cinismo o despersonalización y falta de eficacia profesional (p.2). El objetivo de dicho estudio era determinar la estructura dimensional del burnout y el grado de solapamiento entre burnout y depresión. Para esto, se tomó un muestreo en bola de nieve de 1.096 estudiantes universitarios. El burnout se evaluó mediante el MBI-Student Survey, con las tres dimensiones. La depresión se midió con el PHQ-9, que evalúa la frecuencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas. Los resultados mostraron que el burnout es un constructo multidimensional (agotamiento, cinismo y eficacia académica) y no se superpone con la depresión, aunque sí se encontraron síntomas puente. El síntoma más central del burnout no fue el agotamiento, sino el cinismo (pérdida de interés y sentido de los estudios). En la depresión, el síntoma más central fue la fatiga. Los principales síntomas puente fueron **anhedonia**, fatiga y dudar del significado de los estudios, lo que refuerza que burnout y depresión son fenómenos distintos, aunque relacionados.

Los resultados muestran que el burnout constituye un constructo diferenciado de la depresión, aunque vinculado a ella a través de ciertos síntomas puente como la anhedonia y la fatiga. En particular, el cinismo —entendido como la pérdida de interés y de sentido respecto de los estudios— emergió como el síntoma más central del burnout. Estos hallazgos refuerzan la distinción conceptual entre ambos fenómenos y permiten cuestionar la idea de una correspondencia directa entre malestar psicológico y nivel de funcionamiento.

3. Depresión y vínculos sociales

Numerosos antecedentes de investigación han abordado la relación entre la depresión y los vínculos sociales, señalando que ambos fenómenos se encuentran estrechamente interrelacionados. Estos estudios coinciden en que la depresión y el aislamiento social se influyen mutuamente, dando lugar a dinámicas de retroalimentación.

Borja-Delgado et al. (2019) realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar los factores de riesgo que podrían influir en el desarrollo de la depresión adolescente, entre ellos, los factores familiares, ambientales e individuales. Los autores afirman que “los niños y adolescentes con pocos amigos muestran una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social” (p. 172). Asimismo, factores como “mala adaptación a la familia, los amigos, la escuela, el trabajo y un compañero” o incluso sufrir de intimidación y humillación son factores de riesgo para la depresión (p. 172). Por otro lado, los autores mencionan la forma de evaluación de la depresión, afirmando que

Es importante obtener información de diferentes fuentes, además del niño, debe haber información de padres y maestros, y la evaluación debe orientarse hacia los síntomas relacionados con problemas de conducta (agresividad, rendimiento escolar, etc.) o hacia aspectos como las quejas somáticas y el retiro social, aunque también deben cuantificarse los aspectos cognitivos (p. 175)

De este modo, los autores evidencian que la escasez de vínculos y el rechazo interpersonal operan como factores que incrementan la probabilidad de desarrollar depresión durante la adolescencia. Al mismo tiempo, señalan que estos elementos también pueden manifestarse como expresiones del propio cuadro depresivo, lo que vuelve necesario considerar indicadores sociales y relacionales —como el retraimiento, las dificultades de adaptación y el desempeño escolar— tanto en la evaluación como en la comprensión de la depresión.

Por otro lado, Steen et al. (2022) llevaron a cabo un estudio longitudinal poblacional que incluyó a 75.279 personas, quienes participaron al menos en uno de los dieciséis cuestionarios

online administrados entre marzo de 2020 y enero de 2021, que permitió observar de manera continua la relación entre la **experiencia subjetiva de soledad y la salud mental**. En estos cuestionarios se evaluaron la depresión mayor (DM) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) mediante instrumentos digitales basados en el Mini-International Neuropsychiatric Interview, siguiendo criterios DSM-IV, tanto a nivel diagnóstico como dimensional. Por otro lado, la soledad fue medida mediante la escala UCLA de tres ítems. Los resultados evidenciaron una asociación fuerte y consistente entre la soledad y la salud mental. Cada incremento de un punto en soledad se asoció con un aumento del 55,9% en la probabilidad de DM y del 48,9% en la probabilidad de TAG, mientras que las personas con mayores niveles de soledad presentaron hasta 14,4 veces más probabilidad de depresión y 10,9 veces más probabilidad de ansiedad en comparación con quienes reportaron niveles mínimos de soledad. A nivel sintomático, la soledad se vinculó con una mayor severidad del malestar emocional, con incrementos del 27,5% en síntomas depresivos y del 19,9% en síntomas ansiosos por cada punto adicional. Asimismo, la asociación entre soledad y síntomas depresivos se intensificó levemente a lo largo del período analizado, aumentando aproximadamente un 2,4% entre abril de 2020 y febrero de 2021, mientras que no se observaron variaciones temporales relevantes en el caso de la ansiedad. Este vínculo resultó más pronunciado en varones y personas jóvenes, atenuándose progresivamente con la edad. En conjunto, el estudio muestra que la soledad se asocia de manera robusta con la depresión y la ansiedad, incrementando tanto la probabilidad diagnóstica como la severidad sintomática.

Partiendo del supuesto, ampliamente respaldado por la literatura, de una relación bidireccional entre la soledad y la depresión —según la cual la soledad incrementa el riesgo de depresión y la depresión, a su vez, refuerza la experiencia de soledad—, Achterbergh et al. (2020) realizaron un estudio orientado a comprender cómo es **vivida la soledad en jóvenes con depresión**, con el fin de profundizar la comprensión de los vínculos entre ambas experiencias. Para ello, se seleccionaron 14 estudios previamente realizados, de entrevistas a jóvenes de 11 a 30 años con depresión y que incluían relatos o descripciones sobre la soledad. En total, reunieron relatos de 388 jóvenes. El análisis de los mismos permitió reconocer cuatro ejes centrales en la experiencia de jóvenes con depresión. En primer lugar, los síntomas propios del cuadro depresivo —como el cansancio persistente, la pérdida de interés, la baja motivación y la desvalorización personal— dificultan el contacto con otros y favorecen el repliegue social, el cual puede vivirse inicialmente como un alivio, aunque a largo plazo incrementa la sensación de soledad. En segundo lugar, muchos jóvenes optan por no comunicar su malestar emocional por temor al juicio, al estigma o a la pérdida de vínculos, lo que genera una distancia subjetiva con los demás y profundiza el sentimiento de desconexión. En tercer lugar, aun en contextos de aislamiento, persiste un fuerte deseo de vinculación, pertenencia y comprensión, especialmente con pares que

hayan atravesado experiencias similares. Finalmente, se evidencia un proceso circular en el que la depresión conduce al aislamiento, el aislamiento intensifica la soledad y está, a su vez, agrava el malestar depresivo, situando a los jóvenes entre la retirada defensiva y la participación social sostenida desde una fachada, ambas vivencias asociadas a una mayor experiencia subjetiva de alienación.

En conjunto, los estudios revisados coinciden en señalar que la relación entre depresión y vínculos sociales constituye un proceso complejo y bidireccional, en el que el aislamiento, la escasez de relaciones significativas y las dificultades de integración social operan tanto como factores de riesgo para el desarrollo de la depresión como manifestaciones del propio malestar depresivo. La evidencia muestra que estas dinámicas se sostienen y refuerzan en el tiempo, configurando circuitos de retroalimentación en los que la soledad incrementa la sintomatología depresiva y, a su vez, la depresión profundiza el repliegue social.

3.1 Depresión y Fomo

El concepto de **fear of missing out** (FoMO) constituye una herramienta teórica relevante para comprender cómo se experimentan las relaciones sociales en el contexto contemporáneo. En esta línea, Barry et al. (2017) analizaron la relación entre el uso de redes sociales en la adolescencia y distintos indicadores de salud mental y funcionamiento psicosocial, incorporando tanto la perspectiva de los adolescentes como la de sus padres. En el estudio se evaluaron síntomas de trastornos del comportamiento, depresión y ansiedad reportados por los padres, así como el FoMO y la soledad informados por los propios adolescentes. Los autores definen el FoMO como el deseo de estar constantemente conectado con lo que otros están haciendo y el malestar ante la posibilidad de que otros están teniendo experiencias gratificantes en ausencia de uno (p. 2). Retomando investigaciones previas, sostienen que este malestar puede contribuir a explicar la motivación de algunos adolescentes para incrementar su uso de redes sociales, funcionando menos como un medio de conexión genuina y más como una estrategia de regulación emocional frente a la amenaza percibida de exclusión social. El estudio adoptó un diseño cuantitativo transversal, basado en encuestas online, con una muestra de 113 díadas padre/madre-adolescente (N = 226), integradas por adolescentes de entre 14 y 17 años. En primer lugar, se utilizó una encuesta sobre el uso de redes sociales, administrada tanto a los adolescentes como a sus padres. Los adolescentes respondieron preguntas referidas a las aplicaciones utilizadas, la cantidad de cuentas y la frecuencia con la que revisaban las redes sociales, entre otros aspectos. Por su parte, los padres completaron una encuesta similar, orientada a relevar su percepción acerca del uso de redes sociales por parte de sus hijos. Asimismo, los padres completaron una lista de verificación de 82 ítems de síntomas correspondientes al DSM-5,

mediante la cual se evaluó sintomatología asociada al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, ansiedad y depresión. Por otro lado, los adolescentes respondieron el cuestionario FoMOS, diseñado para evaluar la preocupación por perderse eventos dentro del propio círculo social, incluidos aquellos que ocurren en redes sociales, así como la Escala de Soledad de UCLA (tercera edición), utilizada para medir la percepción subjetiva de sentirse solos o aislados de los demás. Los resultados mostraron que una mayor cantidad de cuentas y una mayor frecuencia de uso de redes sociales se asociaron con niveles más elevados de síntomas de inatención, hiperactividad/impulsividad, ansiedad y depresión reportados por los padres, así como con mayores niveles de soledad y FoMO reportados por los adolescentes. Asimismo, se observó que el FoMO intensificaba la relación entre el uso de redes sociales y los síntomas de ansiedad y depresión, mientras que la soledad mostró un patrón similar, aunque con menor solidez estadística. En conjunto, los autores concluyen que el uso de redes sociales se vincula de manera positiva con el FoMO, la soledad y diversos indicadores de malestar psicológico (p. 8), y sugieren que los adolescentes con altos niveles de FoMO no recurren a estas plataformas principalmente para conectarse con otros, sino para evitar quedar aislados frente a la preocupación por la exclusión social.

En esta línea, Oberst et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si los adolescentes con problemas psicopatológicos (especialmente ansiedad y depresión) experimentan consecuencias negativas al utilizar redes sociales, y si dichas consecuencias están mediadas por el “miedo a quedarse afuera” (FoMO) y por la intensidad del uso de las redes sociales (p.57). La muestra final estuvo compuesta por 1468 usuarios latinoamericanos de habla hispana (1091 mujeres) de entre 16 y 18 años de edad quienes habían respondido un cuestionario online. Los instrumentos utilizados fueron la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) en su versión en español para registrar síntomas psicopatológicos, el FoMO fue evaluado mediante la traducción al español de la escala de FoMO, la intensidad del uso de redes sociales se midió mediante una escala breve tomada de una encuesta de Salehan y Negahban (2013), compuesta por cinco ítems, como por ejemplo: “visitar redes sociales es parte de mi actividad cotidiana”, y por último, para evaluar las consecuencias negativas del uso de dispositivos móviles se utilizó el *Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil* (CERM) en su versión española. Este instrumento consta de 10 ítems que evalúan los efectos negativos del uso del teléfono móvil, como por ejemplo: “¿Has estado en riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica debido al uso del móvil?”. El estudio muestra que el FoMO funciona como un proceso mediador a través del cual los síntomas de ansiedad y depresión se vinculan con un uso problemático de las redes sociales y con sus consecuencias negativas. Los resultados se apoyan en investigaciones previas que describen los mecanismos mediante los cuales la psicopatología se asocia a formas

desadaptativas de uso de Internet y de aplicaciones digitales. En adolescentes que presentan depresión, anhedonia o ansiedad social (p.57), las interacciones sociales online pueden constituir una vía accesible de contacto social que atenúa las dificultades propias de los intercambios cara a cara. No obstante, la fragilidad en la autoestima y el malestar previo pueden favorecer procesos de rumiación y preocupación persistente, que se manifiestan en el aumento del FoMO. De este modo, el uso de redes sociales orientado a reforzar la sensación de pertenencia adquiere un carácter ambivalente: si bien puede facilitar la conexión social, también expone de manera constante a la comparación con las experiencias de otros, intensificando la percepción de exclusión y reduciendo la satisfacción de las necesidades sociales. En consecuencia, el uso intensificado de redes puede contribuir a un incremento del FoMO, configurando un circuito de retroalimentación en el que la búsqueda de conexión refuerza el malestar que intenta aliviar.

En este marco, el concepto de *fear of missing out* permite comprender cómo, en contextos digitales, el temor a quedar excluido puede motivar una participación sostenida en redes sociales incluso en presencia de malestar emocional o sintomatología depresiva. Esta lógica sugiere que el FoMO no solo podría operar como un factor asociado al uso intensificado de plataformas digitales, sino también como un mecanismo que favorece el mantenimiento de la actividad social a pesar del sufrimiento subjetivo. En este sentido, resulta relevante indagar si dinámicas similares se reproducen en el plano de las relaciones sociales presenciales, donde algunos individuos podrían sostener la participación en encuentros sociales aun atravesando estados depresivos, motivados por el temor a la exclusión o a “quedar afuera”. Esta línea de análisis abre un campo de investigación poco explorado, particularmente en relación con formas de malestar emocional que coexisten con un funcionamiento social aparentemente conservado.

Antecedentes

High functioning depression

En los últimos años, ha comenzado a ganar relevancia clínica el concepto de **depresión de alto funcionamiento** (High Functioning Depression), caracterizada por la presencia de síntomas depresivos persistentes en individuos que mantienen un adecuado desempeño social, académico o laboral. En este marco, Okereke et al. (2025) introducen la depresión de alto funcionamiento como una carga oculta que desafía los supuestos diagnósticos tradicionales, al poner en evidencia que la funcionalidad externa no excluye la existencia de un malestar psicológico significativo. Como mencionado anteriormente, los autores definen la depresión de alto funcionamiento como la presencia de síntomas depresivos persistentes mientras continúan desempeñándose profesional y socialmente, manteniendo así un éxito externo y funcionalidad

social (p. 111). Pueden mostrarse socialmente ajustadas, eficaces en su trabajo y aparentemente equilibradas desde el punto de vista emocional; sin embargo, de manera silenciosa conviven con un ánimo deprimido sostenido, cansancio constante, irritabilidad y cierta desconexión afectiva. Aunque experimentan un malestar interno relevante, el hecho de que continúen cumpliendo con sus responsabilidades laborales, académicas o familiares tiende a enmascarar la intensidad de sus síntomas. En consecuencia, su sufrimiento psicológico suele quedar invisibilizado, subestimado o incluso negado. De este modo, la depresión de alto funcionamiento se transforma en una zona poco detectada dentro del campo diagnóstico, favorecida por una lógica cultural que asocia desempeño externo con salud mental. Al no presentar manifestaciones externas evidentes, no suelen generar una consulta clínica temprana. Asimismo, al no estar formalmente reconocida en los manuales como DSM 5 o CIE 11, los clínicos pueden atribuir erróneamente los signos de malestar al estrés laboral, a rasgos de personalidad como el perfeccionismo o al burnout situacional (p.112), lo cual retrasa el diagnóstico y el acceso al tratamiento. La identificación demorada de la depresión de alto funcionamiento implica consecuencias relevantes. Podría progresar hacia episodios depresivos mayores, incrementar el riesgo suicida y favorecer la aparición de trastornos asociados, como ansiedad o consumo problemático de sustancias. Por otro lado, sus efectos no se limitan al plano psicológico: la persistencia de síntomas depresivos también se vincula con mayor riesgo cardiovascular, trastornos del sueño y un debilitamiento del sistema inmunológico (p.112). Los autores sostienen que la psiquiatría debe avanzar en cuatro ejes fundamentales: ampliar las estrategias de detección, reconocer las formas subumbrales de depresión, incorporar una mayor sensibilidad cultural e identitaria en la práctica clínica y promover el desarrollo de investigaciones futuras que profundicen en esta presentación (p.112).

Un estudio que amplía la **conceptualización clínica de la depresión de alto funcionamiento** fue el realizado por Joseph et al. (2025). El objetivo fue delimitar con mayor precisión qué es la depresión de alto funcionamiento, describiendo sus manifestaciones y rasgos clínicos para diseñar estrategias terapéuticas más eficaces. Asimismo, se propuso identificar los factores de riesgo implicados en su desarrollo, con el fin de detectar personas especialmente vulnerables a esta condición.

Se plantea la hipótesis de que la depresión de alto funcionamiento suele pasar desapercibido, ya que quienes lo padecen, a pesar de presentar síntomas depresivos persistentes, mantienen un nivel elevado de funcionamiento cotidiano, sin deterioros evidentes en su desempeño ni una expresión manifiesta de malestar emocional. Es decir, a diferencia de la depresión mayor clásica, conservan un alto nivel de rendimiento y eficiencia pese al malestar subjetivo. Asimismo, se propone que la depresión de alto funcionamiento se caracteriza por una

marcada **anhedonia** y que podría estar vinculado a experiencias traumáticas previas. En este sentido, el estudio busca identificar y caracterizar esta forma de depresión subdiagnosticada y subtratada. Joseph et al. (2025)

El diseño fue poblacional, descriptivo y de corte transversal, basado en entrevistas iniciadas en octubre de 2023 y en curso al momento de la publicación, administradas a 120 participantes angloparlantes con depresión de alto funcionamiento (entre 18 y 75 años) que no cumplían criterios para depresión mayor. Los participantes provenían de la base de datos de Manhattan Behavioral Medicine, se auto identificaron como personas con depresión de alto funcionamiento y solicitaron participar voluntariamente. Joseph et al. (2025)

Se utilizó un cuestionario semiestructurado denominado High Functioning Depression Analysis Questionnaire para evaluar características sociodemográficas, factores de riesgo conductuales y el nivel actual de funcionamiento, tristeza y malestar durante un episodio de depresión de alto funcionamiento. Además, se administraron instrumentos clínicos específicos: el Joseph HFD Inventory (HFD-I), el HFD Trauma Inventory (HFD-TI) y la Joseph HFD Anhedonia Scale (HFD-AS). Joseph et al. (2025)

El HFD-I fue desarrollado por clínicos de Manhattan Behavioral Medicine para medir síntomas observados en la práctica clínica vinculados a la depresión de alto funcionamiento, como anhedonia, fatiga, períodos de tristeza, estado de ánimo vacío y embotamiento emocional. Consta de 12 preguntas dicotómicas (sí/no). Para su elaboración se tomaron como referencia instrumentos ampliamente utilizados sobre anhedonia, experiencias adversas en la infancia y depresión, como el SHAPS, el ACES y los criterios diagnósticos del DSM-5. Joseph et al. (2025)

El HFD-TI evalúa la presencia y el tipo de experiencias traumáticas y consta de 46 preguntas dicotómicas. Clasifica el trauma en cuatro categorías: infancia, intergeneracional, masivo y adultez. Además, distingue eventos de “gran trauma” (big T), es decir, experiencias extremadamente traumáticas, con el fin de estimar su impacto en individuos que, pese a mantener un alto nivel de funcionamiento, podrían presentar antecedentes significativos de trauma vinculados a la depresión de alto funcionamiento. Joseph et al. (2025)

Para evaluar la anhedonia se administró la HFD-AS, que incluye 18 afirmaciones con respuestas dicotómicas (de acuerdo/desacuerdo) y mide la presencia y gravedad de este síntoma, considerado central en la depresión de alto funcionamiento. Joseph et al. (2025)

De los 120 participantes (mayoritariamente mujeres, con una edad media de 40,8 años), el 60% fue clasificado como high-functioning (alto funcionamiento) y el 14% como very

high-functioning (muy alto funcionamiento). Los resultados mostraron que los niveles de malestar y tristeza se asociaron significativamente con los puntajes de anhedonia (HFD-AS) y síntomas de depresión de alto funcionamiento (HFD-I), pero no con el nivel de funcionamiento, lo que refuerza la idea de que el alto desempeño puede coexistir con sintomatología depresiva. Asimismo, los participantes con tres o más traumas graves presentaron mayores puntajes en síntomas de depresión de alto funcionamiento, y el número de traumas se correlacionó significativamente con la severidad sintomática. Sin embargo, estas experiencias no se asociaron con una disminución del funcionamiento, lo que sugiere que en la HFD podrían operar mecanismos de adaptación psicológica eficaces, como la resiliencia, la hiperproductividad o la sublimación. Joseph et al. (2025)

En esta muestra, muchas personas con múltiples traumas graves lograron obtener estudios superiores, lo que sugiere que el logro educativo podría vincularse con procesos de resiliencia psicológica, entendida como un proceso dinámico mediante el cual las personas intentan protegerse de condiciones potencialmente desestabilizadoras asociadas a experiencias traumáticas pasadas. En este sentido, la educación aparece como un indicador posible de capacidad adaptativa, aunque no necesariamente de bienestar emocional. De hecho, muchos individuos con alta formación académica continuaban presentando depresión de alto funcionamiento, lo que refuerza la idea de que el éxito y el rendimiento no constituyen indicadores fiables de bienestar psíquico. Joseph et al. (2025)

Finalmente, los roles de cuidado, especialmente el de padres o cuidadores de hijos, se vincularon con mayores niveles de anhedonia y sintomatología de depresión de alto funcionamiento. En estos casos, el compromiso constante con el cuidado de otros puede favorecer la postergación del propio malestar, reforzando el patrón de funcionamiento elevado con desconexión emocional. Esto contribuye a que la depresión de alto funcionamiento pueda mantenerse durante años sin ser detectada ni tratada. Joseph et al. (2025)

Los autores advierten diversas limitaciones del estudio. Por un lado, ante la ausencia de instrumentos validados específicos para depresión de alto funcionamiento, fue necesario desarrollar herramientas propias. Asimismo, el uso de autoinformes puede introducir sesgos y el tamaño reducido de la muestra limita la generalización de los resultados. Finalmente, las restricciones temporales y la escasa literatura previa sobre depresión de alto funcionamiento dificultaron análisis más profundos de variables como género o raza. Los autores señalan que se requieren investigaciones futuras con muestras más amplias para examinar con mayor precisión el impacto de la depresión de alto funcionamiento en el funcionamiento cotidiano y en síntomas como

la anhedonia y la tristeza, así como para profundizar en el papel de la resiliencia, la sublimación y las posibles diferencias según identidad de género. Joseph et al. (2025)

Finalmente , se plantea que estilos de vida demandantes (como el cuidado intensivo o profesiones altamente exigentes) o la exposición a traumas significativos pueden llevar a las personas con depresión de alto funcionamiento a recurrir a conductas distractoras, resiliencia o sublimación, concentrando su energía en tareas externas y desatendiendo sus necesidades emocionales. Las personas con depresión de alto funcionamiento podrían aprender a sobrellevar sus síntomas manteniéndose altamente funcionales, utilizando el trabajo o las actividades cotidianas para evitar reconocer emociones negativas persistentes. Esto podría explicar por qué muchos individuos con depresión de alto funcionamiento no identifican sus síntomas como depresivos, aun cuando refieren sentirse agotados o emocionalmente embotados. Además, dado que mantienen un nivel elevado de funcionamiento, no suelen cumplir criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor en contextos clínicos, lo que contribuye a su subdiagnóstico. Si estos síntomas persisten en el tiempo, podrían derivar en consecuencias similares a la depresión típica, incluyendo el desarrollo de depresión mayor o trastornos por consumo de sustancias. Joseph et al. (2025)

Marco teorico

Depresión DSM 5

Dado que el presente estudio busca identificar personas con **trastorno de depresión mayor** , resulta necesario definir este concepto. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], p.160, 2014), define los criterios diagnósticos de este trastorno (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor (DSM-5).

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: *No incluir síntomas atribuibles a otra afección médica.*

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según información subjetiva (tristeza, vacío, desesperanza) u observación externa (p. ej., llanto). En niños y adolescentes puede manifestarse como irritabilidad.

2. Disminución marcada del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida significativa de peso sin dieta o aumento de peso (más del 5 % en un mes), o disminución/aumento del apetito casi todos los días. En niños, considerar fracaso en el aumento de peso esperado.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días, observable por otros.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (posiblemente delirante), casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida sin plan específico, intento de suicidio o plan determinado.
-

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

Los criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas ante una pérdida significativa pueden incluir síntomas similares; la diferenciación requiere juicio clínico considerando historia personal y normas culturales.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no aplica si dichos episodios fueron inducidos por sustancias o por otra afección médica.

Depresión desde el marco cognitivo conductual

Este proyecto se enmarca en la orientación **cognitivo-conductual**, basada en el “supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, p.13). Desde este modelo, se conceptualiza la **depresión**, como una forma de estructurar al mundo que se basa en un razonar negativamente, distorsionando la “realidad”, lo cual se expresa en tres áreas configurando la “tríada cognitiva”: visión negativa del paciente acerca de sí mismo, del mundo y del futuro (p. 20).

El primer componente de esta tríada se vincula con una visión negativa del propio yo, en la que el sujeto tiende a evaluarse como insuficiente, poco valioso o incapaz, atribuyendo las experiencias adversas a defectos personales persistentes. El segundo componente refiere a una interpretación negativa del mundo, donde las situaciones cotidianas son interpretadas como excesivamente demandantes, frustrantes o imposibles de resolver, aun cuando podrían construirse explicaciones alternativas menos desfavorables. Finalmente, el tercer componente se manifiesta en una visión pesimista del futuro, caracterizada por la anticipación de fracaso y la expectativa de que las dificultades presentes se mantendrán en el tiempo, reforzando así el malestar emocional y la sensación de estancamiento (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, p. 20). Según el autor, esta visión negativa del futuro, asociada a una sensación de insignificancia, puede derivar en una inhibición psicomotriz, lo que podría impactar en la capacidad de acción y en el involucramiento del sujeto con sus actividades cotidianas.

Desde el marco cognitivo conductual, a su vez, se explica cómo es que se mantienen estas visiones negativas, “incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida” (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, p. 21). Beck explica esto a partir de los **esquemas**, “patrones cognitivos relativamente estables (que) constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones” (p. 21). A través de estos sistemas que seleccionan e interpretan las experiencias, estas son clasificadas y valoradas, dando lugar a evaluaciones relativamente estables que guían la comprensión de la realidad y la respuesta frente a ella. Desde el enfoque cognitivo, la depresión puede comprenderse como un trastorno vinculado a la activación predominante de esquemas disfuncionales que tienden a imponerse sobre la interpretación de la experiencia. A medida que estos esquemas se hacen más activos (p. 21), la

información del entorno es seleccionada y organizada para ajustarse a ellos, lo que distorsiona las conceptualizaciones de las situaciones y limita el acceso a esquemas alternativos más adecuados, aun cuando exista escasa congruencia objetiva.

“Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento depresivo (...) incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria” (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, p.22) son la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, la maximización y minimización, la personalización y el pensamiento absolutista, dicotómico. Estos errores en el procesamiento de la información característicos de los estados depresivos son conceptualizados como formas “primitivas” de organizar la experiencia. La inferencia arbitraria hace referencia “al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión” (p. 22). Por otro lado, la abstracción selectiva hace referencia a focalizarse en un aspecto puntual de la situación, aislandolo de su contexto y desestimando otros elementos más significativos, para luego interpretar la experiencia completa a partir de ese único detalle. La generalización excesiva, “se refiere al proceso de elaborar una regla general (...) y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas” (p. 22). La maximización y minimización se manifiestan en una evaluación distorsionada de la importancia o magnitud de los acontecimientos, exagerando ciertos aspectos o restando relevancia a otros, de modo tal que la apreciación del evento pierde proporcionalidad. La personalización “refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión” (p.22). Por último, el pensamiento absolutista o dicotómico se refiere a la tendencia del sujeto a organizar sus experiencias en categorías extremas y excluyentes, sin reconocer matices intermedios. De este modo, los acontecimientos son evaluados en términos rígidos, como éxito o fracaso, todo o nada. Estas cogniciones depresivas muestran cómo las personas con depresión tienden a interpretar la realidad de manera sesgada y rígida, organizando su experiencia en torno a evaluaciones negativas que refuerzan el malestar y sostienen el cuadro.

Cuando este tipo de cogniciones negativas se organiza a partir de experiencias tempranas, puede constituir un **factor predisponente** para el desarrollo de la depresión. De este modo, se consolidan esquemas cognitivos negativos que conforman la tríada depresiva, los cuales pueden permanecer latentes durante períodos prolongados y activarse posteriormente ante experiencias breves o situaciones que guardan similitud con aquellas que contribuyeron a su formación, lo que se conoce como **factor desencadenante**. Asimismo, “cuando existen interacciones contraproducentes con personas significativas” (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, p.25), estos pueden actuar como **factores de mantenimiento** de la depresión. Beck ilustra este proceso

mediante un ejemplo en el que describe cómo, en las etapas iniciales de la depresión, el sujeto comienza a retraerse y a aislarse progresivamente de vínculos significativos. Este distanciamiento suele generar respuestas de rechazo, incompreensión o crítica por parte del entorno, lo que refuerza la autocrítica y el autorechazo. Como consecuencia, las conceptualizaciones negativas se intensifican y el aislamiento se profundiza, configurando un circuito de retroalimentación en el que la retirada social se consolida como una respuesta predominante, contribuyendo al mantenimiento y agravamiento del estado depresivo (p.25).

Esto genera que el paciente se vea atrapado en un círculo vicioso:

su bajo nivel de actividad hace que se considere a sí mismo como un inútil. A su vez, esa etiqueta le produce desilusión y, en último extremo, le lleva a un estado de inmovilidad. Le resulta difícil realizar funciones intelectuales (razonamientos y planificación de actividades motoras –incluso caminar y hablar), así como actividades complejas que exijan entrenamiento y/o habilidades especializadas. Estas formas de conductas son, por lo general, instrumentos para conseguir satisfacción y mantener la propia autoestima y la estima de los demás. La interrupción de estas funciones como consecuencia de una escasa capacidad de concentración, de la fatigabilidad, etc. produce insatisfacción y reduce la autoestima (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, p. 116)

Es decir, el bajo nivel de actividad refuerza la autoevaluación negativa del sujeto, quien interpreta su inactividad como un signo de inutilidad, lo que genera desilusión y puede derivar en estados de inmovilidad. Las dificultades para sostener funciones intelectuales, motoras y actividades complejas —habitualmente asociadas a la satisfacción personal y al mantenimiento de la autoestima— incrementan la insatisfacción y profundizan el deterioro de la autovaloración. El origen del problema es un error cognitivo: al pensar que es incapaz e inservible, estas creencias pesimistas influyen y dificultan su movilización, motivación y conducta (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, p.116). “Muchos pacientes depresivos manifiestan una abrumadora cantidad de connotaciones pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos (...) Así, se van hundiendo progresivamente en la pasividad y en el aislamiento social” (p. 118). Estos usuarios interpretan la inactividad como evidencia de su inutilidad, evitando así la actividad por convicción de que van a fracasar o abandonándola al encontrar la más mínima dificultad. Así, esta inactividad incrementa los sentimientos negativos.

Activación conductual

En este contexto, la **evitación conductual** (Mazzulla & Gómez, 2011) ocupa un lugar central. Desde la Activación Conductual desarrollada a partir de la terapia conductual de Lewinsohn, se señala que el foco no solo está en los acontecimientos vitales que precipitan la perturbación, sino también en las respuestas del sujeto ante dichos eventos, particularmente en la evitación conductual. Esta evitación puede adoptar diversas formas, que van desde la permanencia en el hogar retirándose de actividades habituales, hasta la interacción limitada con otros o la inmersión en pensamientos rumiativos (p. 200). Tal como señalan las autoras, “la evitación no solo impide a las personas deprimidas abordar los problemas que han causado su situación actual y abrir nuevas posibilidades para su vida, sino que las introduce en el círculo vicioso” (p. 200).

A partir de este marco, la **Activación Conductual** se plantea como un procedimiento orientado a intervenir sobre estos patrones de evitación. No consiste simplemente en aumentar la cantidad de actividades agradables, sino en promover acciones funcionales y significativas para la persona, en relación con su vida cotidiana. La propuesta enfatiza la importancia de que el consultante aprenda a observar la relación entre sus acciones y sus consecuencias, especialmente aquellas vinculadas con el estado de ánimo, favoreciendo una mayor conciencia del vínculo entre conducta, contexto y experiencia emocional (Mazzulla & Gómez, 2011). De este modo, la conducta deja de ser solo una consecuencia del estado depresivo para convertirse en un eje explicativo central en su mantenimiento.

Estrategia metodológica

La presente investigación se enmarca en un **enfoque cuantitativo**, comprendido como aquel que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández Sampieri et al., 2010, p. 4). En coherencia con este enfoque, se emplearán instrumentos estandarizados que permitirán evaluar variables cuantificables y realizar el correspondiente tratamiento estadístico de los datos obtenidos. En este marco, se plantea la **hipótesis** de que el funcionamiento académico, laboral y/o social puede mantenerse conservado en jóvenes de 18 a 25 años en CABA con sintomatología depresiva, sin que ello implique un deterioro funcional observable.

El **esquema** del estudio comprende “el alcance que tiene planteada la investigación según los objetivos que persiga” (Ynoub, 2015, p. 157). El presente estudio es de **tipo descriptivo**, ya que busca “precisar regularidades de atributos o propiedades de los objetos en estudio, sea

mediante la descripción de una o más variables, o identificando aspectos comunes entre algunas de ellas” (p. 157). Es decir, se pretende medir y caracterizar las variables seleccionadas en la muestra, describiendo cómo se manifiestan y qué patrones o regularidades presentan. Dentro de este enfoque, el estudio se enmarca como **correlacional**, entendido como aquel en el que “el comportamiento de uno de los factores o variables del fenómeno investigado varía concomitantemente con otro: aumenta o disminuye en sentido proporcional (directo o inverso) al aumento o disminución del otro” (p. 165). Sin embargo, se considera que “demostrar que dos variables presentan una variación concomitante es una condición necesaria para postular causalidad, pero bajo ningún punto de vista es una condición suficiente” (p. 168). En este sentido, se busca describir la presencia de sintomatología depresiva y analizar la relación entre activación conductual, depresión y anhedonia sin pretender establecer relaciones de causalidad.

El **diseño de investigación** puede definirse como el conjunto de estrategias o caminos sistemáticos que orientan el proceso de investigación, organizando las actividades necesarias para obtener las mejores respuestas posibles al problema planteado (Ynoub, 2011,p.81). Según el número de unidades de análisis, el estudio se considera de **muestra grande** (77 personas); en función del número de variables, es **multivariado**. En cuanto a la manipulación de variables, se trata de un diseño **observacional sin control de variables**, dado que no se manipularán variables independientes ni se ejercerá control experimental sobre los fenómenos estudiados. Por último, considerando la temporalidad de las mediciones, es un estudio **transversal**, dado que se realizará una única medición en el tiempo.

La selección de la muestra se realizará mediante un **muestreo no probabilístico por conveniencia**, dado que se trabajará con las personas que acepten participar voluntariamente del estudio a través de un cuestionario **autoadministrado** en formato digital (Google Forms), lo que implica la obtención de datos **primarios**.

En el marco de esta investigación, la **muestra** se entiende como el conjunto de casos a través de los cuales se busca identificar rasgos regulares o característicos del fenómeno estudiado (Ynoub, 2011,p.359). Su función es permitir, mediante su análisis, el conocimiento de propiedades del objeto de estudio. En este estudio, la muestra estará conformada por 77 jóvenes adultos de 18 - 40 años de CABA. Asimismo, el concepto de **representatividad** refiere a la posibilidad de que la estructura de la muestra sea análoga a la estructura del universo de referencia (p. 359), es decir, que dé cuenta de aquello regular o característico de la población. En consecuencia, dado que el muestreo será no probabilístico, no puede garantizarse plenamente dicha representatividad estadística, por lo que los resultados obtenidos no podrán generalizarse a la totalidad de la

población de jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sino que serán válidos para la muestra efectivamente estudiada.

Desde el inicio, se tendrán en cuenta las **consideraciones éticas**, garantizando que todos los participantes firmen el **consentimiento informado**. Para ello, se les proporcionará información clara sobre los objetivos del estudio y se verificará que comprendan y acepten voluntariamente participar.

Los criterios de inclusión serán: tener entre 18 y 40 años, residir en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, comprender el idioma español y aceptar el consentimiento informado. Se excluirán aquellos casos con respuestas incompletas.

El **procedimiento** de recolección de datos consistirá, en primer lugar, en preguntas socio demográficas, que contempla las variables de estado civil, edad, sexo, ocupación y educación. Luego, se administrarán la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs) y la Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) para evaluar anhedonia.

El presente estudio se apoya en **pruebas psicométricas**, que permiten **cuantificar** y definir de manera precisa los procesos cognitivos y emocionales involucrados. Los **instrumentos** elegidos han demostrado ser válidos y confiables para la población establecida. Todos ellos son **estructurados**, lo que permite desarrollar un **estudio cuantitativo**, con recolección de datos a través de instrumentos predeterminados, generación de datos numéricos y un número considerable de casos. Los resultados obtenidos mediante este enfoque son estándares, objetivos y libres de tendencias subjetivas.

Inventario de depresión de Beck

En primer lugar, el **BDI-II** se caracteriza por su calidad psicométrica y justeza en la definición de síntomas depresivos según criterios del DSM IV (Brenlla & Rodríguez, 2006, p. 13). Se administrará la adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), realizada por Brenlla y Rodríguez (2006), la cual ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas para su aplicación en población local. La misma consiste de 21 ítems, cada uno referido a un síntoma de depresión (tristeza, culpa, pérdida de placer, fatiga, alteraciones del sueño, etc.). Cada ítem presenta 4 alternativas de respuesta ordenadas según gravedad, puntuadas de 0 a 3. El puntaje obtenido se interpretará según criterios establecidos y permitirán establecer si se trata de una depresión mínima o sin depresión cuando van de 0 - 13 puntos, depresión leve cuando los resultados indican 14-19 puntos, depresión moderada si el resultado va de 20 - 28 puntos, y depresión grave cuando indica 29 - 63 puntos (p. 13).

Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)

En segundo lugar, se administrará la adaptación colombiana de la **Escala de Activación Conductual para la Depresión** realizada por Leal-Hernández, Bianchi, Montoya y Villalba-Garzón (2023). Estos autores dieron lugar a una versión ajustada de 24 ítems (BADS-24), tras la eliminación del ítem 11 (“Hice cosas a pesar de que me costaron, ya que se relacionan con mis objetivos a largo plazo”) por bajo índice de discriminación. “Su objetivo es medir el proceso de cambio en los comportamientos depresivos de los consultantes en el tratamiento de Activación Conductual” (p.7). Su versión original consta de 25 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: **Activación** (ítems 3, 4, 5, 7, 11, 12 y 23), **Evitación/Rumiación** (ítems 8, 9, 10, 13, 14, 15, 24 y 25), **Afectación Laboral o Académica** (ítems 1, 2, 6, 21 y 22) y **Deterioro Social** (ítems 16, 17, 18, 19 y 20). Las respuestas se registran en una escala tipo Likert que va de 0 (“completamente en desacuerdo”) a 6 (“completamente de acuerdo”). La escala permite obtener puntajes por cada dimensión y también una puntuación total.

Escala de Placer Snaith - Hamilton para Anhedonia (SHAPS)

Diversos estudios recientes señalan que la **anhedonia** constituye un componente reiterado en distintas manifestaciones depresivas. Wang et al. (2024) la identifican como un factor puente entre depresión y burnout; Oberst et al. (2017) muestran que, en adolescentes con depresión o ansiedad social, el uso de interacciones online puede atenuar dificultades sociales, aunque también favorecer procesos de rumiación y FoMO; y Joseph et al. (2025) encuentran que la anhedonia se asocia significativamente con malestar y síntomas de depresión de alto funcionamiento, aun cuando el nivel de funcionamiento se mantenga conservado. Es por eso, que en tercer lugar, se administra la **Escala de Placer Snaith-Hamilton para Anhedonia (SHAPS)**. La SHAPS es un instrumento autoadministrado que mide la capacidad de experimentar o anticipar placer en cuatro dominios: intereses/pasatiempos, interacción social, experiencias sensoriales y satisfacción con comidas y bebidas. Fresán y Berlanga (2013) llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo traducir y validar la SHAPS al español en una muestra de 111 pacientes mexicanos con depresión mayor. Los resultados demostraron que

el instrumento tiene una buena consistencia interna y una adecuada validez de constructo. Estas características hacen que mantenga los elementos psicométricos de la versión original en inglés como un instrumento válido, fiable y unidimensional para evaluar la capacidad hedónica de pacientes que cursan con un trastorno depresivo (p. 231)

Resultados

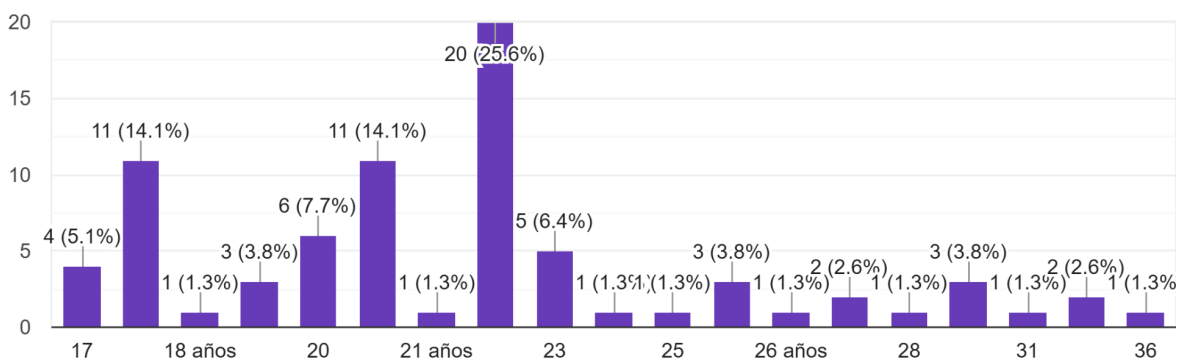
Descripción Sociodemográfica

La muestra estuvo conformada por 77 participantes con edades comprendidas entre los 17 y los 36 años ($M \approx 22$ años), evidenciándose una fuerte concentración en adultos jóvenes. Al segmentar por **grupos etarios**, se observa que aproximadamente el 55,8% ($n \approx 43$) se ubica entre los 20 y 23 años, constituyendo el grupo predominante. Por su parte, los adolescentes tardíos (17 a 19 años) representan cerca del 24,7% ($n \approx 19$) de la muestra, mientras que los adultos jóvenes de 24 a 30 años corresponden a un 14,3% ($n \approx 11$). Finalmente, los mayores de 30 años (31 a 36 años) constituyen un grupo minoritario, cercano al 5,2% ($n \approx 4$). Esta distribución confirma que se trata principalmente de una población joven en etapas de transición académica y laboral.

Gráfico 1. Representación de las Edades de la muestra.

Edad

78 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el lugar de **residencia**, los participantes se distribuyen entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (62,3%; $n=48$) y la Provincia de Buenos Aires (37,7%; $n=29$), evidenciando un predominio de contextos urbanos. En cuanto al género, se observa una marcada mayoría femenina, con un 80,5% de mujeres ($n=62$) frente a un 19,5% de varones ($n=15$).

En relación con el **estado civil**, se observa que la mayoría de los participantes se identifica como soltero/a (62,3%, $n=48$), seguido por quienes se encuentran en pareja (33,8%, $n=26$), mientras que los casos de personas casadas son escasos (3,9%, $n=3$). Esta distribución resulta coherente con la composición etaria de la muestra, predominantemente joven, especialmente

concentrada entre los 20 y 23 años, etapa vital en la que suelen prevalecer vínculos no conyugales. En línea con esto, la gran mayoría de los participantes indicó no tener **hijos/as** (97,4%, n=75), registrándose únicamente 2 casos con hijos, los cuales se concentran en los grupos de mayor edad (principalmente a partir de los 30 años) y corresponden a mujeres.

En relación con el **nivel educativo y la situación laboral** actual, la muestra presenta un perfil formativo elevado, consistente con su composición etaria. El 63,6% de los participantes se encuentra cursando estudios terciarios o universitarios, lo cual se asocia principalmente con los grupos más jóvenes (edad promedio: 20,4 años), que transitan etapas formativas activas, en muchos casos combinadas con actividad laboral. Por su parte, un 27,3% ha alcanzado el nivel universitario completo, concentrándose en participantes de 22 años en adelante; dentro de este grupo, se observa una marcada inserción laboral, ya que el 71,4% se encuentra trabajando. En menor proporción, el 3,9% de la muestra (n=3) presenta estudios universitarios incompletos y se encuentra actualmente inserto en el ámbito laboral, constituyendo un subgrupo reducido. Asimismo, el 5,2% (n=4) refiere como máximo nivel educativo el secundario completo; dentro de este grupo, la mayoría se encuentra trabajando (n=3), mientras que sólo un caso no presenta actividad laboral al momento de la evaluación. En conjunto, estos resultados refuerzan la caracterización de la muestra como una población con alta participación en el sistema educativo y/o en el mercado laboral.

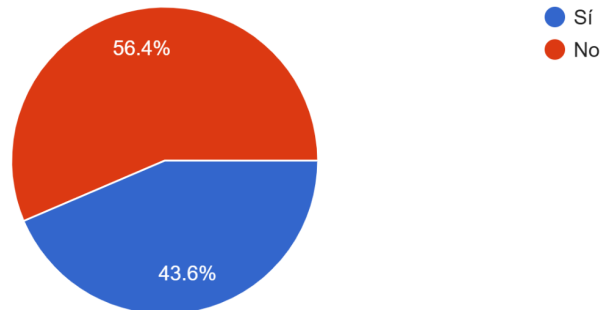
Variables en Salud Mental de la muestra

En relación con las **variables de salud mental**, el 44,2% de los participantes (n=34) indicó encontrarse actualmente en tratamiento psicológico, sin observarse una concentración en un grupo etario específico, sino una distribución transversal a todas las edades de la muestra. Entre quienes no se encuentran en tratamiento psicológico, solo 3 participantes reportaron haber recibido un diagnóstico profesional de depresión; sin embargo, en ninguno de estos casos el diagnóstico fue realizado en el último año ni se registra tratamiento farmacológico actual. Por el contrario, dentro del grupo que sí se encuentra en tratamiento psicológico, el 29,4% (n=10) reporta haber recibido un diagnóstico profesional de depresión. De estos, el 40% indica que dicho diagnóstico fue realizado en el último año. Asimismo 7 de los 10 participantes se encuentra en tratamiento psicológico con diagnóstico de depresión, se encuentran actualmente bajo tratamiento farmacológico.

Gráfico 2. Representación del total de la muestra que se encuentra en tratamiento psicológico.

¿Actualmente te encontrás realizando tratamiento psicológico?

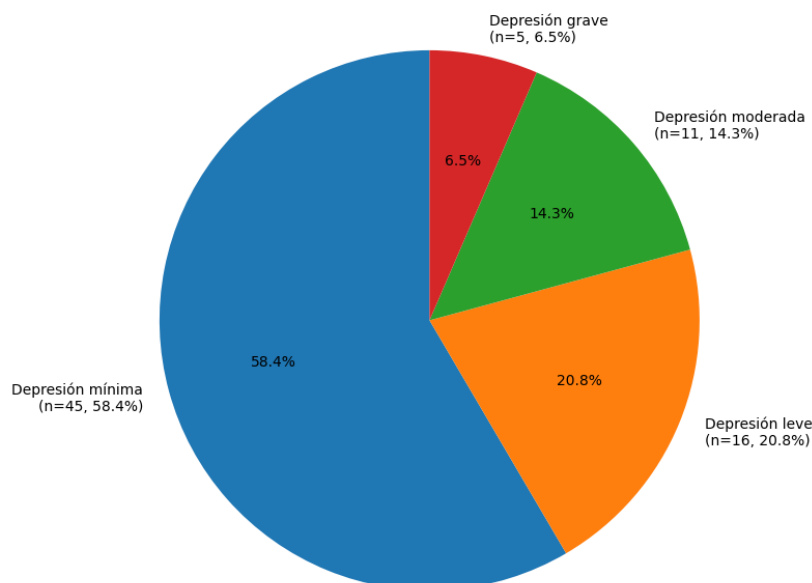
78 responses



Fuente: Elaboración propia

En relación con los resultados del **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**, se observa que la mayoría de los participantes se ubica en el rango de depresión mínima ($n=45$), con un puntaje promedio de 6,6. En segundo lugar, 16 participantes presentan niveles de depresión leve, con un promedio de 16,1 puntos. Por su parte, 11 participantes se clasifican dentro del rango de depresión moderada, con un puntaje promedio de 22,5. Finalmente, 5 participantes se ubican en el rango de depresión grave, con un promedio de 39,6 puntos.

Gráfico 3. Distribución de respuestas según niveles de depresión (BDI - II).



Fuente: Elaboración propia.

En relación con los participantes que se ubican en el rango de depresión mínima, se observa que 5 de ellos reportaron haber recibido un diagnóstico de depresión, en todos los casos realizado hace más de un año, y solo uno de estos se encuentra actualmente en tratamiento farmacológico. Dentro de las personas que puntuaron depresión leve, el 62,5% de este grupo se encuentra en tratamiento psicológico. Por otro lado, el 31,3% refiere haber recibido un diagnóstico de depresión en algún momento; de este subgrupo, todos menos uno se encuentran actualmente en tratamiento psicológico, y el 60% recibe tratamiento farmacológico. En cuanto a los participantes con niveles de depresión moderada, ninguno refiere haber recibido un diagnóstico profesional de depresión, aunque el 54,5% se encuentra actualmente en tratamiento psicológico. Por su parte, en el grupo con depresión grave, la totalidad de los participantes se encuentra en tratamiento psicológico; sin embargo, el 40% indica no haber recibido nunca un diagnóstico formal de depresión, mientras que el 60% restante se encuentra en tratamiento farmacológico.

Análisis de la activación conductual (BADS) según niveles de depresión (BDI-II)

En el grupo de participantes con puntuaciones correspondientes a **depresión mínima** en el BDI-II, el promedio en el dominio de afectación laboral/académica de la Escala de Activación Conductual fue de 1,25, lo que indica un nivel bajo de afectación. En el dominio de activación conductual, el promedio fue de 3,68, correspondiente a un nivel medio. Por su parte, en el dominio de evitación/rumiación, el promedio fue de 1,84, lo que sugiere bajos niveles de evitación y rumiación en esta población. Finalmente, el dominio de deterioro social presentó un promedio de 0,38, indicando un bajo nivel de deterioro en el funcionamiento social.

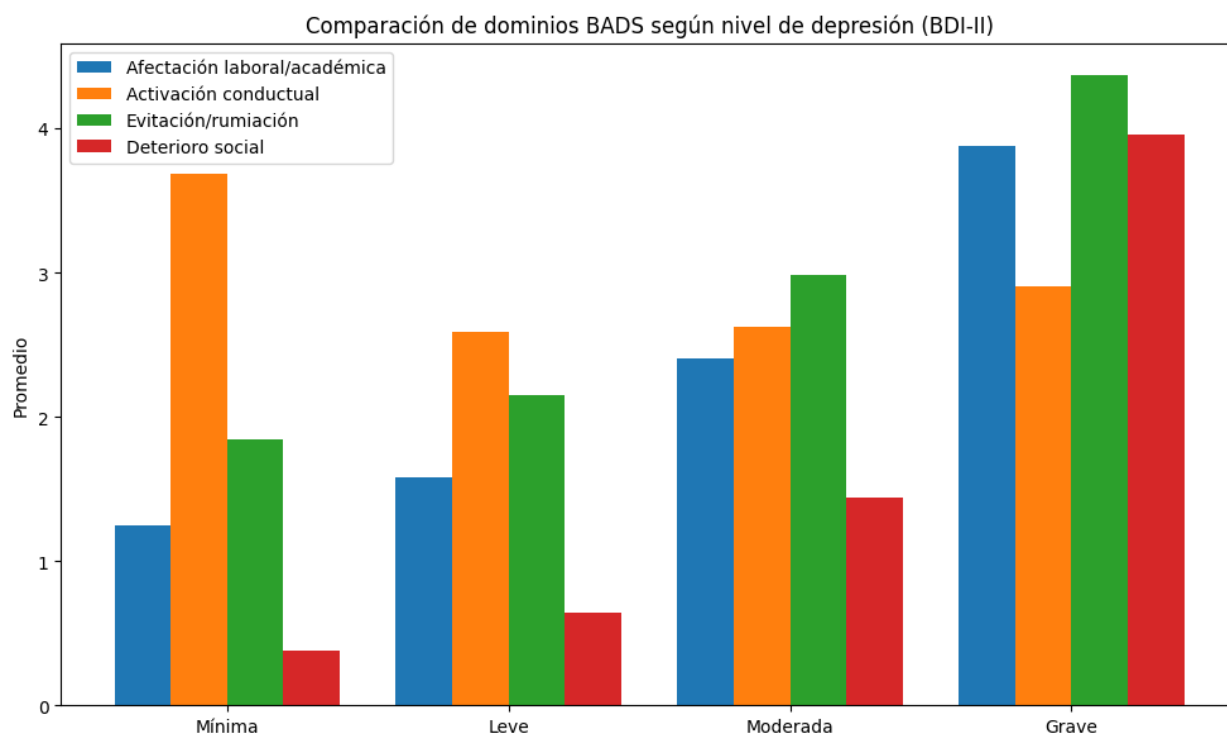
En los participantes que presentaron niveles de **depresión leve** según el BDI-II, se observó que la interferencia en el ámbito laboral/académico se mantuvo reducida ($M = 1,58$). En cuanto a la activación conductual, los valores se ubicaron en un rango intermedio ($M = 2,59$), indicando un nivel moderado de involucramiento en actividades. Por otro lado, la evitación y rumiación alcanzaron un promedio de 2,15, lo que refleja una presencia moderada de estas estrategias, aunque cercana al nivel bajo. Finalmente, el funcionamiento social mostró escasa alteración ($M = 0,64$), evidenciando un bajo grado de deterioro en este dominio.

En los participantes con niveles de **depresión moderada** según el BDI-II, se observó una interferencia funcional en el ámbito laboral/académico ubicada en un rango intermedio ($M = 2,4$). La activación conductual también se situó en valores moderados ($M = 2,62$), evidenciando un compromiso parcial con las actividades. En relación con la evitación y la rumiación, el promedio fue

de 2,98, lo que indica una presencia moderada de estas estrategias. Por último, el deterioro social fue reducido (M = 1,44), lo que sugiere una conservación relativa del funcionamiento interpersonal.

En el grupo con **depresión grave**, la afectación en el desempeño laboral/académico alcanzó valores intermedios (M = 3,88), reflejando un impacto funcional moderado. La activación conductual se mantuvo en un nivel medio (M = 2,9), indicando que, pese a la severidad del cuadro, persiste cierto grado de acción. En contraste, la evitación y rumiación mostraron valores elevados (M = 4,37), evidenciando un marcado predominio de estas dinámicas. Finalmente, el deterioro en el área social se ubicó en un nivel moderado (M = 3,96), lo que indica dificultades más visibles en el funcionamiento interpersonal.

Gráfico 4. Comparación de dominios BADS según nivel de depresión (BDI - II).



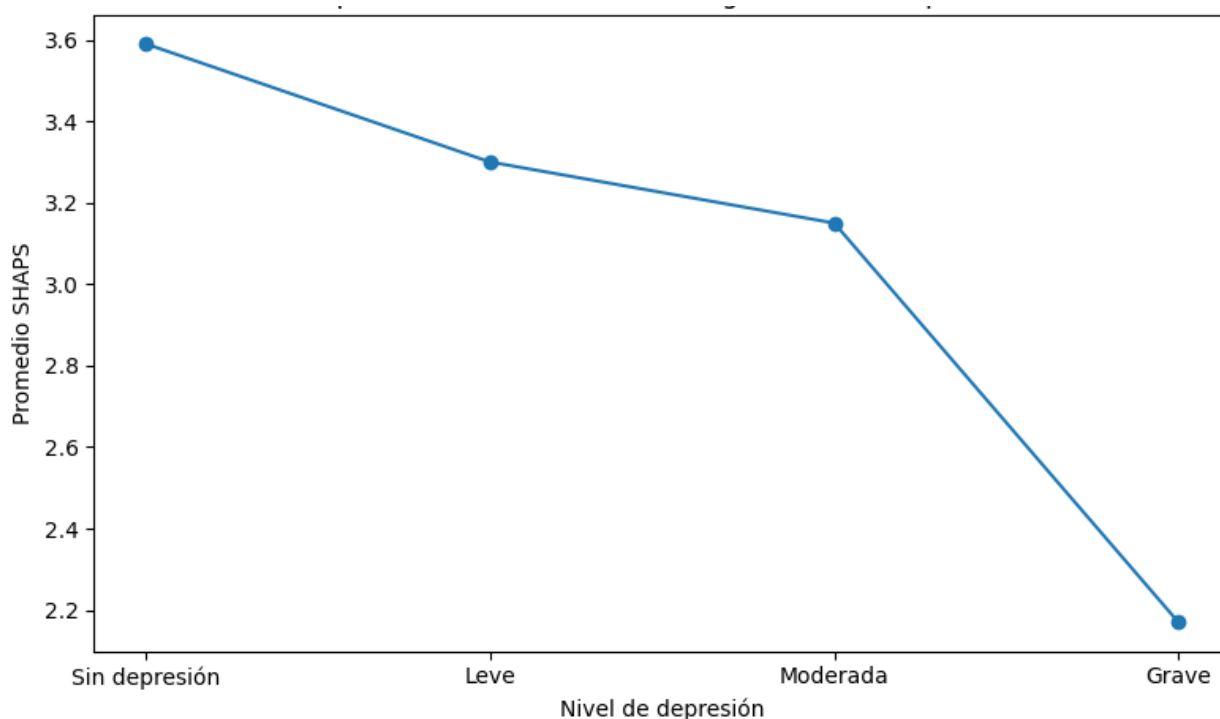
Fuente: Elaboración propia.

Análisis de la anhedonia (SHAPS) según niveles de depresión (BDI-II).

Los resultados de la escala SHAPS evidencian una disminución progresiva en la capacidad de experimentar placer a medida que aumenta la severidad de la depresión. En el grupo sin depresión, el promedio fue de 3,59, lo que indica una adecuada capacidad de disfrute. En quienes

presentaron depresión leve (3,30) y moderada (3,15), los valores se mantienen dentro de un rango medio, sugiriendo una leve a moderada disminución del placer, pero aún con cierta preservación de la capacidad hedónica. En cambio, en los casos de depresión grave, el promedio desciende a 2,17, evidenciando una disminución más marcada del disfrute. En conjunto, estos resultados muestran una relación inversa entre la severidad de la depresión y la capacidad hedónica, donde a mayor gravedad del cuadro, menor es el nivel de placer experimentado.

Gráfico 5. Variación de la anhedonia (SHAPS) en función de la severidad depresiva (BDI-II).



Fuente: Elaboración propia.

En conjunto, los resultados muestran un patrón progresivo asociado al aumento de la severidad depresiva. A medida que el nivel de depresión se incrementa, se observa un mayor impacto en el funcionamiento laboral/académico y social, junto con un aumento sostenido de la evitación y la rumiación. En contraste, la activación conductual se mantiene en niveles intermedios

a lo largo de todos los grupos, sin descender de manera marcada incluso en los niveles más altos de depresión. Por su parte, la capacidad de experimentar placer evidencia una disminución gradual, siendo más notoria en los casos de mayor gravedad. En conjunto, estos hallazgos reflejan que, aun cuando ciertos aspectos del funcionamiento se deterioran, otros, como la activación, pueden mantenerse relativamente conservados, especialmente en los niveles menos severos.

Discusión

Okereke et al. (2025) conceptualizan dos dimensiones de la depresión de alto funcionamiento. Por un lado, una dimensión externa de funcionamiento, en la que el sujeto mantiene un desempeño adecuado —e incluso elevado— en los ámbitos profesional, académico y social, sosteniendo una imagen de productividad, adaptación y estabilidad. Por otro lado, una dimensión interna de malestar, caracterizada por la presencia persistente de síntomas depresivos como el ánimo bajo, la fatiga, la irritabilidad y el desapego emocional. En los resultados del presente estudio, específicamente en los casos que puntuaron depresión grave, no se observa una correspondencia clara con esta doble dimensión. Si bien la presencia de síntomas depresivos se evidencia de manera consistente, los resultados del BADS muestran mayor variabilidad. En particular, el dominio de evitación/rumiación se presenta de forma elevada en la mayoría de los casos, mientras que los demás dominios no siguen un patrón homogéneo. No obstante, se identifica una tendencia general hacia niveles bajos de activación, junto con una alta afectación en el ámbito laboral/académico y un marcado deterioro social. Este perfil sugiere que, a diferencia de lo propuesto en la depresión de alto funcionamiento, en los casos de depresión grave el funcionamiento externo también se encuentra significativamente comprometido.

En cuanto a los casos que puntuaron depresión moderada, tampoco se observa una correspondencia clara con la doble dimensión propuesta por Okereke et al. (2025). Si bien los síntomas depresivos se encuentran presentes, los resultados del BADS evidencian un perfil heterogéneo. El dominio de evitación/rumiación muestra valores variables —con presencia de niveles bajos, medios y algunos altos—, sin una tendencia uniforme. En cuanto a la activación, predominan niveles medios, con algunos casos de baja activación. Por su parte, la afectación laboral/académica presenta principalmente niveles medios y altos, mientras que el deterioro social se ubica mayormente en rangos bajos y medios, con algunos casos más elevados. Estos resultados permiten plantear la posibilidad de que en la depresión moderada exista un mayor margen para la aparición de características afines a la depresión de alto funcionamiento, dado que el deterioro no se presenta de forma tan acentuada como en los cuadros graves y ciertas áreas del

funcionamiento pueden mantenerse relativamente preservadas. Por ejemplo, se observan casos en los que, a pesar de registrarse una afectación laboral/académica alta, los niveles de activación se mantienen en rangos medios o incluso altos, lo que indicaría que el sujeto continúa realizando sus actividades a pesar del impacto del malestar. Sin embargo, este patrón no se sostiene de manera uniforme, ya que también aparecen participantes con baja activación acompañada de alta afectación, así como variaciones en el deterioro social —que oscila entre niveles bajos y medios—. Esta variabilidad en los resultados sugiere un perfil poco uniforme, en el que las distintas dimensiones del funcionamiento no se articulan de manera coherente, dificultando identificar un patrón definido de preservación del funcionamiento externo.

Retomando a Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010), puede identificarse una referencia a la elevada autoexigencia que caracteriza a las personas con depresión. Tal como se mencionó previamente, estos sujetos presentan distorsiones cognitivas sistémicas que los llevan a procesar la información de manera sesgada y poco flexible, organizando su experiencia en torno a interpretaciones negativas que perpetúan el malestar y contribuyen al mantenimiento del cuadro depresivo. En este marco, Beck describe una serie de supuestos disfuncionales que predisponen a la aparición de tristeza y depresión: “(1) Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga, (2) Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones, (3) Si cometo un error, significa que soy un inepto (...)” (p. 235). Este carácter autocrítico es evaluado en el BDI-II en diferentes dimensiones. En el grupo con depresión grave (n=5), se observa una marcada concentración de respuestas en los niveles más elevados en: *pesimismo*, el 60% puntuó en el nivel máximo; **fracaso**, el 40% se ubicó en el nivel 3, el 20% en el nivel 2 y el 40% en el nivel 0; *sentimientos de culpa*, el 80% se ubicó en el nivel más alto. A su vez, en *disconformidad con uno mismo*, el 100% de los participantes presentó niveles elevados (60% en nivel 2 y 40% en nivel 3), mientras que en *autocrítica* no se registraron puntajes mínimos, distribuyéndose el 40% en nivel 1, el 20% en nivel 2 y el 40% en nivel 3. En conjunto, estos resultados evidencian, a nivel descriptivo, una predominancia de evaluaciones negativas dirigidas hacia sí mismo en este grupo. La muestra estudiada evidencia este patrón: lejos de que la autocrítica se traduzca en un sostenimiento de la funcionalidad externa, como plantea el modelo de la depresión de alto funcionamiento, los resultados indican lo contrario. En el grupo con depresión grave se observaron bajos niveles de activación conductual, alta afectación laboral y deterioro académico, junto con indicadores de deterioro social. De este modo, la autoexigencia y las distorsiones cognitivas descritas por Beck no se asociaron a un funcionamiento conservado, sino a un compromiso significativo del desempeño en distintas áreas, lo que impide identificar en esta muestra un perfil compatible con depresión de alto funcionamiento.

En una línea similar, Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) plantea que

Muchos pacientes depresivos manifiestan una abrumadora cantidad de cogniciones pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se autocritican por ser como “vegetales” y evitar a otras personas. Paradójicamente, pueden justificar su huida y evitación sobre la base de que las actividades e interacciones sociales carecen de sentido, o bien de que ellos constituyen una carga para los demás. Así, se van hundiendo progresivamente en la pasividad y el aislamiento social. Más aún, no es extraño que el depresivo interprete su inactividad como evidencia de su inutilidad, cayendo así en un círculo vicioso (p.118)

En el grupo con depresión grave, los ítems correspondientes al dominio de deterioro social de la Escala de Activación Conductual (BADs) evidencian una concentración de respuestas en niveles elevados. En el ítem “no vi a ninguno de mis amigos”, 3 de los 5 participantes se ubicaron en el puntaje máximo (6), mientras que los restantes se distribuyeron en niveles bajos (0 y 1). En “estuve encerrado en mí mismo y callado”, 4 de los 5 participantes alcanzaron el valor máximo, con un único caso en nivel bajo. De manera similar, en “no socialice a pesar de las oportunidades”, 3 participantes puntuaron 6, uno se ubicó en un nivel intermedio (3) y uno en nivel bajo (2). En el ítem “alejé a la gente con mi negatividad”, las respuestas se concentraron en niveles medios y altos (tres casos en 3, uno en 2 y uno en 6). Por último, en “hice cosas para aislarme del resto de la gente”, 4 de los 5 participantes presentaron valores elevados (tres en 6 y uno en 5), con un caso en nivel intermedio (2). En conjunto, estos resultados dan cuenta de un patrón consistente de retraimiento y aislamiento social. En línea con el modelo cognitivo de Beck, este patrón puede comprenderse como el resultado de cogniciones negativas que sostienen la evitación interpersonal —como la percepción de inutilidad o de ser una carga para los otros—, reforzando así un circuito de pasividad, autocrítica y aislamiento social. Los resultados obtenidos permiten retomar los planteos de Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) en relación con la pasividad y el aislamiento social en la depresión. Tal como describe el autor, las cogniciones negativas favorecen conductas de evitación e inactividad, configurando un círculo vicioso entre autocrítica, retraimiento y disminución del contacto social. En el grupo con depresión grave, los ítems del dominio de deterioro social de la BADs muestran una clara concentración en niveles elevados, evidenciando un patrón consistente de aislamiento, evitación interpersonal y retraimiento. De este modo, los datos empíricos refuerzan la idea de que las distorsiones cognitivas no se traducen en un sostenimiento del funcionamiento, sino en un incremento de la pasividad y el deterioro social, alejándose nuevamente de un perfil compatible con depresión de alto funcionamiento.

Retomando los hallazgos de Joseph et al. (2025), entre los 120 participantes, 72 (60%) fueron clasificados como high-functioning y 17 (14%) como very high-functioning, y en sus puntuaciones en la escala de anhedonia (HFD-AS) se observó una ausencia de correlación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento adaptativo de los participantes (p.6). Estos resultados sugieren que la capacidad operativa del individuo en su entorno cotidiano es un constructo independiente de la sintomatología anhedónica, indicando que un alto rendimiento funcional no excluye la presencia de déficits en el procesamiento del placer. En el presente estudio, al analizar a los participantes con depresión grave según el BDI-II, se observa una disminución marcada de la capacidad hedónica, con un promedio grupal en SHAPS de 2,17, correspondiente a un nivel bajo. La mayoría de los casos (4 de 5) presenta puntajes bajos de disfrute, con un único caso en rango medio, lo que indica cierta variabilidad interna. A nivel de los ítems, los menores niveles de placer se registran en experiencias cotidianas y sensoriales, como la comida, los aromas, la lectura y la percepción de pequeños detalles, mientras que algunos estímulos específicos muestran valores levemente más altos. En conjunto, los resultados evidencian una anhedonia generalizada, aunque no completamente homogénea en todas las áreas del disfrute. Por otro lado, al analizar a los participantes con depresión moderada según el BDI-II, se observa que la capacidad hedónica se mantiene en un nivel medio, con puntajes individuales que oscilan aproximadamente entre 2,57 y 3,93, y sin casos en rangos extremos. Esto indica una disminución del placer menos pronunciada en comparación con la depresión grave. A nivel de las respuestas, predomina un patrón de valores intermedios (principalmente entre 2 y 4), lo que sugiere que los sujetos aún conservan cierta capacidad de disfrute, aunque de manera atenuada. En conjunto, los resultados reflejan una anhedonia leve a moderada, caracterizada por una reducción parcial del placer pero sin un colapso generalizado del sistema hedónico. En síntesis, si bien la literatura señala que el funcionamiento adaptativo puede mantenerse independientemente de la anhedonia, en el presente estudio no se identificaron casos compatibles con depresión de alto funcionamiento. Por el contrario, los resultados muestran que a mayor severidad de la depresión, mayor es la disminución de la capacidad hedónica: mientras que en la depresión moderada el placer se conserva de forma parcial, en la depresión grave se observa una anhedonia más generalizada. Esto sugiere que, en esta muestra, el deterioro del disfrute acompaña de manera más directa el aumento de la sintomatología depresiva.

Otra dimensión hallada en Joseph et al. (2025), es la relación con el rol de cuidados y los puntajes de anhedonia. Quienes cumplen roles de cuidado (especialmente padres/cuidadores de hijos) presentan mayores niveles de anhedonia y síntomas de depresión de alto funcionamiento. El compromiso constante con otros tiende a desplazar la atención del propio malestar, lo que facilita que la anhedonia se mantenga sin ser reconocida ni tratada, aumentando el riesgo clínico (p.14).

Sin embargo, los resultados obtenidos en la presente muestra permiten matizar esta relación. En particular, se identificaron únicamente dos participantes con hijos, ambas de las cuales fueron clasificadas dentro del rango de depresión grave según el BDI-II. Estas puntuaciones son de niveles bajos en el SHAPS evidenciando una baja capacidad para experimentar placer, a la vez que baja activación conductual. Tanto los hallazgos de Joseph et al. (2025) como los resultados del presente estudio coinciden en señalar una asociación entre los roles de cuidado y la presencia de anhedonia. En ambos casos, las personas cuidadoras evidencian una disminución en la capacidad para experimentar placer, lo que sugiere que la dedicación sostenida hacia otros puede vincularse con una postergación del propio malestar emocional. Sin embargo, los resultados difieren en relación con el nivel de funcionamiento observado. Mientras Joseph et al. (2025) describen que estos roles pueden favorecer la aparición de síntomas compatibles con una depresión de alto funcionamiento, caracterizada por un mantenimiento relativo de las actividades y responsabilidades cotidianas, en la presente muestra las dos participantes con hijos fueron clasificadas dentro del rango de depresión grave y presentaron, además de anhedonia, bajos niveles de activación conductual. De este modo, aunque ambos estudios coinciden en la presencia de anhedonia en personas cuidadoras, los resultados del presente trabajo no evidencian características asociadas al alto funcionamiento, sino un cuadro de mayor deterioro general.

En este sentido, si bien en el presente estudio no se identificaron perfiles compatibles con depresión de alto funcionamiento, los resultados observados en la depresión moderada permiten aproximarse parcialmente a lo planteado por Joseph et al. (2025). En particular, la combinación de una sintomatología depresiva significativa con niveles de funcionamiento relativamente conservados —aunque no elevados— sugiere la presencia de cuadros que no alcanzan a cumplir plenamente los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor. En esta línea, es posible considerar que estos perfiles intermedios, al no presentar un deterioro funcional marcado, podrían pasar más desapercibidos en contextos clínicos y contribuir a situaciones de subdiagnóstico. No obstante, esta interpretación debe tomarse con cautela, dado que los resultados no evidencian un patrón claro y consistente de alto funcionamiento, sino configuraciones heterogéneas del funcionamiento.

Alcances y Limites

El presente estudio se propuso explorar la presencia de depresión de alto funcionamiento en la muestra analizada; sin embargo, los resultados no permitieron corroborar la hipótesis planteada. En lugar de evidenciar perfiles con sintomatología depresiva y funcionamiento

conservado, se observaron niveles significativos de deterioro en distintas áreas, lo que limita la posibilidad de identificar casos compatibles con HFD dentro de la muestra.

Asimismo, es importante señalar que el tamaño muestral —particularmente en los niveles más altos de depresión— resulta reducido, lo que restringe la capacidad de generalización de los hallazgos. En este sentido, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que no permiten establecer conclusiones representativas a nivel poblacional.

Por otro lado, el estudio se basa en instrumentos de autoinforme, lo que puede introducir sesgos en las respuestas y afectar la precisión de los datos recogidos. A su vez, la ausencia de criterios diagnósticos estandarizados para la depresión de alto funcionamiento constituye una limitación adicional, en tanto dificulta su identificación operativa y su diferenciación respecto de otras formas de depresión.

En conjunto, estas limitaciones señalan la necesidad de continuar investigando el fenómeno con muestras más amplias y herramientas específicas, que permitan delimitar con mayor claridad las características y la posible existencia de la High-Functioning Depression.

Conclusión

El presente estudio tuvo como objetivo explorar la relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento académico, laboral y social en jóvenes adultos, particularmente en aquellos casos donde dicho funcionamiento pudiera mantenerse relativamente conservado. A partir de los resultados obtenidos, no se identificaron perfiles claramente compatibles con la denominada depresión de alto funcionamiento, ya que, a medida que aumentaba la severidad de la sintomatología depresiva, también se observaba un mayor deterioro en distintas áreas del funcionamiento cotidiano.

Los participantes con niveles más elevados de depresión presentaron mayores indicadores de evitación, rumiación, aislamiento social y afectación laboral/académica, junto con una disminución significativa en la capacidad de experimentar placer. En este sentido, los resultados obtenidos se alejan de la idea de un funcionamiento externo plenamente conservado frente a un malestar interno severo. Sin embargo, en los niveles moderados de depresión se observaron configuraciones más heterogéneas, donde ciertas áreas del funcionamiento permanecían relativamente preservadas a pesar de la presencia de malestar emocional significativo.

Estos hallazgos permiten pensar que ciertas formas de sufrimiento depresivo no necesariamente se manifiestan mediante un deterioro extremo o claramente visible. Especialmente en los cuadros moderados, donde aún persisten niveles relativamente conservados de activación, participación social y cumplimiento de responsabilidades, el malestar puede volverse menos evidente tanto para el entorno como para la propia persona que lo atraviesa. En esta línea, el hecho de que la capacidad hedónica se mantenga parcialmente preservada —sin un colapso generalizado del disfrute— sugiere que todavía existe cierta conexión con experiencias gratificantes, lo que podría contribuir a que la sintomatología pase más desapercibida. Sin embargo, esta conservación parcial del funcionamiento y del placer no implica ausencia de sufrimiento, sino una manifestación menos intensa y, por ello, potencialmente más difícil de reconocer.

Asimismo, los resultados refuerzan la importancia de no reducir la comprensión de la depresión únicamente a indicadores externos de rendimiento o productividad. El hecho de que una persona continúe estudiando, trabajando o sosteniendo determinadas actividades no implica necesariamente ausencia de malestar psicológico. En este sentido, el estudio aporta una mirada orientada a complejizar la relación entre funcionamiento y depresión, considerando que el sufrimiento emocional puede presentarse de formas menos visibles y más difíciles de detectar.

Resulta relevante continuar ampliando la comprensión de aquellas formas de malestar depresivo que no siempre coinciden con las manifestaciones clásicamente asociadas a la depresión. En contextos contemporáneos atravesados por altas demandas de productividad, hiperconectividad y exposición social constante, fenómenos como el burnout académico o el fear of missing out (FoMO) permiten pensar nuevas formas de vinculación entre el malestar emocional, el rendimiento y la necesidad de sostener la participación social. En este sentido, comprender estas dinámicas de manera articulada con la depresión podría favorecer formas de detección más sensibles frente a manifestaciones menos visibles del sufrimiento psíquico.

Esto adquiere especial relevancia considerando que las formas de malestar que logran mantenerse parcialmente funcionales pueden pasar desapercibidas durante largos períodos, retrasando el acceso a la consulta y al tratamiento. La identificación temprana de estas configuraciones resulta fundamental no solo para prevenir un mayor deterioro del funcionamiento, sino también por las implicancias que la depresión tiene sobre la calidad de vida, la cronificación del sufrimiento y el riesgo suicida.

Finalmente, se considera necesario continuar investigando estas configuraciones con muestras más amplias y herramientas específicas que permitan profundizar el análisis de aquellas formas de depresión que no siempre se manifiestan mediante un deterioro funcional evidente, especialmente en poblaciones jóvenes atravesadas por altas demandas académicas, laborales y sociales.

Referencias

- Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M. et al. The experience of loneliness among young people with depression: a qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry* 20, 415 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02818-3>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barry CT, Sidoti CL, Briggs SM, Reiter SR, Lindsey RA. Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *J Adolesc.* 2017 Dec;61:1-11. doi: [10.1016/j.adolescence.2017.08.005](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.08.005) . Epub 2017 Sep 5. PMID: 28886571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed.; S. del Viso Pabón, Trad.). Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979)
- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. En A. T. Beck, R. A. Steer, & G. K. Brown, *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck: Segunda edición. Manual*. Paidós.
- Borja-Delgado, C. A., Ruilova-Mera, E. C., García-Intriago, D. M., Sánchez-Sánchez, S. A., Guevara-Suárez, K. E., & Morales-Tipan, A. P. (2019). *Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes*. *Polo del Conocimiento*, 4(2), 165–180. <https://doi.org/10.23857/pc.v4i2.900>
- Carrasco Muñoz, M. A., Martínez Morales, C., Noreña Tello, F., & Bao Condor, C. L. (2020). *Satisfacción familiar, depresión y rendimiento académico en adolescentes de un colegio estatal de Huánuco, Perú*. *Boletín Redipe*, 9(2), 197–210. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528387>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Franco Mejía, C., Gutiérrez Agudelo, S., & Perea, E. (2011). *Asociación entre depresión y bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios*. *Psicogente*, 14(25), 67–75.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552358007.pdf>

Fresán, A., & Berlanga, C. (2013). Traducción al español y validación de la Escala de Placer Snaith-Hamilton para Anhedonia (SHAPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(4), 226–231. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/815/1293>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores.

Joseph, J. F., Tural, U., Joseph, N. D., Mendoza, T. E., Patel, E., Reifer, R., & Deregnacourt, M. (2025). *Understanding high-functioning depression in adults*. *Cureus* 17(2): e78891. <https://doi.org/10.7759/cureus.78891>

Leal-Hernández, D. A., Bianchi, J. M., Montoya, C. E., & Villalba-Garzón, J. A. (2023). Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS): Confiabilidad, estructura interna y otras evidencias de validez en Bogotá. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 70(4), 5–17. <https://doi.org/10.21865/RIDEP70.4.01>

Martin, R., & Simkin, H. (2023). Adaptación y validación al contexto argentino de la escala de *fear of missing out*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 41(3), 1–13. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.10853>

Mazzulla, M. M., & Gómez, B. (2011). Abordaje de trastornos emocionales. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 191–214). Polemos.

Steen et al. Loneliness associates strongly with anxiety and depression during the COVID pandemic, especially in men and younger adults. *Sci Rep* 12, 9517 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-13049-9>

Oberst, U., Wegmann, E., Stodt, B., Brand, M., & Chamarro, A. (2017). Negative consequences from heavy social networking in adolescents: The mediating role of fear of missing out. *Journal of Adolescence*, 55, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.12.008>

Okereke PU, Umeh CV, Okereke WO, et al. High-functioning depression: a hidden burden demanding clinical recognition. *BJPsych Bulletin*. 2026;50(2):111-113. <https://doi.org/10.1192/bjb.2025.10193>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 29 de agosto). *Trastorno depresivo (depresión)*. Recuperado el 12 de febrero de 2026, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Depresión*. Recuperado el 12 de febrero de 2026, de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Wang, X., Yang, M., Ren, L., Wang, Q., Liang, S., Li, Y., Li, Y., Zhan, Q., Huang, S., Xie, K., Liu, J., Li, X., & Wu, S. (2024). *Burnout and depression in college students*. *Psychiatry Research*, 335, 115828. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115828>

Ynoub, R. (2015). *Cuestión de método: Aportes para una metodología crítica* (Tomo I). Cengage Learning.

Ynoub, R. C. (2011). *El proyecto y la metodología de la investigación*. Cengage Learning Argentina.