

La depresión sonriente como presentación funcional del sufrimiento depresivo

Ensayo teórico con revisión narrativa de la evidencia clínica y psicosocial

Ricardo Bravo de Medina Hernández

Doctor en Psicología Clínica y de la Personalidad

Especialista en Psicología Clínica

Director del Centro Bravo de Medina y Zabala

Documento elaborado con finalidad académica, informativa y psicoeducativa. No sustituye la evaluación clínica individual, el diagnóstico profesional ni la atención sanitaria cualificada ante síntomas depresivos, riesgo suicida o sospecha de trastorno bipolar.

Junio de 2026

Resumen

La depresión sonriente no constituye una categoría diagnóstica formal, sino una formulación clínica y cultural que describe la discrepancia entre sufrimiento depresivo interno y funcionamiento externo conservado. Este ensayo teórico revisa evidencia procedente de guías clínicas, organismos oficiales, revisiones sistemáticas y literatura científica sobre depresión, estigma, vergüenza, anhedonia, rumiación y diagnóstico diferencial. Se sostiene que la utilidad del concepto no reside en ampliar artificialmente la nosología, sino en visibilizar una presentación que puede retrasar la detección, la solicitud de ayuda y la intervención profesional. La evaluación debe diferenciar depresión mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno adaptativo, depresión con predominio somático y espectro bipolar. La concreción práctica exige explorar la brecha entre rendimiento observable y vivencia subjetiva, preguntar por ideación suicida y ofrecer tratamientos basados en evidencia. Se concluye que la máscara funcional puede proteger socialmente a corto plazo, pero aumenta el riesgo clínico cuando mantiene el sufrimiento fuera del cuidado.

Palabras clave: depresión sonriente; depresión funcional; anhedonia; estigma; riesgo suicida.

Abstract

Smiling depression is not a formal diagnostic category, but a clinical and cultural formulation describing the discrepancy between internal depressive suffering and preserved outward functioning. This theoretical essay reviews evidence from clinical guidelines, official organizations, systematic reviews and scientific literature on depression, stigma, shame, anhedonia, rumination and differential diagnosis. The concept is useful not because it expands psychiatric nosology, but because it makes visible a presentation that can delay detection, help-seeking and professional intervention. Assessment should differentiate major depression, persistent depressive disorder, adjustment disorder, depression with predominant somatic expression and bipolar spectrum conditions. Practical translation requires examining the gap between observable performance and subjective experience, asking directly about suicidal ideation and offering evidence-based interventions. It is concluded that functional masking may provide short-term social protection, but increases clinical risk when it keeps suffering outside care.

Keywords: smiling depression; functional depression; anhedonia; stigma; suicide risk.

Introducción

La expresión depresión sonriente se ha consolidado en el lenguaje clínico-divulgativo para describir a personas que mantienen trabajo, responsabilidades, trato social y una imagen externa de normalidad mientras experimentan síntomas depresivos relevantes. El concepto no aparece como diagnóstico independiente en los sistemas clasificatorios vigentes. Su valor reside en señalar una forma de presentación: el malestar depresivo puede quedar oculto bajo rendimiento, cortesía, autocontrol o disponibilidad para otros. Se trata de una fachada que sostiene la vida cotidiana, pero que

puede impedir que el entorno, la persona y los profesionales detecten la gravedad del cuadro.

La relevancia del tema descansa en tres argumentos. Primero, la depresión es un trastorno frecuente y potencialmente grave. La Organización Mundial de la Salud estima que afecta al 5,7 % de los adultos, es más frecuente en mujeres y puede conducir al suicidio (World Health Organization [WHO], 2025). Segundo, los síntomas depresivos no siempre adoptan una forma visible de inhibición o abandono funcional; pueden organizarse alrededor de anhedonia, fatiga, irritabilidad, desesperanza, vergüenza y sobreesfuerzo compensatorio (National Institute of Mental Health [NIMH], 2024; WHO, 2025). Tercero, el estigma sigue dificultando la búsqueda de ayuda, como muestra la revisión sistemática de Clement et al. (2015). En este contexto, la depresión sonriente funciona como una lente. No crea una nueva enfermedad, pero permite observar mejor un sufrimiento que suele esconderse a plena luz.

El presente trabajo adopta un enfoque de ensayo teórico con revisión narrativa crítica. Se han priorizado guías clínicas, organismos oficiales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios ampliamente citados. Se diferencia entre evidencia fuerte, moderada y limitada, y se evita atribuir prevalencias específicas a la depresión sonriente al no existir una definición operativa universal ni una categoría diagnóstica estandarizada.

Objetivo general. Analizar críticamente el concepto de depresión sonriente como presentación funcional y enmascarada del sufrimiento depresivo, delimitando su utilidad clínica, sus límites diagnósticos y sus implicaciones prácticas.

Objetivos específicos.

1. Delimitar el concepto de depresión sonriente frente a los trastornos depresivos reconocidos.
2. Identificar factores psicológicos y sociales que favorecen el enmascaramiento del malestar.
3. Diferenciar esta presentación de cuadros próximos, especialmente trastorno depresivo persistente, trastorno adaptativo, depresión con síntomas somáticos y espectro bipolar.
4. Proponer orientaciones prácticas basadas en la literatura científica para detección, acompañamiento y derivación.

Desarrollo teórico

Conceptualización clínica y límites nosológicos

La depresión sonriente debe entenderse como una descripción fenomenológica, no como entidad diagnóstica. Puede coincidir con un episodio depresivo mayor, con síntomas depresivos subumbrales, con trastorno depresivo persistente, con un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o con fases depresivas de un trastorno bipolar. La diferencia central no es la etiología, sino la discrepancia entre el funcionamiento externo y la experiencia interna.

Esta delimitación evita dos errores. El primero consiste en negar el fenómeno porque no es una categoría DSM o CIE. El segundo consiste en convertir toda tristeza oculta

en un diagnóstico nuevo. La posición más prudente es intermedia: el término puede facilitar la comunicación con pacientes y familias, pero debe conducir a una evaluación clínica formal. En salud mental, los nombres populares pueden abrir la puerta; el diagnóstico riguroso decide el recorrido.

Tabla 1: Delimitación clínica de la depresión sonriente frente a cuadros próximos

Fenómeno o cuadro	Rasgo orientador	Diferencia relevante
Depresión sonriente	Apariencia funcional con sufrimiento depresivo oculto	No es diagnóstico formal; describe una presentación clínica y social.
Trastorno depresivo mayor	Ánimo deprimido o anhedonia con síntomas asociados durante al menos dos semanas	Puede estar presente aunque la persona conserve rendimiento parcial (WHO, 2025).
Trastorno depresivo persistente	Curso crónico y arrastrado con bajo ánimo prolongado	La depresión sonriente puede ser episódica o reactiva, y no depende de cronicidad.
Trastorno adaptativo	Inicio ligado a estresor identificable y malestar desproporcionado	La clave es la relación temporal con el estresor y la evolución contextual.
Espectro bipolar	Depresión alternada con manía o hipomanía	Requiere evaluación específica porque modifica el tratamiento (NIMH, 2024b).

Nota. Elaboración propia a partir de WHO (2025), NIMH (2024a, 2024b) y NICE (2022/2026).

Mecanismos psicológicos implicados

La literatura sobre depresión permite identificar procesos que ayudan a comprender por qué algunas personas deprimidas siguen funcionando de cara al exterior. La anhedonia constituye un núcleo central: no siempre desaparece la conducta, pero se erosiona el placer. La persona continúa trabajando, cuidando o respondiendo, aunque lo haga sin recompensa subjetiva. La vida sigue en marcha, pero el motor interno funciona sin aceite.

La vergüenza y el estigma favorecen el silenciamiento. Kim et al. (2011) hallaron, en una revisión metaanalítica, una relación significativa entre vergüenza y síntomas depresivos. Clement et al. (2015) mostraron que el estigma relacionado con la salud mental actúa como barrera para buscar ayuda. En presentaciones funcionales, la persona puede temer perder valor social, autoridad profesional o imagen de competencia. La sonrisa deja de ser solo gesto amable y se convierte en estrategia de ocultación.

La rumiación y el pensamiento autorreferencial negativo también resultan relevantes. La investigación en conectividad funcional ha vinculado la depresión con disfunciones en redes cerebrales de gran escala, incluida la red neuronal por defecto, relacionada con pensamiento autorreferencial y rumiación (Kaiser et al., 2015). Esta evidencia no permite diagnosticar depresión sonriente mediante biomarcadores individuales. Sí ayuda a entender por qué algunos pacientes quedan atrapados en circuitos de autocritica, anticipación negativa y revisión interminable de sí mismos.

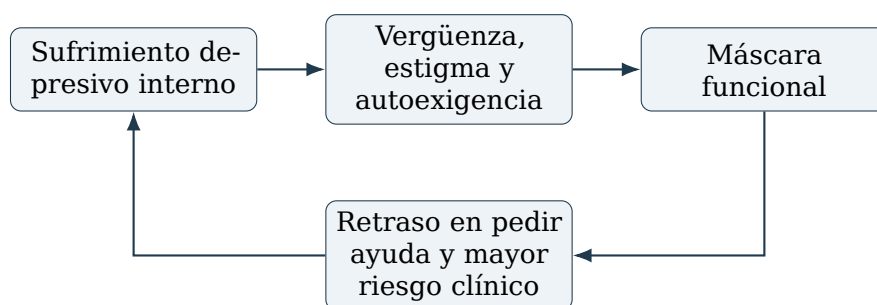


Figura 1: Modelo conceptual del enmascaramiento funcional del sufrimiento depresivo. Nota. Elaboración propia a partir de Clement et al. (2015), Kim et al. (2011) y WHO (2025).

Evidencia sobre evaluación y tratamiento

La evidencia fuerte no respalda un tratamiento específico para depresión sonriente como entidad separada, porque no existe tal entidad diagnóstica. Lo que sí existe es evidencia robusta para tratar la depresión, graduando la intervención según gravedad, riesgo, preferencias y disponibilidad. La OMS identifica como tratamientos psicológicos eficaces la activación conductual, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia de resolución de problemas (WHO, 2025). NICE recomienda un modelo escalonado de atención para adultos, con reconocimiento, evaluación, elección informada y manejo de recaídas (NICE, 2022/2026). En depresión moderada o grave, los tratamientos psicológicos pueden combinarse con medicación antidepresiva; en depresión leve, los antidepresivos no suelen ser primera opción (WHO, 2025).

En la depresión sonriente, el tratamiento debe atender dos planos. El primero es sintomático: reducir anhedonia, bajo ánimo, fatiga, rumiación, insomnio, desesperanza e ideación suicida cuando aparezca. El segundo es funcional y relacional: desmontar el mandato de aparentar, explorar la vergüenza, revisar la identificación entre valor personal y rendimiento, y aumentar la capacidad de pedir ayuda antes del colapso. La intervención no debe premiar la resistencia silenciosa. Debe devolver a la persona un lenguaje para nombrar lo que se había vuelto invisible.

Concreción práctica

La traslación práctica del marco teórico exige cambiar el foco de evaluación. No basta con preguntar si la persona trabaja, cuida o cumple. Debe explorarse cuánto coste subjetivo tiene mantener esa apariencia. Una pregunta clínicamente útil sería: qué parte de su vida está funcionando por fuera y qué parte se está apagando por dentro. Esta formulación permite acceder a la brecha entre rendimiento observable y experiencia vivida.

En el acompañamiento familiar y social, deben evitarse frases que minimizan el dolor porque la vida externa parezca ordenada. Expresiones como si todo va bien o no tienes motivos para estar así refuerzan la máscara. Resulta más útil reconocer la discrepancia: se puede ver que sigues funcionando, pero también que algo te está costando demasiado. Ante cualquier referencia a muerte, desaparición, inutilidad radical o alivio imaginado de los demás sin uno, debe priorizarse la seguridad. En España, ante riesgo inmediato, corresponde activar emergencias mediante el 112; la línea 024 ofrece atención a la conducta suicida.

Tabla 2: Orientaciones prácticas basadas en evidencia para detectar y acompañar

Área	Qué explorar	Acción recomendada
Anhedonia	Pérdida de interés o disfrute pese a conservar actividad	Preguntar por disfrute real, no solo por cumplimiento de tareas.
Rendimiento	Sobreesfuerzo, fatiga, piloto automático, errores o desconexión	Evaluar impacto funcional interno aunque no haya abandono externo.
Vergüenza y estigma	Miedo a ser visto como débil, carga o fracaso	Validar el sufrimiento sin discutirlo con argumentos de aparente normalidad.
Riesgo suicida	Ideas de muerte, desesperanza, planificación o conductas preparatorias	Preguntar de forma directa y activar recursos urgentes si hay peligro inmediato (WHO, 2025).
Diagnóstico diferencial	Historia de hipomanía, manía, consumo o estresores recientes	Diferenciar depresión unipolar, bipolaridad y trastorno adaptativo (NIMH, 2024b).
Tratamiento	Gravedad, preferencias, acceso y tratamientos previos	Ofrecer psicoterapia basada en evidencia y valorar medicación si procede (NICE, 2022/2026; WHO, 2025).

Nota. Elaboración propia a partir de WHO (2025), NICE (2022/2026) y NIMH (2024a, 2024b).

Discusión y conclusiones

La revisión permite sostener que el concepto de depresión sonriente es clínicamente útil si se utiliza con prudencia. Cumple el objetivo de hacer visible una presentación frecuente en la experiencia clínica, aunque insuficientemente delimitada en términos epidemiológicos. Su fuerza reside en nombrar una paradoja: la persona puede parecer adaptada mientras se encuentra psicológicamente erosionada. Su debilidad aparece cuando se usa como etiqueta diagnóstica autónoma o como fórmula divulgativa imprecisa.

Los objetivos específicos se consideran alcanzados. En primer lugar, se ha delimitado el concepto frente a diagnósticos reconocidos, subrayando que no sustituye la evaluación formal. En segundo lugar, se han identificado mecanismos de ocultación asociados a vergüenza, estigma, autoexigencia, anhedonia y rumiación. En tercer lugar, se ha resaltado la necesidad de diagnóstico diferencial, especialmente respecto al espectro bipolar, porque un error en esta frontera puede modificar de manera sustantiva la estrategia terapéutica. En cuarto lugar, se han propuesto pautas prácticas de detección, acompañamiento y derivación basadas en guías y organismos de referencia.

La conclusión central es clara. La depresión sonriente no debe convertirse en una nueva casilla diagnóstica, pero tampoco debe descartarse como simple moda lingüística. En su mejor uso, funciona como un indicador clínico de discordancia entre apariencia y sufrimiento. La máscara puede tener una utilidad adaptativa inicial: conserva vínculos, evita preguntas, permite sostener obligaciones. Sin embargo, cuando se cronifica, se convierte en una jaula amable. La persona no se derrumba, pero tampoco recibe ayuda. Por eso, el criterio clínico no debe ser cuánto sigue haciendo alguien, sino cuánto le cuesta seguir haciéndolo y qué queda de su vida interna mientras lo hace.

Limitaciones y prospectiva

La principal limitación del constructo es su ausencia de definición operativa. No existen prevalencias específicas fiables ni instrumentos validados para medir depresión sonriente como categoría independiente. Además, parte de la literatura disponible procede de usos divulgativos o clínico-descriptivos. La investigación futura debería estudiar presentaciones depresivas de alto funcionamiento, ocultación emocional, estigma internalizado y retraso en la búsqueda de ayuda mediante diseños longitudinales. También resultaría útil analizar perfiles profesionales y familiares donde la identidad de competencia favorece el silencio, así como intervenciones breves dirigidas a reducir vergüenza y aumentar solicitud temprana de ayuda.

Referencias

- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Kaiser, R. H., Andrews-Hanna, J. R., Wager, T. D., & Pizzagalli, D. A. (2015). Large-scale network dysfunction in major depressive disorder: A meta-analysis of resting-state functional connectivity. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 603-611. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0071>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- National Institute of Mental Health. (2024a). *Depression*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- National Institute of Mental Health. (2024b). *Bipolar disorder*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022/2026). *Depression in adults: Treatment and management* (NICE Guideline No. NG222). Publicada en 2022 y revisada en 2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- World Health Organization. (2025). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>