



## Original

# El trastorno somatotímico: abordaje del trastorno depresivo en las enfermedades crónicas

## *Somatotymic disorder: approach to depressive disorder in chronic diseases*

**José Luis Faccioli**

Médico especialista en psiquiatría, jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**Adriana Álvarez**, Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**Gabriel Micali**, Médico, Abbott Laboratories Argentina, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**María Noelia Vivacqua**, Médica especialista en psiquiatría. Área de investigación en Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**María Florencia Grande Ratti**, Médica especialista en medicina familiar. Área de investigación en medicina interna, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

**Paola Koslowski**, Médica, Abbott Laboratories Argentina, Ciudad de Buenos Aires, Argentina


**Sebastián Malleza**, Médico especialista en psiquiatría. Área de investigación en Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

### Acceda a este artículo en siicsalud

<https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/175585>

Recepción: 21/05/2025 - Aprobación: 17/09/2025  
 Primera edición, [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 28/10/2025

Enviar correspondencia a: José Luis Faccioli, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
[jose.faccioli@hospitalitaliano.org.ar](mailto:jose.faccioli@hospitalitaliano.org.ar)

 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores

 <https://dx.doi.org/10.21840/siic/175585>



### Abstract

**Introduction:** Depression in patients with chronic diseases such as type 2 diabetes mellitus (DBT2) often presents with clinical features that do not align with the diagnostic criteria of the DSM-5, contributing to underdiagnosis and poorer clinical outcomes. This study proposes a new clinical entity, somatotymic disorder (STD), to describe this psychopathological profile. **Materials and methods:** A cross-sectional observational study was conducted using secondary data from 2 previous investigations (one unicentric and the other multicentric in Argentina), including a sample of 74 DBT2 patients with depressive symptoms. Validated clinical scales (MINI, Beck, Hamilton, TAS-26) and semi-structured clinical interviews were used. Patients were grouped into major depressive disorder (MDD) and subthreshold depression for comparison. **Results:** 62.16% of patients did not meet criteria for MDD. These individuals showed significantly lower scores on the Beck and Hamilton scales and higher scores on alexithymia ( $p < 0.01$ ). The subthreshold group exhibited attenuated and overlapping symptoms, such as irritability, insomnia, reduced energy, limited emotional expression, and difficulty identifying and verbalizing emotions. **Discussion:** Based on these findings, the STD is proposed as a clinical construct that characterizes subsyndromal depressive presentations in DBT2 patients. Although this entity is not included in current diagnostic classifications, its conceptualization could open new avenues for clinical and psychopathological research to understand these cases better. **Conclusions:** Recognition of STD may contribute to the development of a more integrative psychosomatic approach focused on the detection and management of emotional symptoms in patients with chronic medical conditions.

### Resumen

**Introducción:** En pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2 (DBT2), la depresión tiene características clínicas que muchas veces no se ajustan a los criterios diagnósticos del DSM-5, lo que contribuye a su subdiagnóstico y a una evolución desfavorable. Este trabajo propone una nueva enfermedad clínica, el trastorno somatotímico (TST), para describir este perfil psicopatológico. **Materiales y métodos:** Estudio transversal y de observación, basado en datos secundarios de 2 investigaciones previas (una realizada en un único centro y otra, multicéntrica, efectuada en la Argentina), con una muestra de 74 pacientes con DBT2 y síntomas depresivos. Se utilizaron escalas clínicas validadas (MINI, Beck, Hamilton, TAS-26) y entrevistas semiestructuradas. Se analizaron las diferencias entre los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) y aquellos con depresión menor. **Resultados:** El 62.16% de los pacientes no cumplió con los criterios diagnósticos para TDM. Este grupo presentó puntajes significativamente menores en las escalas de Beck y Hamilton y puntajes más altos en alexitimia ( $p < 0.01$ ). El grupo con depresión menor mostró síntomas atenuados y solapados, como irritabilidad, insomnio, disminución de la energía, menor expresión emocional y dificultades en la identificación y la verbalización de los sentimientos. **Discusión:** A partir de los hallazgos, se propone al TST como un constructo clínico que describe cuadros depresivos subumbrales en pacientes con DBT2. Aunque esta enfermedad no se incluye en las clasificaciones actuales, su conceptualización podría abrir nuevas líneas de investigación clínica y psicopatológica para una mejor comprensión de estos síntomas. **Conclusiones:** El reconocimiento del TST permitiría avanzar hacia un enfoque psicopatológico más integrador, orientado a la detección y el tratamiento de los síntomas emocionales de los pacientes con enfermedades crónicas.

## Introducción

La medicina actual y la organización de los sistemas de salud han logrado importantes avances en el tratamiento de las enfermedades somáticas; sin embargo, con frecuencia se descuidan sus consecuencias psíquicas. Una perspectiva integral requiere considerar al ser humano como un todo, para atender tanto a sus síntomas somáticos como a los aspectos psicosociales, en las dimensiones preventiva, diagnóstica y terapéutica.

La depresión afecta a los pacientes que tienen enfermedades crónicas, generando trastornos en el estado de ánimo.<sup>1-4</sup> Mientras que en una población sin enfermedad somática crónica (por ejemplo, trastornos cardiovasculares, accidente cerebrovascular), la depresión se presenta en el 4% a 7%<sup>5</sup> de los casos, en los pacientes con diabetes mellitus (DMT) su prevalencia alcanza un 30%,<sup>6-8</sup> especialmente cuando se siguen criterios diagnósticos consensuados, como la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).<sup>9</sup>

La bibliografía científica actual señala que los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, la escasa adhesión al tratamiento y el consiguiente aumento de la morbimortalidad, son responsables de gran parte de los problemas asociados con las enfermedades crónicas.<sup>10-11</sup> Por ello, la detección de la depresión influye en la evolución y el pronóstico de la enfermedad clínica.

Sin embargo, se ha informado que la detección de un trastorno psicológico comórbido aún es limitada.<sup>12</sup> Este subdiagnóstico trae aparejado un tratamiento insuficiente o inexistente, lo que provoca que la alteración psicológica perjudique la evolución de la enfermedad somática; esto, a su vez, lleva al empeoramiento del estado psíquico, generando, así, un círculo vicioso. Uno de los motivos del subdiagnóstico parece radicar en las características clínicas propias del tipo de depresión que estos pacientes presentan, que no parece encuadrarse en los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en las nomenclaturas actuales, como el DSM-5.<sup>9</sup> Esto sugiere que existe un trastorno aún no caracterizado, con criterios diagnósticos y fisiopatológicos y características propias que lo diferencian de otros trastornos depresivos.

Esta hipótesis surge de 2 estudios que forman parte de la línea de investigación del autor principal, en los que se analizó la prevalencia de depresión en pacientes con DMT mediante escalas específicas.<sup>13,14</sup> En estos trabajos se observó que algunos pacientes no cumplían con los criterios diagnósticos de los manuales de referencia, por lo que se clasificaron como casos de depresión menor (una categoría no reconocida formalmente).

El objetivo del presente trabajo fue describir la presentación clínica de un grupo de pacientes con DMT y síntomas depresivos que no cumplieron con los criterios de depresión descritos en el DSM-5 como criterio de referencia.

## Materiales y métodos

### Diseño y ámbito

Se llevó a cabo un estudio transversal, de observación y exploratorio. Para este fin, se usaron datos secundarios provenientes de dos estudios previos: el primero, realizado en único centro y restringido al Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos

Aires, Argentina;<sup>13</sup> el segundo, una investigación multicéntrica efectuada en la Argentina, en la que participaron las ciudades de Buenos Aires, Córdoba, Salta, Río Gallegos, Mar del Plata, Bahía Blanca, Balcarce y Chacabuco.<sup>14</sup>

### Población

La población estuvo conformada por adultos mayores de 18 años, con diagnóstico de DMT2 de más de un año, sin otra enfermedad somática crónica que requiriera intervención farmacológica crónica, que presentaban síntomas depresivos.

Fueron excluidos los pacientes que se negaron a dar el consentimiento informado; los que presentaban trastornos del habla, del contenido del pensamiento o del lenguaje, que les impidieran la participación; los que en el último mes padecieron estresores que provocaron un trastorno adaptativo según el criterio diagnóstico del DSM-5; los que presentaban otras enfermedades psiquiátricas, como adicciones o trastornos graves de la personalidad, que hubieran interferido con el diagnóstico o el pronóstico del trastorno depresivo.

### Recolección de datos e instrumentos

La evaluación de cada paciente incluido en los proyectos originales (cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de depresión en personas con DMT) se realizó de manera prospectiva, lo que permitió la aplicación de las siguientes escalas clínicas: la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI),<sup>15</sup> el *Beck Depression Inventory* (BDI),<sup>16</sup> la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D 17),<sup>17</sup> la *Toronto Alexithymia Scale* de 26 ítems (TAS-26)<sup>18</sup> y el diagnóstico clínico psiquiátrico según el DSM-5.<sup>9</sup>

Adicionalmente, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con un especialista en salud mental. De forma paralela, estas entrevistas fueron registradas en diarios de campo. Esta herramienta le permite al investigador registrar sistemáticamente sus observaciones, reflexiones, percepciones y decisiones durante el trabajo de campo, lo que enriquece la comprensión del fenómeno y aporta profundidad analítica a partir de una mirada más reflexiva.<sup>19</sup> Esta información se reutilizó para este trabajo.

### Análisis

Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a los participantes. Las variables numéricas se describen como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según la distribución observada. Las variables categóricas se informan como frecuencia absoluta y porcentaje, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

La muestra se dividió en dos grupos: DMT y depresión menor, lo que permitió comparar las medias con el uso de la prueba de la *t*. Un valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo. El análisis se realizó con el *software* STATA 13 (StataCorp, Texas, EE. UU.).

Adicionalmente, se efectuó una interpretación narrativa de los hallazgos obtenidos a partir de entrevistas clínicas mediante un proceso de triangulación de datos, que permitió identificar patrones de comportamiento clínicamente relevantes en los sujetos evaluados.

### Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo en total acuerdo con la normativa nacional e internacional vigente: la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus enmiendas y las normas de buenas prácticas clínica ICH E6. Todos los datos se trataron con máxima confidencialidad, con acceso restringido al personal autorizado a los fines del estudio de acuerdo con la normativa legal vigente (Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326/2000, Ley de Hábeas Data, y la Ley 26.529/2009).

### Resultados

#### Descripción de las características basales de los pacientes

Se incluyeron 74 pacientes con DBT y síntomas de depresión, independientemente de que cumplieran o no con los criterios diagnósticos de depresión mayor (Figura 1).

En cuanto a las características de la población incluida, la MINI resultó negativa en la mayoría de los pacientes (62.16%), la HAM-D 17 tuvo una media de 15 (DE: 6.04), el BDI registró una media de 13 (DE: 5.52) y la TSA-26 obtuvo una mediana de 28 (RIC: 54-62).

Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: TDM (según la definición del DSM-IV) y depresión menor (26.28%, IC 95%: 19.93-33.46). La Tabla 1 explora la comparación de estos subgrupos. Las tres escalas empleadas (HAM-D 17, BDI y TSA-26) resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ). La escala HAM-D 17 y el BDI arrojaron un puntaje menor en pacientes con depresión menor, mientras que la TSA-26 mostró un puntaje mayor.

#### Descripción exhaustiva de la semiología

A partir del análisis de las entrevistas, las características clínicas predominantes en los pacientes con depresión menor ( $n = 46$ ) se identificaron y organizaron en los siguientes dominios psicopatológicos:

**Estado de ánimo depresivo.** Los pacientes no presentan alteraciones evidentes en el estado de ánimo. No suelen manifestar depresión con la expresión facial, la mímica, la postura o la tendencia al llanto. Las sensaciones depresivas solo se describen al ser interrogados y, con frecuencia, esta sensación de angustia no se adjudica al ánimo depresivo, sino a la enfermedad clínica que los afecta (en este caso, DBT). Son sujetos que no padecen una pérdida total del placer (anhedonia), pero tampoco disfrutaban tanto de las cosas como solían hacerlo. En general, manifiestan pérdida de la confianza y la seguridad, lo que entorpece la toma de decisiones. También, señalan dificultades para describir

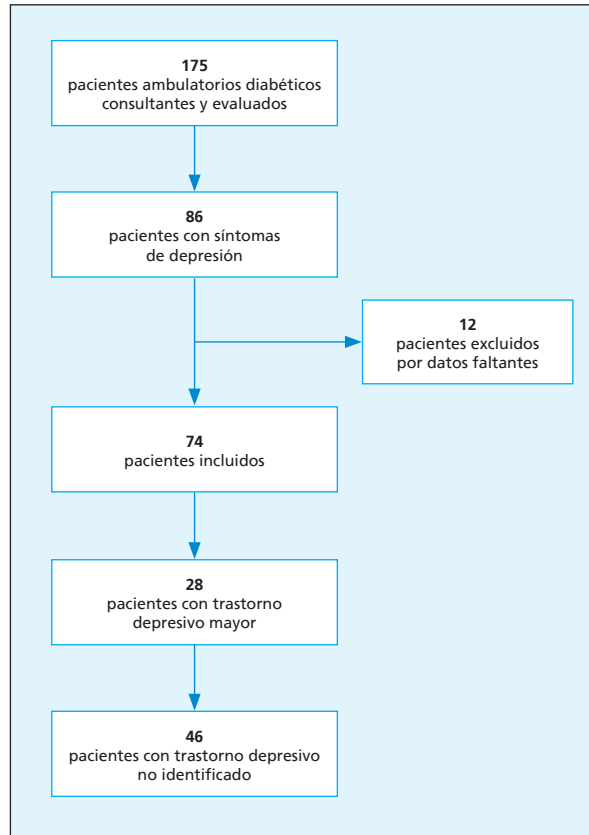


Figura 1. Flujograma de la población del estudio.

sus sentimientos, no encuentran las palabras correctas que expresan su malestar ni pueden diferenciar las sensaciones de tristeza, enojo o angustia. Esta dificultad para expresar los sentimientos, sumada a que los síntomas depresivos por lo general están solapados, hacen que sea indispensable que el personal de salud tratante busque los síntomas para llegar a un diagnóstico correcto. El estado de irritabilidad, preocupación y malestar, más allá de otras alteraciones ligadas a las funciones cognitivas de atención o concentración, también son aspectos funcionales presentes que comparten tanto los cuadros depresivos como los estados de ansiedad. Esto parece explicar el subdiagnóstico, dado de que muchas de las molestias del paciente se solapan y el médico las interpreta como expresiones de una ansiedad somática, más que de un estado de depresión.

**Sensación de culpabilidad.** Por lo general, los pacientes presentan un sentimiento de culpa, con meditación y arrepentimiento sobre errores o malas acciones del pasado. No suelen presentar ideación suicida

Tabla 1. Comparación entre los pacientes con trastorno depresivo mayor y con depresión menor.

	Trastorno depresivo mayor n = 28	Depresión menor n = 46	Valor de p**
MINI con resultado negativo	0% (0)	100% (46)	N/A
HAM-D 17*	21.64 (DE: 3.68)	11.04 (DE: 2.76)	< 0.01
BDI*	19.60 (DE: 3.44)	10.30 (DE: 2.97)	< 0.01
TAS-26*	53.64 (DE: 4.21)	59.58 (DE: 5.83)	< 0.01

\* Media (DE); \*\*Prueba de la t.

BDI, Beck Depression Inventory; DE, desviación estándar; HAM-D 17, Hamilton Depression Rating Scale; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; TAS-26, Toronto Alexithymia Scale de 26 ítems.

franca, pero es frecuente el sentimiento de que no vale la pena vivir la vida, con pensamientos o deseos de muerte que se traducen en un escaso cuidado personal en la imagen y las medidas de autocuidado, motivo por el cual es difícil una adhesión adecuada a los controles de salud, las indicaciones en la dieta y el ejercicio y otras medidas terapéuticas. Cabe destacar que, a diferencia de los cuadros depresivos graves, las ideas autolíticas son infrecuentes.

*Insomnio precoz, medio y tardío.* El insomnio es un síntoma muy frecuente: los pacientes presentan dificultades para conciliar el sueño, manifiestan inquietud y mal dormir durante la noche, además de despertares a primeras horas de la madrugada sin poder volver a conciliar el sueño. Este síntoma incrementa el estrés crónico que estos pacientes tienen. En los pacientes somáticos que presentan DBT, el área más afectada del funcionamiento cotidiano es el sueño, especialmente en la fase media, y recién, luego, en fase tardía e insomnio de conciliación.

*Problemas en el trabajo y las actividades recreativas.* Los pacientes suelen presentar pensamientos y sensaciones de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades laborales o pasatiempos, lo que disminuye el interés y la productividad en el trabajo y las actividades recreativas.

*Inhibición.* Los pacientes presentan menos energía de la que solían tener; por ende, se sienten más cansados o fatigados que lo habitual. En algunos casos, puede verificarse un ligero retraso en el diálogo.

*Ansiedad psíquica.* Con frecuencia, presentan síntomas de ansiedad comórbida, lo que provoca una sensación subjetiva de tensión e irritabilidad, con preocupación excesiva por pequeñas cosas.

*Ansiedad somática.* Es frecuente la presencia de síntomas somáticos concomitantes con la ansiedad, como alteraciones gastrointestinales, cefaleas, contracciones musculares, etcétera.

*Síntomas sexuales.* Los pacientes suelen padecer falta de deseo con pérdida de la libido, que se suma a las alteraciones fisiopatológicas de la propia enfermedad, lo que da lugar a síntomas de impotencia, con su correlato tanto físico como psíquico.

*Alexitimia.* A menudo, los pacientes confunden las emociones que sienten, tienen dificultad para encontrar las palabras correctas que expresen sus sentimientos.<sup>18</sup> Suelen analizar profundamente sus problemas, dudas y afecciones, pero tienen gran dificultad para describirlos. En su malestar, les cuesta definir y diferenciar la tristeza del miedo o el enojo. No suelen estar en contacto con sus emociones y les es difícil expresar los sentimientos a otras personas. No suelen revelar sus sentimientos más profundos, incluso a sus vínculos más íntimos.

## Discusión

Este estudio de carácter exploratorio busca contribuir al debate clínico actual en torno a la insuficiencia de los criterios diagnósticos tradicionales, como los establecidos por el DSM-5, para captar adecuadamente las manifestaciones depresivas en el contexto de las enfermedades crónicas, como la DBT.

El hallazgo principal fue que una proporción significativa de pacientes con DBT y síntomas depresivos no cumplen con los criterios diagnósticos establecidos

para el TDM según el DSM-5. En estos casos, se observaron manifestaciones clínicas atenuadas o solapadas, que no alcanzan el umbral diagnóstico, pero que afectan funcionalmente a los pacientes. Un elemento distintivo en este subgrupo fue la presencia significativa de alexitimia, que parece condicionar la expresión emocional y la forma en que los síntomas depresivos se manifiestan; esto dificulta su detección mediante instrumentos que utilizan los informes de los pacientes o entrevistas clínicas tradicionales.

A partir del análisis de pacientes que presentaban sintomatología depresiva menor, no encuadrada en los criterios diagnósticos del DSM-5, se propuso un constructo diagnóstico nuevo, el trastorno somato-tímico (TST). Este concepto surge como una categoría descriptiva posible, útil para determinar este perfil clínico específico. Este constructo se definió empíricamente según los siguientes criterios combinados de los resultados negativos obtenidos en la MINI para TDM; un puntaje bajo, de hasta 18 puntos, en la percepción del síntoma en el BDI; un puntaje alto, mayor de 61 puntos, en alexitimia, y un puntaje medio, de 8 a 13 puntos, en la HAM-D 17.

Se enumeran algunas diferencias observadas entre los casos identificados como TST y los criterios diagnósticos clásicos del TDM, según el DSM-5:

- Los pacientes no presentan ánimo depresivo durante la mayor parte del día; no lo indica el propio paciente y tampoco otras personas lo observan.
- Los pacientes no presentan una disminución acusada del interés ni del placer.
- Los pacientes no tienen pérdida importante de peso sin hacer régimen.
- Los pacientes presentan insomnio.
- Los pacientes no presentan agitación.
- Es posible que los pacientes presenten fatiga o pérdida de la energía.
- Los pacientes no tienen sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados.
- Es posible que los pacientes muestren una disminución en la capacidad de pensar o concentrarse.
- Los pacientes no presentan ideación suicida recurrente.

Por último, se aclaran algunas diferencias entre el TST y otros trastornos: la diferencia principal entre el TST y el TDM es que, para este último, se detectan síntomas de estado de ánimo depresivo o pérdida marcada de interés, que los pacientes con TST no suelen presentar.

- El TST se diferencia del episodio mixto en que estos pacientes no cumplen los criterios para un episodio maniaco o para un episodio depresivo mayor.
- El TST se diferencia del trastorno distímico en que estos pacientes no presentan un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el paciente u observado por otras personas durante al menos 2 años.
- El TST se diferencia del trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad clínica en que no hay pruebas del laboratorio, de la historia clínica o de la exploración física que señalen que la alteración depresiva es una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad clínica.
- El TST se diferencia del trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias en que estos pacientes no consumen sustancias que expliquen el estado depresivo.

## Fortalezas, limitaciones y líneas futuras

El presente estudio propone una innovación conceptual con una fundamentación clínica basada en una muestra empírica. Además, propone una perspectiva integradora psicosomática, poco abordada en la bibliografía.

El estudio tuvo un diseño descriptivo, de corte transversal y con un número limitado de casos, lo que impide establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas. Dado que se trata de una fase inicial en el desarrollo de un constructo diagnóstico en psiquiatría (TST), es pertinente avanzar hacia una evaluación de la validez del constructo, que utilice herramientas, como el análisis factorial exploratorio, capaces de identificar dimensiones latentes y relaciones estructurales entre los síntomas. También parece importante realizar un análisis de confiabilidad, para medir el constructo en distintas situaciones, momentos o evaluadores.

Asimismo, parece metodológicamente valioso ampliar el enfoque cualitativo mediante una sistematización rigurosa de categorías emergentes a partir de entrevistas clínicas, utilizando técnicas como la codi-

ficación temática. Además, la inclusión de un grupo control sin diagnóstico de DBT permitiría explorar la especificidad clínica del TST como enfermedad nosológica relacionada con la condición clínica.

Finalmente, es necesario incorporar indicadores objetivos de adhesión al tratamiento y de calidad de vida como variables dependientes, lo que permitirá examinar la utilidad clínica y funcional del constructo propuesto en contextos reales de atención de la salud.

## Conclusiones

El presente trabajo propone la existencia de una enfermedad clínica diferenciada en pacientes con enfermedades crónicas, como la DBT, que no cumplen con los criterios diagnósticos de TDM, pero presentan un conjunto homogéneo de síntomas emocionales, somáticos y conductuales, como irritabilidad, insomnio, disminución de la energía, escasa expresión emocional y dificultades para identificar y verbalizar sus sentimientos. La conceptualización del TST permitirá avanzar hacia una perspectiva psicosomática más integradora y sensible a estas presentaciones clínicas.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2025  
www.siicsalud.com

*Los autores no manifiestan conflictos de interés.*

## Bibliografía

1. Katon W, Lin EHB, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, y col. Integrating depression and chronic disease care among patients with diabetes and/or coronary heart disease: the design of the TEAM care study. *Contemp Clin Trials* 31(4):312-322, 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2010.03.009>.
2. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ* 322(7283):419-421, 2001. <https://www.bmj.com/content/322/7283/419>
3. Bisschop MI, Kriegsman DMW, Beekman ATF, Deeg DJH. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med* 59(4):721-733, 2004. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953603006464>
4. Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, y col. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine* 363:2611-2620, 2010. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1003955>.
5. Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. License: CCBY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
6. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31(12):2383-2390, 2008. <http://dx.doi.org/10.2337/dc08-0985>.
7. Alvarez A, Faccioli J, Guinzbourg M, Castex MM, Bayón C, Mason W, y col. Endocrine and inflammatory profiles in type 2 diabetic patients with and without major depressive disorder. *BMC Res Notes* 6:61, 2013. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-61>.
8. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 52(6):911-919, 2001. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600001921?via%3Dihub>

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Fanelli G, Raschi E, Hafez G, Matura S, Schiweck C, Poluzzi E, y col. The interface of depression and diabetes: treatment considerations. *Transl Psychiatry* 15(1):22, 2025.
11. Gan Q, Yu R, Lian Z, Yuan Y, Li Y, Zheng L. Unraveling the link between hypertension and depression in older adults: a meta-analysis. *Front Public Health* 11:1302341, 2023.
12. Nuyen J, Volkens AC, Verhaak PFM, Schellevis FG, Groenewegen PP, Van den Bos GAM. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med* 35(8):1185-1195, 2005.
13. Faccioli J, Guinzbourg M, Álvarez A, Finkelsztejn C, Job A, Litwak L. Diabetes, alexitimia y depresión. *Vertex* 23(106):433, 2012.
14. Faccioli J, Álvarez A, Primerano R, Braude M, y col. Prevalencia de depresión y factores asociados en personas con diabetes mellitus tipo II: estudio multicéntrico. XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), 2013.
15. Ferrando L. Versión española del MINI-INI. *European Psychiatry* 13(Supplement 4):198s-199s, 1998.
16. Conde V. Inventario de Depresión de Beck. *Rev Psicol Med Eur Am Lat* 12:153-167, 1974.
17. Ramos Brieva JA. Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 14(4):324-334, 1986.
18. Martínez-Sánchez F. La escala de alexitimia de Toronto. *Clínica y Salud* 17:19-32, 1994.
19. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987.

**Información relevante**

## El trastorno somatotímico: abordaje del trastorno depresivo en las enfermedades crónicas

### Respecto del autor



**José Luis Faccioli.** Médico especialista en psiquiatría. Diplomado en Psiquiatría General, Universidad de París, París, Francia. Docente autorizado, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Maestría en Psiconeurofarmacología, Universidad Favaloro y Doctor en Ciencias de la Salud, Universidad del Hospital Italiano de Buenos Aires. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Director de la carrera de Especialista en Psiquiatría, Universidad del Hospital Italiano de Buenos Aires.

### Respecto del artículo

En pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2 (DBT2), la depresión adquiere características clínicas que muchas veces no se ajustan a los criterios diagnósticos del DSM-5, lo que contribuye al subdiagnóstico y evolución desfavorable. El presente trabajo describe el trastorno somatotímico (TST) para proponer categorizarlo como nueva enfermedad clínica dotada de perfil psicopatológico específico.

### El autor pregunta

En el abordaje de la relación entre la depresión y las enfermedades crónicas, especialmente la diabetes, se destaca una posible nueva patología clínica: el trastorno somatotímico. Esta condición, frecuentemente no diagnosticada, presenta síntomas atípicos que afectan tanto el bienestar físico como psicológico de los pacientes, lo que requiere una mayor atención en su detección.

¿Cuál es la principal característica del trastorno somatotímico en pacientes con diabetes?

- A) Los síntomas depresivos clásicos del DSM-5.
- B) El agotamiento físico y la alexitimia.
- C) No hay presencia de síntomas físicos.
- D) Solo afecta la salud mental.
- E) Se logra la mejoría sin tratamiento.

Corrobore su respuesta: <https://www.siicsalud.com/dato/evaluacioneshtm.php/175585>

### Palabras clave

depresión, diabetes tipo 2, enfermedades crónicas, subdiagnóstico, trastorno depresivo mayor, trastorno somatotímico

### *Keywords*

*depression, diabetes type 2, chronic disease, subdiagnosis, major depressive disorder, somato-thymic disorder*

### Lista de abreviaturas y siglas

DBT, diabetes mellitus; DBT2, diabetes mellitus tipo 2; DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - quinta versión; TST, trastorno somatotímico

### Cómo citar

Faccioli JL, Álvarez A, Micali G, Vivacqua MN, Grande Ratti MF, Koslowski P, Malleza S. El trastorno somatotímico: abordaje del trastorno depresivo en las enfermedades crónicas. Salud i Ciencia 26(7):289-94, May-Jun 2025.

### *How to cite*

*Faccioli JL, Álvarez A, Micali G, Vivacqua N, Grande Ratti MF, Koslowski P, Malleza S. Somatotypic disorder: approach to depressive disorder in chronic diseases. Salud i Ciencia 26(7):289-94, May-Jun 2025*

### Orientación

Clínica, Diagnóstico

### Conexiones temáticas

