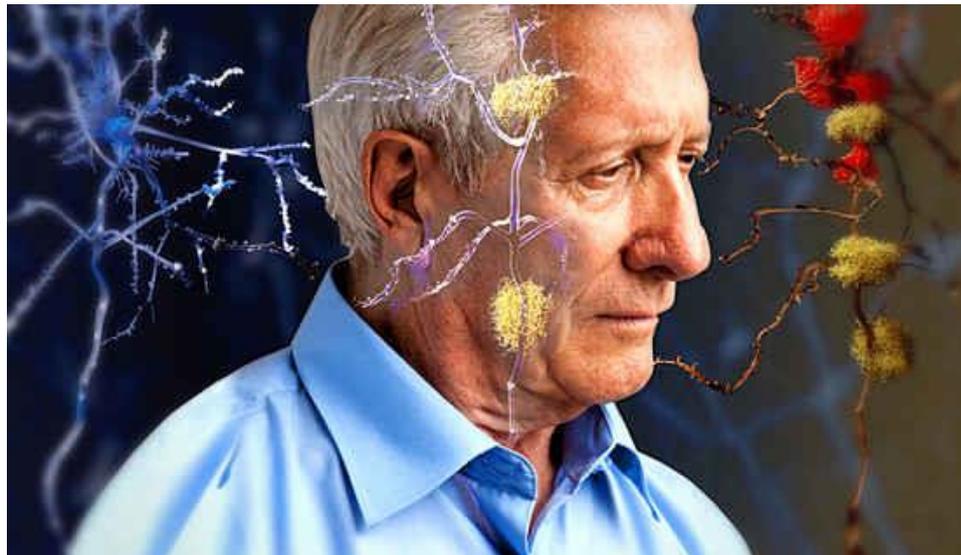




ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

MANUAL DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR



ICEPH



DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR

- **Definición y concepto**

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más prevalentes en la actualidad. Éste se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza y estado de ánimo bajo, disminución de la autoestima, pérdida de placer por aquello que anteriormente provocaba satisfacción, trastornos del apetito y/o del sueño y sensación de fatiga habitual. Además de estos síntomas, la depresión genera habitualmente apatía y dificultad para tomar decisiones.

Esta sintomatología se mantiene, por lo menos, durante dos meses y produce un malestar significativo que altera el nivel de funcionalidad.

Se puede desarrollar a lo largo de cualquier etapa vital. Si bien es cierto que, debido a algunos factores característicos del envejecimiento, el adulto mayor puede padecer este trastorno con cierta probabilidad. La depresión en el adulto mayor destaca principalmente por la presencia de tristeza, anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y síntomas psicósomáticos, es decir, síntomas físicos producidos por procesos emocionales, tales como fatiga crónica o dolor de cabeza

La llamada depresión vascular es un tema controvertido; aparece por lesiones vasculares cerebrales. Su clínica de presentación puede ser diferente, con un enlentecimiento en las funciones motoras y una disminución de interés por las actividades, alteración de la fluencia verbal, menor capacidad ejecutiva con alteración en la capacidad de iniciación, no se suele asociar a síntomas psicóticos, tiene menor agregación familiar y más anhedonia y un mayor grado de alteración funcional comparada con la depresión no vascular.



Formas clínicas de la depresión en el anciano

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes. Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor músculo-esquelético difuso, cefalea, parestesias..., por lo que el examen ha de ser cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud).

Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debido quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad, al menos en parte. Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- **Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.**
- **Escasa expresividad de la tristeza.**
- **Tendencia al retraimiento y aislamiento.**
- **Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.**
- **Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.**
- **Expresión en formas de quejas somáticas.**
- **Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.**
- **Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.**
- **Presencia de comorbilidad. Pluripatología.**
- **Enfermedad cerebrovascular frecuente.**
- **Presencia de polifarmacia.**



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

La privación neurosensorial frecuente en la senectud puede predisponer a la depresión.

Se describe un gran listado farmacológico causante de síntomas y signos depresivos, mostrándose algunos en la tabla 1.

Tabla 1: Fármacos asociados con depresión	
– Digoxina.	– Carbamacepina.
– Tiacidas.	– Fenitoína.
– Propanolol.	– Penicilina G y Ampicilina.
– Amantadina.	– Antituberculostáticos.
– Sulfamidas.	– Bromocriptina.
– Metoclopramida.	– Levodopa.
– Hormonas anabolizantes.	– Haloperidol
– Ranitidina.	– Benzodiazepinas.
– Barbitúricos	– Antineoplásicos.

Muchas son también las enfermedades asociadas a la depresión, se muestran algunas en la tabla 2.

Tabla 2: Enfermedades asociadas a la depresión	
– Deshidratación.	– Insuficiencia cardiaca.
– Hipo e hipernatremia.	– Infarto de miocardio.
– Hipo e hiperglucemia.	– Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
– Hipo e hipercalcemia.	– Colon irritable.
– Diabetes mellitus	– Artritis degenerativa.
– Hipo e hipertiroidismo.	– Incontinencia urinaria
– Enfermedad de Addison.	– Enfermedad de Paget.
– Déficit vitamínicos.	– Demencia
– Tumores.	– Infartos cerebrales.
– Infecciones.	– Enfermedad de Parkinson

Mención especial requieren la demencia asociada a enfermedad de Alzheimer y la denominada depresión vascular. La depresión vascular, asociada a accidentes isquémicos cerebrales, requiere inexcusablemente para su diagnóstico el evidenciar clínicamente enfermedad vascular o factores de riesgo cardiovascular,



detectar lesiones isquémicas por neuroimagen, el inicio de la depresión en una edad tardía o presentar concomitantemente (o con clara relación causa-efecto) un agravamiento de un trastorno depresivo ya diagnosticado. La presentación clínica puede ser diferente: enlentecimiento psicomotor, ideación depresiva, baja conciencia de enfermedad, ausencia de historia familiar de trastornos depresivos, minusvalía física, asociación con deterioro cognitivo (disminución de la fluencia verbal, alteración en la nominación, menor iniciativa y perseveración), disminución de interés por las actividades, mayor anhedonia, riesgo aumentado de desarrollar síndrome confusional agudo. La comorbilidad más alta la presentan los infartos corticales y lacunares, siendo más baja en la enfermedad de Binswanger. Este concepto de depresión vascular, pese a lo anteriormente indicado, presenta actualmente marcada controversia, con estudios a favor y en contra, tanto en cuanto a su etiología como a su nosología.

Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia. Secundariamente a un deterioro subjetivo de memoria, los estigmas depresivos, provocados por la propia conciencia de enfermedad, pueden aparecer inicialmente como la única clínica destacable. Por otra parte, está bien demostrado que la depresión es un factor de riesgo para padecer enfermedad de Alzheimer a los cinco años. Se puede caracterizar por los siguientes síntomas: ánimo deprimido, anhedonia, aislamiento social, disminución del apetito, insomnio, alteración psicomotora, fatiga o falta de energía, sentimiento de inutilidad y pueden estar presentes ideas de suicidio. La frecuencia de la depresión aumenta en relación a la severidad de la demencia, comenzando entonces a disminuir en la progresión de la enfermedad. Es importante destacar, asimismo, que la depresión complica el curso de la demencia por aumentar la incapacidad, la agresividad, el estrés y depresión del cuidador. En pacientes con demencia, la depresión no tratada determina un aumento de la mortalidad de la enfermedad, lo que adquiere vital importancia, dado que en la práctica clínica habitual existe una gran dificultad para su detección en este tipo de pacientes (por la pérdida de facultades, por la confusión ante la similitud de síntomas afectivos y cognitivos o por la propia presentación larvada). A pesar de esto, algunos signos



nos podrían ayudar a detectar la depresión en pacientes con demencia, como se muestran en la tabla 3.

Tabla 3: Signos para detectar depresión en pacientes con demencia	
Apariencia triste.	Baja reactividad ambiental.
Agitación diurna.	Ansiedad afectiva (llanto...).
Lentitud del lenguaje.	Demanda excesiva de atención.
Retraso psicomotor.	Autoagresiones.
Pérdida de apetito.	Gritos con contenido depresivo.
Despertar temprano.	Variación diurna del humor-

El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en los países desarrollados, incrementándose con la edad, sobre todo a partir de los 65 años, duplicándose la tasa de suicidio en este grupo de edad. Es característico que la tasa de suicidios es mayor en el varón que en la mujer, teniendo esta última mayor tasa de intentos autolíticos, lo que no parece cumplirse con tanta claridad en el varón. El anciano depresivo con ideas suicidas es menos predecible y, por lo tanto, más difícil de prevenir. Los métodos violentos de suicidio son los más frecuentes en la senectud. Son factores de riesgo de suicidio identificados en el anciano:

- Síntomas depresivos: altos niveles de desesperanza.
- Déficit visual.
- Peor autopercepción de su estado de salud.
- Mala calidad de sueño.
- Limitación funcional.
- Soledad y carencia de apoyo social.
- Sexo varón, raza blanca. Viudedad.
- Enfermedades neurológicas incapacitantes.
- Enfermedades oncológicas.
- Intentos de suicidios previos.

Factor psicológico como causa de la depresión en mayores

Durante el envejecimiento pueden surgir en el adulto mayor una serie de pensamientos y emociones de carácter negativo:

- Disminución de la autoestima



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

- Aumento de la inseguridad
- Sensación de impotencia
- Pérdida de control sobre su entorno
- Ausencia o escasez de motivación vital
- Sensación de declive
- Vivencias de inutilidad
- Temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, como por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono.

Factor social como causa de depresión en mayores

Es común que, durante este periodo vital, el adulto mayor experimente algunas circunstancias conocidas como **acontecimientos vitales estresantes**. Éstos hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de una persona, los cuales **producen estrés** y, en la mayoría de las ocasiones, **necesidad de readaptación**: pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares o amigos), falta de apoyo social, lesión o enfermedad personal, jubilación, etc. Los acontecimientos vitales estresantes que más frecuentemente provocan depresión en el adulto mayor son aquellos que suceden de manera brusca, los que no son controlables, aquellos que resultan amenazantes, los acontecimientos que transcurren de manera repetida y los que aparecen de manera conjunta o “en racimo”.

En definitiva, la etapa del envejecimiento se ve influida irremediablemente por la sucesión de pérdidas y sus consecuentes duelos. No se trata únicamente de la pérdida de personas, sino también de la pérdida de capacidades, de ocupación e, incluso, la pérdida de uno mismo a la hora de afrontar la propia muerte.

Es importante destacar que **envejecimiento no es sinónimo de depresión**, la personalidad del adulto mayor se va a ver determinada por los rasgos previos. Éstos pueden acentuarse debido a diversas circunstancias ocurridas en esta etapa, dependiendo siempre de la capacidad de afrontamiento de cada persona.



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:

- Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres)
- Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus)
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer
- Consumir medicamentos a diario
- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja
- Padecer enfermedades médicas dolorosas
- Instalarse en una residencia para personas mayores
- Sufrir trastornos del sueño
- Contar con escaso o nulo apoyo social
- Vivir solo y sentir soledad
- Abusar del consumo de alcohol
- Disponer de escasos recursos económicos
- Encontrarse en un proceso de duelo
- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado).

Prevenir la depresión en la tercera edad

Elementos protectores

- De la misma manera, existen factores que protegen al adulto mayor de desarrollar depresión o promueven una mejor y más rápida recuperación.
- Acudir a psicoterapia
- Vivir acompañado (la socialización favorece un mejor estado de ánimo)
- Disponer de recursos económicos
- Medicarse con antidepresivos
- Realizar actividad física regular (contribuye a una mejora en la autoeficacia y la autoestima)
- No padecer deterioro cognitivo (realizar ejercicios de estimulación cognitiva)
- Ser menor a ochenta años
- No haber sufrido episodios de depresión con anterioridad
- Apreciar un adecuado apoyo social



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

- Percibir su propio estado de salud como apropiado
- Sentirse productivo
- Encontrar sentido a su vida

- **Diagnóstico**

Los criterios diagnósticos son idénticos para todos los grupos de edad y, como hemos visto en el anciano, podemos encontrar singularidades en la presentación con respecto a los jóvenes. La historia clínica acerca de síntomas depresivos o el uso de escalas pueden ser de utilidad para el diagnóstico de depresión en el anciano; sin embargo, los síntomas somáticos recogidos en la anamnesis pueden ser menos útiles, dada la alta prevalencia de síntomas físicos y enfermedades médicas asociadas en este grupo de pacientes. Síntomas inespecíficos pueden sugerir depresión. Fármacos usados en patologías médicas pueden considerarse causas potenciales de los síntomas y signos de la depresión. Por todo ello, es fundamental hacer una buena historia clínica que incluya síntomas (síntomatología actual y factores desencadenantes), antecedentes (familiares y personales, respuesta a tratamientos previos) y consumo de sustancias; exploración física; exploración psicopatológica (alteraciones del humor y estado afectivo, alteraciones de la conducta, apariencia y motricidad, alteraciones de la percepción y del pensamiento, autoestima y culpa e ideación autolítica); exploración cognitiva; pruebas complementarias (hemograma, analítica de orina, iones, urea glucosa creatinina, transaminasas, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico) y pruebas psicométricas.

Existen numerosas escalas para la valoración de síntomas depresivos, pero muchas de ellas no han sido específicamente diseñadas para el anciano. Entre las más utilizadas, se pueden citar: Escala de Hamilton para la Depresión, Escala Autoaplicada de Zung, Escala de Depresión de Montgomeri-Asberg y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. En ancianos con demencia es destacable la escala de Cornell, diseñada específicamente para depresión en demencia.



El diagnóstico diferencial entre depresión y demencia puede ser difícil dado que estas dos patologías se solapan, y bien una puede ser el síntoma inicial, aparecer durante su curso o bien ser el punto final de forma bilateral. En la tabla 4 se indican algunos rasgos para hacer el diagnóstico diferencial de ambas patologías.

Tabla 4: Diagnóstico diferencial entre demencia y depresión		
	Depresión	Demencia
HISTORIA Y CURSO EVOLUTIVO.	1. Inicio bien definido. 2. Evolución rápida y corta (semanas). 3. Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos	1. Inicio insidioso 2. Evolución lenta y larga (años). 3. No antecedentes previos
CUADRO CLÍNICO	4. Quejas detalladas y elaboradas de 5. Poco esfuerzo en responder. 6. Síntomas afectivos presentes. 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. 8. Mejoría vespertina.	4. Quejas escasas. No conciencia 5. Se esfuerza para responder. 6. Afecto plano, apatía. 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. 8. Empeoramiento vespertino y nocturno.
EXPLORACIÓN	9. Respuestas displicentes antes. 10. Patrón de déficit incongruente. 11. Lagunas de memoria específicas,	9. Respuesta intentando disimular de iniciar las pruebas. el déficit 10. Patrón de déficit congruente. 11. No hay lagunas específicas. por ejemplo, puntos "sensibles"

Opciones de tratamiento.

Las principales opciones de tratamiento de la depresión incluyen medicamentos y psicoterapia. Es importante recordar que, debido a que los médicos y los terapeutas preparan un plan de tratamiento personalizado para cada paciente, a



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

veces es necesario intentar diferentes tratamientos o combinaciones de ellos hasta encontrar uno que surta efecto para usted.

Cómo ayudar a un adulto mayor con depresión

Convivir o mantener una relación cercana con una persona que padece depresión resulta complicado por la **frustración** y la **impotencia** que supone percibir su apatía, su abandono personal, su bajo estado de ánimo y su incapacidad de disfrute. Sin embargo, si queremos aspirar a mejorar su estado de ánimo, debemos dejar a un lado el sentimiento de rabia que nos provoca esta frustración y procurar **relacionarnos con el adulto mayor de manera diferente**.

En primer lugar, uno de los factores de protección ante la depresión en el adulto mayor es estar acompañado y, sobre todo, **percibir apoyo social**. Es decir, no es lo mismo encontrarse acompañado que sentirse de esa manera. Por lo tanto, el tiempo que pasemos con el adulto mayor con depresión debe ser **tiempo “de calidad”**. Debe ser tiempo durante el cual le dediquemos nuestra atención plena, procuremos que se exprese y que se comunique abiertamente con nosotros. Las recriminaciones, discusiones e imposiciones son contraproducentes en este caso, debido a que su estado de ánimo y sus pensamientos negativos van a provocar que las perciba como ataques y se distancie más de nosotros.

Esta relación basada en la empatía y atención plena va a permitir que se establezca con el adulto mayor un **vínculo afectivo**, gracias al cual confíe en nosotros y se encuentre más dispuesto a recibir nuestros consejos:

1. Cuestionar de manera sutil sus **pensamientos negativos**: ¿Por qué crees que no vas a ser capaz de...?, ¿Qué ha pasado cuando lo has intentado?, ¿Cómo crees que podríamos cambiarlo?
2. Generar en él **emociones positivas**. Por ejemplo, recordar sucesos pasados que le provoquen satisfacción.
3. Promover en él un **sentimiento de utilidad**. Permitir que realice alguna tarea con la que se sienta realizado. Por ejemplo, que cocine para nosotros.
4. Intentar pensar con él en **actividades gratificantes** a llevar a cabo. Es complicado, debido a la apatía y la anhedonia que forman parte de su estado de ánimo. No obstante, es probable que se pueda descubrir alguna actividad que le resulte gratificante, por mínima que sea.
5. Establecer una **rutina de actividades**. En este caso se debe tener una



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

actitud paciente y flexible para lograr acuerdos con el adulto mayor. Es complicado alcanzar pactos de este tipo debido a que para él cualquier actividad supone esfuerzo, además, su rigidez cognitiva le dificulta cambiar de pensamiento entre las diferentes opciones posibles. Por ello, se deben ir añadiendo actividades de manera progresiva, al mismo tiempo que se le recompensa por llevarlas a cabo.

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente anciano en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman y cols. el más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional), que también se corroboran en este estudio.

Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico síndrome depresivo. Paralelamente, hasta el 35% de los pacientes con demencia presentaba síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaba con la propia gravedad de la demencia.

Además, en el anciano, estos trastornos pueden presentarse de forma atípica u oligosintomática, predominando en su presentación los síntomas somáticos. Como ocurre en muchas áreas de conocimiento, nos encontramos con que a veces constituye una entidad única y fácilmente diagnosticable, pero en la mayoría de los casos coexiste con otras patologías, y hemos de discriminar si es primaria o secundaria, si es causa o consecuencia.



- **Formas clínicas**

Siguiendo la **clasificación DSM 5**, y por orden de frecuencia de presentación en el anciano, podemos citar:

- **Trastorno de ansiedad generalizada.**

Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (tensión motora) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (hiperactividad autonómica) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (hipervigilancia). Suele debutar muchos años antes, siendo considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas con él pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico. La aparición tardía obliga a descartar patología orgánica concomitante o desencadenante psicógeno o social.

- **Trastorno fóbico.**

Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente en el anciano sea la agorafobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el anciano por causas físicas (adenticia, temblor, etc.) o psíquicas, con maniobras de evitación (demencias). Por tanto, a veces son la única expresión de una patología de base que hay que investigar.

- **Trastorno obsesivo compulsivo.**

Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

sensaciones. Quizás la ideación obsesiva religiosa sea la más frecuente en ancianos.

- **Trastorno de estrés post-traumático.**

Es idéntico al de otras edades, y existen muy pocos datos en edades avanzadas.

- **Trastorno de ansiedad en relación con enfermedad médica.**

En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma único de enfermedad médica o carencia nutricional.

- **Trastorno de ansiedad inducido por fármacos.**

Es importante destacar que dosis incluso terapéuticas en el anciano pueden inducir ansiedad. Además, la interacción de fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos como la propia ansiedad (tabla 5).

– Digoxina	– Anticolinérgicos
– Antagonista Ca	– Corticoides
– Broncodilatadores	– Aspirina
– Tiroxina	– Anticomieles
– Antihistamínicos	

- **Diagnóstico diferencial**

- **Con la ansiedad transitoria:** que es de adaptación a una situación de estrés, pero a priori desproporcionadas. Suelen ser más leves en el anciano y tienen menor repercusión en la actividad global.

- **Con las enfermedades somáticas.** Debemos sospechar causa médica si existe una relación temporal con la introducción de un nuevo fármaco o con el diagnóstico reciente de una enfermedad, si apreciamos manifestaciones atípicas de la enfermedad, como crisis de angustia de aparición tardía o si existe resistencia al tratamiento con los fármacos ansiolíticos convencionales a dosis adecuadas.



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

- **Con el deterioro cognitivo.** Está muy descrito que el deterioro mnésico puro cursa con trastorno de ansiedad en los pacientes en los que les preocupa mucho su deterioro, pero quizás es en las fases más evolucionadas de la enfermedad cuando son más frecuentes las alteraciones de conducta que cursan con ansiedad importante. Con el delirium. Sobre todo, la situación vivencial que acompaña a las alucinaciones visuales. Con la depresión. Frecuentemente son enfermedades concomitantes, como se describe previamente. Existen algunas diferencias que se enuncian en la tabla 6.

Tabla 6: Diagnóstico diferencial entre depresión-ansiedad y ansiedad única		
	Depresión asociada con ansiedad	Ansiedad única
Inicio y empeoramiento	Tardío por la mañana	Precoz por la tarde
Sentimientos	Desesperanza	Indefensión
Sueño	Despertar temprano	Sueño tardío
Ansiedad	Acerca del pasado	Acerca del futuro
Gravedad de los síntomas	Importante	No incapacitante
Suicidio	Riesgo alto	Riesgo bajo