

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Resumen de Evidencias y Recomendaciones

Prevención, Diagnóstico Oportuno y  
Tratamiento  
del Episodio Depresivo Leve y  
Moderado, en el Adulto Mayor en el  
Primer Nivel de Atención

### GPC

Guía de práctica clínica

Catálogo Maestro: ISSSTE-131-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**Vivir Mejor**

Ave. Reforma No. 450 piso 13 Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC.

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conformaran el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la guía aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de interés.

Las recomendaciones son de carácter general por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán, basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Prevención, Diagnóstico Oportuno y Tratamiento del Episodio Depresivo, Leve y Moderado en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**. México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

## F32 Episodio depresivo

# Prevención, Diagnóstico Oportuno y Tratamiento del Episodio Depresivo, Leve y Moderado en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

### Autores:

Dr. Ricardo Ortega Pineda	Psiquiatra	CMN 20 de Noviembre	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
Dra. Lesley Farrell González	Oftalmóloga	Hospital de Alta Especialidad "Bicentenario de la Independencia"	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
Dra. Martha Cecilia Ruiz Lozano	Medicina Física y rehabilitación	Subdirección Médica	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
Psic. Miriam M. de la Llera Villena	Psicóloga Clínica	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	Secretaría de Salud
Psic. Arianna G. Cedillo Torres	Psicóloga Clínica	CMN 20 de Noviembre	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
Dra. Norma Ortiz Estrada.	Odontóloga	Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado

### Asesores

Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torres.	Maestría en Administración Médica y Hospitales	Jefe del Departamento de Actualización y Desarrollo Normativo	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Francisco Javier M. Mayer Rivera.	Anestesiólogo, Posgrado de Especialidad en Neuro - anestesiología, Administración de Servicios de Salud	Jefe del Departamento de Desarrollo de Unidades Hospitalarias	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

### Validación Interna

Dr. Jaime Ruiz Órnelas	Psiquiatra	CMN 20 de Noviembre	Instituto de Seguridad Social y Servicio de los Trabajadores del Estado
------------------------	------------	---------------------	---

### Validación Institucional

Dr. Hugo Martínez Lemus	Psiquiatra	CMN 20 de Noviembre	Instituto de Seguridad Social y Servicio de los Trabajadores del Estado
-------------------------	------------	---------------------	---

### Validación Externa:

Dra. Rosa Isela Mezquita Orozco	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Jefe de Enseñanza de Psiquiatría Hospital Español	Academia Nacional de Medicina
---------------------------------	---	---	-------------------------------

## Índice

<b>1. Clasificación</b> .....	5
<b>2. Preguntas a Responder por Esta Guía</b> .....	6
<b>3. Aspectos Generales</b> .....	7
3.1 Justificación .....	7
3.2 Objetivo de Esta Guía .....	7
3.3 Definición .....	8
<b>4. Evidencias y Recomendaciones</b> .....	9
4.1 Epidemiología .....	10
4.1.1 Educación para la Salud .....	10
4.1.1.1. Etiología .....	11
4.2 Prevención Secundaria .....	12
4.2.1 Detección .....	12
4.2.1.1 Factores de Riesgo .....	12
4.2.1.2 Historia Clínica .....	13
4.2.1.3. Diagnóstico Temprano .....	15
4.2.1.4. Diagnóstico Diferencial .....	16
4.2.1.5. Estudios de Laboratorio .....	17
4.2.2 Limitación del Daño .....	17
4.2.2.1 Tratamiento Oportuno y Adecuado .....	17
4.2.2.1.1. Tratamiento no Farmacológico .....	19
4.2.2.1.2. Tratamiento Farmacológico .....	20
4.2.2.1.3. Periodos de Tratamiento Ideales .....	21
4.2.2.2. Complicaciones .....	23
4.2.2.3 Prevención de Complicaciones .....	24
4.3 Prevención Terciaria .....	25
4.3.1 Rehabilitación .....	25
4.4 Criterios de Referencia .....	25
<b>5. Anexo</b> .....	27
<b>6. Bibliografía</b> .....	30
<b>7. Comité Académico</b> .....	31
<b>8. Directorio</b> .....	32
<b>9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b> .....	33

## 1. Clasificación

Catálogo Maestro: ISSSTE-131-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Psiquiatra, Médico Oftalmólogo, Médico Odontólogo Médico Psicólogo Clínico Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	F32 Episodio depresivo
CATEGORÍA DE GPC	1er Nivel de Atención Consejería Evaluación Detección Tratamiento Diagnóstico Prevención Educación sanitaria Evaluación Detección Tratamiento Diagnóstico Prevención
USUARIOS POTENCIALES	Enfermeras generales, y Especialistas Personal de salud en formación Investigadores Psicólogos Neurólogos Psicogeriatras Gerontólogos Médicos Generales, Familiares, Internistas y Psiquiatras Organizaciones orientadas a enfermos
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado Secretaría de Salud Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" Centro Médico Nacional 20 de Noviembre Dirección General Médica
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y Hombres, grupo de edad a partir de los 60 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Gobierno Federal Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Historia Clínica completa Educación para el paciente, consejería, seguimiento y control, criterios de referencia a segundo nivel,
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna a segundo nivel
METODOLOGÍA <sup>1</sup>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 48 Guías seleccionadas: 2 del período 2004 a 2008 Revisiones sistemáticas 0 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Reporte de casos: 0 Validación del protocolo de búsqueda por Biblioteca del CMN "20 de Noviembre" Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: CMN "20 de Noviembre"
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo Maestro: ISSSTE-131-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. Preguntas a Responder por Esta Guía

1. ¿Qué es la depresión?
2. ¿Qué es un episodio depresivo?
3. ¿Qué es un trastorno depresivo recurrente?
4. ¿Con qué frecuencia se presenta la depresión en el adulto mayor?
5. ¿Cuál es la etiología de la depresión en el adulto mayor?
6. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecerla?
7. ¿Cuáles son las medidas preventivas de la depresión en el adulto mayor?
8. ¿Cómo se realiza la detección de la depresión?
9. ¿Cuáles son los criterios de clasificación clínica de depresión?
10. ¿Cuáles son los criterios de severidad de la depresión?
11. ¿Cómo se realiza el diagnóstico temprano de la depresión?
12. ¿Con que entidades clínicas de debe realizar el diagnóstico diferencial de la depresión en el Adulto mayor?
13. ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico inicial de la depresión?
14. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico inicial de la depresión?
15. ¿Cuáles son los criterios de remisión y recaídas de la depresión?
16. ¿Con qué periodicidad se realiza el seguimiento y mantenimiento del tratamiento del paciente?
17. ¿Cuáles son las complicaciones de una detección tardía?
18. ¿De qué manera la depresión puede producir discapacidad física y social?
19. ¿Cuándo se debe referir al adulto mayor al segundo nivel de atención?

## 3. Aspectos Generales

### 3.1 Justificación

La depresión es uno de los padecimientos psico-geriátricos más frecuentes a nivel mundial y se estima que en el año 2020 será la primera causa de pérdida de años de vida saludable en países desarrollados y la segunda causa a escala internacional.

En México, su prevalencia es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años; es un trastorno poco diagnosticado y tratado. Con frecuencia se presenta de forma enmascarada bajo múltiples quejas somáticas que la encubren.

La Organización Mundial de la Salud propone que el enfermo que padece depresión sufre de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interés en las actividades cotidianas, disminución de la vitalidad que lo lleva a disminuir su nivel de actividad y a sentir cansancio exagerado aún después de un esfuerzo mínimo.

En el adulto mayor la depresión se puede enmascarar en síntomas somáticos que acentúen los síntomas de otras enfermedades crónicas y/o concomitantes. Ello afecta la calidad de vida, condicionando consultas múltiples a diversas especialidades lo que conlleva a una elevación de costos en salud, desgaste y disfunción familiar.

### 3.2 Objetivo de esta Guía

La Guía de Práctica Clínica **“Prevención y Diagnóstico Oportuno y Tratamiento del Episodio Depresivo, Leve y Moderado en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención”**, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del Primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Prevención y Diagnóstico Oportuno del Episodio Depresivo, así como su tratamiento inicial.
- Identificar oportunamente el evento depresivo que requiera de atención en un segundo nivel para su referencia

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 Definición

La depresión (CIE 10- F32 Evento Depresivo) es una alteración del estado del ánimo que se acompaña de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocional, del pensamiento y del comportamiento. Se caracteriza por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (sentimiento de tristeza), disminución de la vitalidad (que lleva al adulto mayor a la reducción de su nivel de actividad), y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más.

El episodio depresivo debe de tener por lo menos dos semanas de iniciada con síntomas de inicio de desinterés en las cosas y ánimo deprimido, se agregan cuatro síntomas más que son cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

El trastorno depresivo recurrente tiene un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica.

## 4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía.



Evidencia.



Recomendación.



Punto de buena práctica.

## 4.1 Epidemiología

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E**

Epidemiológicamente la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la depresión afecta en el mundo a 121 millones de personas. Menos del 25% tienen acceso a tratamiento.

**NICE: IV**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008

**E**

En México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años y es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes.

**NICE\_IV**  
GPC para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores  
IMSS

**✓/R**

Es un padecimiento frecuente en la consulta del primer nivel de atención y que requiere de su detección oportuna, tratamiento inicial o referencia a otro nivel de atención.

**✓**  
Punto de buena práctica

### 4.1.1 Educación para la Salud

### Evidencia /Recomendación

### Nivel / Grado

**E**

Los síntomas depresivos son un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia funcional y social en adultos mayores.

**NICE: IV**  
Salud Pública de México 2007

**R**

Es necesario sensibilizar a los profesionales de salud acerca de la necesidad de su búsqueda y evaluación sistemática cuando los adultos mayores acudan a consulta por otros motivos, más aún cuando visitan de forma repetitiva los servicios de urgencia o de consulta de medicina familiar sin manifestar de forma objetiva alguna afectación física.

**NICE: D**  
Salud Pública de México 2007

**E**

Uno de los obstáculos presentes en la familia para llevar oportunamente al adulto mayor a los servicios médicos para atención de la depresión, es la serie de prejuicios existentes alrededor de **la vejez como las expresiones coloquiales “es por la edad”, “ya le cayeron los años encima”, etc..**

NICE: IV  
Salud Pública de México 2007

**R**

Informar a los familiares de los adultos mayores que la discriminación y el uso de términos despectivos, pueden ser causantes de la aparición de la depresión e influir en la dependencia física y social de ellos.

NICE: D  
Salud Pública de México 2007 49  
Guía de Consulta para el Médico general 6.  
Depresión en el adulto mayor. 2006.  
SSA

#### 4.1.1.1. Etiología

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

La depresión es multifactorial, y sus causas no son bien conocidas. Pueden intervenir en su génesis antecedentes familiares, factores de la infancia, adversidades psicosociales (contexto social y aspecto de la personalidad). Lo más probable es que sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

**1+**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008

✓/R

Se considera que la etiología de la depresión es multifactorial. La tarea del médico es conocer la diversidad de factores etiológicos para dirigir su conducta médica en las diversas acciones que aplicará al paciente.

✓  
**Punto de buena práctica**

**R**

Ante la presencia de cuadros severos de depresión y antecedentes de intento suicida, el riesgo de suicidio consumado es mayor.

**D**  
NCPG 23 2007  
DEPRESSION

**R**

Los factores predisponentes en la incidencia de la depresión son: las enfermedades crónicas degenerativas entre las que resaltan los eventos vasculares cerebrales, las neurológicas como

**C**  
Guía de Consulta para el Médico General no.6.  
Programa de salud en el adulto y en el

Alzheimer y Parkinson, padecimientos endócrinos como Diabetes Mellitus, los trastornos del sueño y el dolor crónico.

anciano.  
Depresión en el adulto mayor.  
Secretaría de Salud 2006



El envejecimiento produce una disminución de la actividad de los neurotransmisores cerebrales, de entre los cuales, el sistema serotoninérgico (serotonina) tiene una disminución de hasta un 50% en personas mayores de 80 años. Lo que favorece la aparición de eventos depresivos.

2+  
Guía de Consulta para el Médico General no.6.  
Programa de salud en el adulto y en el anciano. Depresión en el adulto mayor.  
Secretaría de Salud. 2006



En los adultos mayores está indicada la utilización de antidepresivos para incrementar los niveles de la serotonina.

C  
Guía de Consulta para el Médico General no.6.  
Programa de salud en el adulto y en el anciano. Depresión en el adulto mayor.  
Secretaría de Salud. 2006



La vulnerabilidad del adulto mayor se incrementa ante la presencia de problemas psicosociales como la jubilación o pensión, pérdida de la pareja, la disminución de la red social, la separación o el abandono de su descendencia.

C  
Guía de Consulta para el Médico General no.6.  
Programa de salud en el adulto y en el anciano.  
Depresión en el adulto mayor.  
Secretaría de Salud. 2006

## 4.2 Prevención Secundaria

### 4.2.1 Detección

#### 4.2.1.1 Factores de Riesgo

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado



Los principales factores de riesgo son; los trastornos cognitivos, sociales (jubilación o pérdida del empleo), familiares (pérdida de un ser querido), estado de pobreza, las enfermedades crónicas, físicas y mentales, el estado civil, el estrés crónico, la exposición a adversidades no resueltas a lo largo de la vida y asociación con hábitos de alcoholismo y

III  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008  
No cuenta con nivel de evidencia gradada

tabaquismo.

**R**

La detección de los factores de riesgo se obtiene mediante el interrogatorio dirigido y la adecuada comunicación con el paciente, permitirá identificarlos.

**D**  
NCPG 23 2007  
DEPRESSION

**R**

Se puede disminuir el desarrollo de la depresión con apoyo de consejería higiénico-dietética, orientada a mejorar la calidad de vida (calidad de sueño, control de ingestas y excretas, baño diario, cuidado personal, atención familiar, etc.).

**C**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008

**E**

La detección temprana de la depresión se realiza mediante preguntas específicas como:  
-¿Se ha sentido cansado o decaído casi todos los días?  
-¿Se ha sentido triste, pesimista todos los días?  
-¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas que antes le resultaban agradables?

**1+**  
GPC Tratamiento de Personas con Depresión. Chile.  
Junio 2006

**R**

A partir de los 60 años, es recomendable interrogar a los adultos mayores con este tipo de preguntas o con la encuesta para detección de depresión que esté al alcance.

**C**  
GPC para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores IMSS  
México, 2007

#### 4.2.1.2 Historia Clínica

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

La historia clínica del paciente debe incluir:

- Padecimiento actual y enfermedades crónicas asociadas a:
- Factores de riesgo detectados incluyendo ingesta de múltiples fármacos.
- Valoración de cambios en el estado de ánimo.
- Falta de motivación, abulia, hiperfagia, hipofagia, adinamia, tristeza e irritabilidad.
- Alteraciones del sueño.
- La evaluación del estado funcional en

**I**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008

actividades de la vida diaria.

- Investigar la disminución en la vitalidad o cansancio exagerado aún después de un esfuerzo mínimo.

**R**

Es importante detectar antecedentes de:

- Depresión mayor o manía en alguno o varios integrantes de la familia.
- Respuestas depresivas a eventos de la vida no resueltos.
- Desórdenes de personalidad.
- Rasgos disfuncionales.
- Desórdenes psiquiátricos previos.
- Enfermedades crónicas.
- Dependencia a sustancias.
- Padecimientos graves o que amenazan la vida del paciente.
- Pérdidas significativas como pérdida de una relación afectiva, de una situación financiera o de empleo, cambio de domicilio, de institución (asilo) de residencia (intercambio constante entre hijos o de estado o país).

**D**

Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001

**R**

Se debe clasificar la depresión de acuerdo a la DSM IV (ver algoritmo).

**B**

Manual de diagnóstico y estadística de la DSM IV de desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. 1994

**R**

Interrogar el entorno familiar con énfasis en situaciones de marginación y discriminación al adulto mayor.

**C**

GPC para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores IMSS México, 2007

### 4.2.1.3. Diagnóstico Temprano

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	La aplicación de una escala aislada no puede demostrar si la depresión existe en un paciente. Se requiere realizar la Historia Clínica completa y hacer diagnóstico diferencial con otros padecimientos.	<b>IV</b> GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores IMSS
	Se debe realizar una exploración física pormenorizada, además de la aplicación de los cuestionarios de depresión con búsqueda intencional. (Ver anexo 1).  Es importante hacer énfasis en: la pérdida del apetito o grados diversos de hiporexia e incluso hiperfagia, evaluación del estado nutricional, la calidad y cantidad de alimento ingerido con los horarios de ingesta.	<b>1+</b> Guía de Consulta para Médico General, No. 6 Secretaría de Salud Sin nivel de evidencia graduado GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
	El adulto mayor puede presentar los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"><li>• disminución del ánimo, y energía,</li><li>• anhedonia,</li><li>• pérdida de interés,</li><li>• pérdida o aumento de sueño y apetito,</li><li>• sentimientos de culpa,</li><li>• disminución o aumento de la actividad psicomotora</li><li>• disminución de la atención, concentración y de la claridad del pensamiento,</li><li>• cambios recientes de conducta y de la función psicomotora.</li></ul>	<b>1++</b> Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001
	El diagnóstico es eminentemente clínico y centrado en los signos y síntomas mencionados y de su estado clínico general.	<b>D</b> NCPG 23 2007 DEPRESSION



De no contar con una encuesta para determinar la presencia de depresión en el adulto mayor, de manera práctica y confiable se pueden utilizar las 3 preguntas mencionadas en el apartado de detección.

C  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008



La tomografía computada de emisión de fotón único (SPECT) puede ayudar a los trastornos depresivos, contribuyendo a diferenciarlos de otros trastornos, e incluso identificando subtipos de depresión.

2+  
GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores IMSS



Es importante que el médico del primer nivel de atención conozca que el SPECT, aunque esté fuera de su alcance, puede ayudar a diagnosticar episodios depresivos que no tienen una causa específica determinada.

✓  
Punto de buena práctica

#### 4.2.1.4. Diagnóstico Diferencial

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El diagnóstico diferencial incluirá:

- Demencia (la evaluación es difícil en adultos mayores con deterioro en su lenguaje expresivo)
- Delirio
- Enfermedades metabólicas
- Abuso y dependencia de sustancias.

2+  
Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001



Considerar que hay padecimientos que cursan con cansancio, astenia y adinamia como la diabetes mellitus, el dolor crónico, el hipotiroidismo, etc.

✓  
Punto de buena práctica

#### 4.2.1.5. Estudios de Laboratorio

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Es recomendable solicitar los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Biometría hemática.</li><li>• Química sanguínea (Electrolitos, urea, creatinina y glucosa).</li><li>• Examen general de orina.</li><li>• Pruebas de Función tiroidea.</li><li>• Tomografía de cráneo.</li></ul> <p>Otras pruebas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Función hepática, niveles de folatos, B12 y calcio sérico.</li></ul>	<p>2+</p> <p>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</p>
 <p>Los estudios de laboratorio deberán ser específicos de acuerdo al padecimiento que se sospeche.</p>	<p>✓</p> <p>Punto de buena práctica</p>

#### 4.2.2 Limitación del Daño

##### 4.2.2.1 Tratamiento Oportuno y Adecuado

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El tratamiento debe estar enfocado a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disminuir los síntomas de depresión.</li><li>• Mejorar y mantener el nivel de funcionamiento social del individuo.</li><li>• Mejorar el acercamiento con instituciones de autoayuda.</li><li>• Permitir el acomodo de personas</li></ul>	<p>1+</p> <p>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</p>

mayores en residencias de familiares.

- Eliminar el riesgo de suicidio.
- Mejorar la condición de salud general.



Se deberá consensar con la familia los aspectos relevantes que están afectando al adulto mayor y establecer estrategias para mejorar su calidad de vida y su ánimo.



Punto de buena práctica



Los síntomas depresivos, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor, predisponiendo a una mayor discapacidad física y social.

NICE: IV  
Salud Pública de México  
2007  
49 (5):367-375



Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones como la demencia, con una pobre red de interacción social, con escasa autosatisfacción o con sentimientos de soledad.

NICE: D  
Salud Pública de México  
2007  
49 (5):367-375



Los factores que llevan a la discapacidad y dependencia son múltiples y diversos, los cuales comprenden por ejemplo, la baja escolaridad, el deterioro cognoscitivo, malos hábitos de vida o problemas de salud mental.

NICE: IV  
Salud Pública de México  
2007  
49 (5):367-375



Se deberá hacer énfasis en buscar signos y síntomas de déficit sensorial (visual y auditivo), así como manifestaciones urinarias de incontinencia, déficit neuromuscular como pérdida de la capacidad para deambular y para alimentarse sin ayuda.

NICE: D  
Salud Pública de México  
2007  
49 (5):367-375



Es necesario insistir en que los síntomas depresivos tienen grave consecuencia para la salud del adulto mayor, ya que además de los efectos negativos sobre las capacidades funcionales, las personas afectadas utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios y se recuperan en mayor tiempo de alguna enfermedad.

NICE: D  
Salud Pública de México  
2007  
49 (5):367-375

#### 4.2.2.1.1. Tratamiento no Farmacológico

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 E Medidas coadyuvantes de tratamiento incluyen: - Lectura de libros de autoayuda, si no se desea acudir a psicoterapia o a terapia con profesionales de la salud mental. - Terapia grupal de autoayuda. - Servicio de ayuda telefónica.	1+ NCPG 23 2007 DEPRESSION
 E El realizar ejercicio puede ayudar a los pacientes con depresión leve y moderada. Incluso existe evidencia que aquellos pacientes con ánimo decaído mejoran con rutinas conducidas de ejercicio.	I GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
 E En la depresión leve o moderada en la que concurren dificultades de pareja, la terapia de pareja parece ofrecer ventajas adicionales a otras formas de tratamiento al mejorar el ajuste marital.	II+ GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
 R La terapia de pareja debería considerarse, si fuera procedente, en caso de no obtener una respuesta adecuada con una intervención individual previa.	B GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
 R Las medidas coadyuvantes de tratamiento mencionadas pueden mejorar el estado de ánimo de pacientes con depresión leve o moderada y se recomienda aplicarlas.	C NCPG 23 2007 DEPRESSION
 E Existe la terapia cognitivo conductual que se centra en modificaciones de conductas disfuncionales y pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.	1+ NCPG 23 2007 DEPRESSION



En la depresión leve y moderada debe considerarse el tratamiento psicológico breve específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual o de consejo).

**B**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

#### 4.2.2.1.2. Tratamiento Farmacológico

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<b>IV</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
	<b>C</b> NCPG 23 2007 DEPRESSION
	<b>D</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
	<b>I++</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
	<b>A</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
	<b>D</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
	<b>D</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008



Los ADT (antidepresivos tricíclicos), como grupo, son tan eficaces como los ISRS (inhibidores de la recaptura de serotonina) en el tratamiento de la depresión moderada o severa. Sin embargo, los ADT presentan peor tolerabilidad y mayor número de efectos adversos, lo que causa un abandono prematuro mayor en relación con los ISRS.

**I++**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008



En adultos mayores el tratamiento se debe conservar por lo menos seis semanas a dosis adecuadas antes de pensar que el tratamiento no sirve. Si existe una respuesta parcial durante este tiempo, se puede continuar por otras 6 semanas más.

**C**  
NCPG 23 2007  
DEPRESSION



En depresiones moderadas la primera familia de elección de antidepresivos con los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), tales como: sertralina, fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, etc.

**A**  
NCPG 23 2007  
DEPRESSION  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008



En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo.

**B**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008



Los ADT son la alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a los mismos.

**D**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

#### 4.2.2.1.3. Periodos de Tratamiento Ideales

Evidencia / Recomendación



El riesgo de recurrencia es menor cuánto más se prolonga el tratamiento farmacológico. El beneficio de esta prolongación disminuye con el tiempo y no está claro cuál es el periodo óptimo.

Nivel / Grado

**I+**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor

Los pacientes con episodios previos de depresión son los más beneficiados de esta prolongación, por su alto riesgo de recurrencia. Madrid, 2008

**E**

El inicio de la mejoría empieza generalmente en la primera o segunda semana de tratamiento y la falta de respuesta a las 4-6 semanas se asocia con un 73-88% de probabilidad de que no inicien una respuesta en 8 semanas. Madrid, 2008

I+

GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**R**

El tratamiento se debe conservar mínimo por seis semanas a dosis adecuadas. Si solo existiera una respuesta parcial durante este tiempo, se puede continuar por un lapso de 6 semanas más.

C

NCPG 23 2007 DEPRESSION

**R**

El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión.

A

GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**R**

En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión. La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión.

B

GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**R**

En pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.

D

GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**E**

El cambio de imipramina por sertralina o viceversa no mejora la evolución de la depresión.

I+

GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**R**

Se recomienda iniciar con ISRS como la sertralina, porque tiene menores efectos colaterales que los ADT.

A

GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**E**

La asociación de antidepresivos con benzodiacepinas no mejoran la depresión así como tampoco la bupropiona o el metilfenidato.

I-  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008

**R**

No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con valproato, carbamacepina, lamotrigina, gabapentina o topiramato, pindolol, benzodiacepinas, bupropiona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos.

D  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008

✓/R

No se debe suspender súbitamente los antidepresivos, porque aparecen efectos colaterales a lo que se le denomina síndrome de discontinuación.

✓  
Punto de buena práctica

#### 4.2.2.2. Complicaciones

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E**

Existe una variedad de efectos adversos en adultos mayores, debido a la interacción que pueden tener los antidepresivos con otros medicamentos, la absorción lenta y depuración prolongada.

1+  
NCPG 23 2007  
DEPRESSION

**R**

En adultos mayores a los que se les prescriban ADT se debe monitorear más cercanamente por la existencia de mayores efectos colaterales en ellos, sobre todo alteraciones del ritmo cardíaco, estreñimiento, retención urinaria, aumento de la incidencia de glaucoma o de la severidad del mismo en quienes ya lo padecen.

C  
NCPG 23 2007  
DEPRESSION

**R**

Los ISRS se asocian más a sintomatología neurovegetativa como diarrea, aumento de sudoración, náusea, mareo, de acuerdo a la tolerancia del individuo.

D  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor  
Madrid, 2008

#### 4.2.2.3 Prevención de Complicaciones

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	2+ Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001
	✓ Punto de buena práctica
	2+ GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
	C GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

## 4.3 Prevención Terciaria

### 4.3.1 Rehabilitación

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b> El mayor efecto benéfico del ejercicio se obtiene cuando se administra asociado al tratamiento farmacológico o terapéutico.	<b>II++</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
<b>R</b> A los pacientes con depresión leve-moderado se les debe recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado de intensidad moderada, frecuencia de 2 a 3 veces por semana, duración de 40 a 45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas.	<b>C</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
<b>✓/R</b> Se recomienda una buena higiene de sueño, uso moderado de sustancias psicotrópicas del SNC como el alcohol, realizar ejercicio moderado, mejorar la vida de relación familiar.	<b>✓</b> <b>Punto de buena práctica</b>
<b>R</b> Las pruebas científicas existentes no permiten recomendar la utilización de la acupuntura como tratamiento de la depresión.	<b>D</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008
<b>R</b> No se recomienda la hierba de San Juan como una opción de tratamiento, el médico deberá informar a los pacientes que la consuman sobre sus posibles riesgos y beneficios.	<b>B</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

## 4.4 Criterios de Referencia

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b> El riesgo de suicidio se incrementa durante el episodio de depresión y en el periodo de remisión parcial. Los intentos previos de suicidio se asocian a la probabilidad de un futuro suicidio consumado.	<b>III</b> GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**R**

En todo paciente con trastorno depresivo se recomienda explorar las ideas de muerte y de intento de suicidio.

**D**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

**R**

En pacientes con alto riesgo de suicidio se recomienda su referencia urgente al especialista del siguiente nivel de atención.

**D**  
GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008

## 5. Anexo

Anexo 1.

CUESTIONARIO PARA DEPRESIÓN DEL ENASEM			
1.-	¿Se ha sentido deprimido?	<b>Sí</b>	No
2.-	¿Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?	<b>Sí</b>	No
3.-	¿Ha sentido que su sueño era intranquilo?	<b>Sí</b>	No
4.-	¿Se ha sentido feliz?	Sí	<b>No</b>
5.-	¿Se ha sentido solo?	<b>Sí</b>	No
6.-	¿Ha sentido que disfrutaba de la vida?	Sí	<b>No</b>
7.-	¿Se ha sentido triste?	<b>Sí</b>	No
8.-	¿Se ha sentido cansado?	<b>Sí</b>	No
9.-	¿Ha sentido que tenía mucha energía?	Sí	<b>No</b>

\* Las respuestas en letra negrita son positivas

### NOTA METODOLÓGICA

Los documentos tomados como referencia, que no contaron con sistema de gradación de la evidencia y fuerza de la recomendación, fueron clasificados por el grupo redactor de esta guía empleando los siguientes criterios (NICE2007)\*<sup>1</sup>

Tabla 1. Niveles de evidencia para estudios de intervención

1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgos de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgos de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal

<sup>1</sup> Metodología para el desarrollo de GPC CENETEC 2007. Anexo “Criterios para gradar la evidencia”

2-	Estudios de cohortes o casos controles con alto riesgos de sesgos
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y serie de casos
4	Opinión de expertos.

Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones para estudios de intervención

A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un meta-análisis o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la población diana, o</li> <li>Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados</li> <li>Evidencia a partir de la apreciación de NICE.</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o,</li> <li>Extrapolación de estudios calificados como 1++, 1+</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+ , que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia en los resultados , o</li> <li>Extrapolación de estudios calificados como 2++</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia nivel 3 o 4, o</li> <li>Extrapolación de estudios calificados como 2+ o</li> <li>Consenso formal.</li> </ul>
D (BPP) IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía</li> <li>Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE.</li> </ul>

**Tabla 3. Niveles de evidencia para estudios de diagnóstico**

la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la a la población blanco, o</li> <li>• Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población blanco y demuestre consistencia de los resultados.</li> <li>• Evidencia a partir de la apreciación de NICE</li> </ul>
lb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o</li> <li>• Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o</li> <li>• Extrapolación de estudios calificados como 2++.</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia nivel 3 o 4 , o</li> <li>• Extrapolación de estudios calificados como 2+ o</li> <li>• Consenso formal</li> </ul>
IV	Un buen punto de practica (BPP) es una recomendación para la mejor practica basado en la experiencia del grupo que elaboró la guía.

**Tabla 4. Clasificación de las recomendaciones para los estudios diagnósticos**

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV
ED	Estudios diagnósticos

## 6. Bibliografía

1. AGUILAR-NAVARRO, Sara Gloria; FUENTES-CANTU, Alejandro; AVILA-FUNES, José Alberto y GARCIA-MAYO, Emilio José. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. Salud pública Méx [online]. 2007, vol.49, n.4 [citado 2011-09-15], pp. 256-262. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000400005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0036-3634.
2. Consensus Guidelines for Assesment and Management of Depression in the elderly. NSW HEALTH DEPARTMENT. North Sydney, 2001.
3. Guía de Consulta para el Médico General no. 6. Programa de salud en el adulto y en el anciano. Depresión en el adulto mayor. Secretaría de Salud.
4. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid, España. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo
5. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores. Salud Mental. Vol. 30 (6). Noviembre-Diciembre 2007.
6. Manual de diagnóstico y estadística de la DSM 4 de desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. 1994.
7. Medigraphic Artemisa. 49 (5): 367-375. Avila-Funes JA, Melano-Carranza E (et-al). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública de México 2007.
8. National Clinical Practice Guideline Number 23. Depression: Management of depression in primary and secondary care. The British Psychological Society& The Royal College of Psychiatrists, 2007.
9. [www.hipocampo.org/galeria/galeriaDepresion.asp](http://www.hipocampo.org/galeria/galeriaDepresion.asp)



## 8. Directorio

**Secretaría de Salud**  
Dr. Salomón Chertorivski  
Woldenberg  
Secretario de Salud

**Instituto Mexicano del Seguro  
Social / IMSS**  
Mtro. Daniel Karam Toumeh  
Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales de los Trabajadores del  
Estado / ISSSTE**  
Lic. Jesús Villalobos López  
Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo  
Integral de la Familia / DIF**  
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez  
Morin  
Titular del organismo SNDIF

**Petróleos Mexicanos / PEMEX**  
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles  
González Garza  
Director General

**Secretaría de Marina**  
Almirante Mariano Francisco Saynez  
Mendoza  
Secretario de Marina

**Secretaría de la Defensa Nacional**  
General Guillermo Galván Galván  
Secretario de la Defensa Nacional

**Consejo de Salubridad General**  
Dr. Enrique Ruelas Barajas  
Secretario del Consejo de  
Salubridad General

**DIRECTORIO INSTITUCIONAL**  
Dr. A. Irán Suárez Villa  
Encargado del Despacho de la Dirección  
Médica.

Dr. Sergio Barragán Padilla  
Subdirector de Regulación y Atención  
Hospitalaria

Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torres  
Jefe de Servicios

## 9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaría de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. A. Irán Suárez Villa <b>Encargado del despacho de la Dirección Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico