



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

*Caracterización de la población que solicita atención en “la Línea de la Vida” por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo marzo y abril 2022.*

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en  
Psiquiatría:  
José Trinidad Chávez Valencia

jtrinidadchz@gmail.com  
449 464 86 65

Asesor teórico: Dra. Alexiz Bojorge Estrada

Asesor metodológico: Dr. Jorge Julio González Olvera

Ciudad de México,  
junio del 2022.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

<b>Agradecimientos</b>	<b>1</b>
<b>Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>4</b>
<b>Método</b>	<b>13</b>
- <b>Justificación</b>	<b>13</b>
- <b>Planteamiento del problema</b>	<b>15</b>
- <b>Tipo de estudio</b>	<b>16</b>
- <b>Objetivo</b>	<b>17</b>
- <b>Operacionalización de variables</b>	<b>17</b>
- <b>Muestreo</b>	<b>18</b>
- <b>Criterios de selección</b>	<b>18</b>
- <b>Alcance de estudio</b>	<b>19</b>
- <b>Instrumentos</b>	<b>19</b>
- <b>Procedimiento para la recolección de variables</b>	<b>20</b>
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>21</b>
<b>Análisis</b>	<b>23</b>
<b>Resultados</b>	<b>24</b>
<b>Discusión</b>	<b>45</b>
<b>Limitaciones</b>	<b>51</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>51</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>52</b>
<b>Anexo 1</b>	<b>62</b>
<b>Anexo 2</b>	<b>63</b>
<b>Anexo 3</b>	<b>64</b>
<b>Anexo 4</b>	<b>65</b>
<b>Anexo 5</b>	<b>66</b>

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su amor y apoyo durante los últimos 30 años.

A mis tutores, Alexiz y Jorge por el asesoramiento, compromiso y la confianza  
brindados.

A Margarita por su acompañamiento, comprensión, amor y apoyo sin medida.

A mis hermanas y hermanos de guardia por hacer este proceso llevadero y alegre.

## RESUMEN

**Antecedentes:** En la actualidad, un modelo con el que se busca reducir la brecha de atención en salud mental es la implementación de tecnologías de la comunicación como las líneas de atención en crisis. En México se cuenta con “La Línea de la Vida”, centro de atención telefónica que atiende de manera remota problemas de índole psiquiátrica. El uso de los datos de este modelo, permitirá la generación de conocimiento de donde puedan partir políticas en salud pública que impacten en grupos específicos. **Objetivo:** El presente estudio busca describir las características de la población que solicita atención en La Línea de la Vida por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo marzo y abril 2022. **Método:** Se realizó un estudio no experimental prospectivo de tipo descriptivo con una muestra de 5084 llamadas. **Resultados:** Se encontró que el perfil del usuario de este servicio es el de hombres de entre 21 y 40 años, empleados, con escolaridad licenciatura o secundaria completa, solteros y residentes de la Ciudad de México. Se identificó la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en el 25 y 27% en la población estudiada. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio pueden mejorar nuestra comprensión acerca de la demografía de la población mexicana con problemas relacionados a salud mental y servir como indicadores para la aplicación de programas comunitarios de intervención dirigidos a poblaciones específicas.

**Palabras clave:** depresión, ansiedad, Líneas de intervención en crisis, salud mental, México.

## INTRODUCCIÓN

La procuración de la salud mental es compleja y eso es patente desde la definición de la misma; por lo que, a pesar de los múltiples esfuerzos de organismos internacionales, la brecha de atención en temas de salud mental es actualmente un problema de salud pública.

Los diversos factores que mantienen esta brecha son biológicos, familiares, económicos, sociales, institucionales e individuales; estos son difíciles de franquear y las políticas internacionales buscan acercar el primer nivel de atención a los usuarios a través de distintas tecnologías.

Una de las formas en las que se busca reducir la brecha de atención es la implementación de tecnologías de la comunicación como las líneas de atención en crisis. Estas tecnologías en la comunicación logran disminuir la brecha en problemáticas relacionadas con salud mental por medio de su precio económico, además, dotan de información valiosa para la observación de tendencias y la implementación de medidas para la intervención en salud comunitaria.

En México se cuenta con La Línea de la Vida (LV), centro de atención telefónica existente desde 1999, originalmente destinada a la atención en temas de salud mental relacionados al uso perjudicial de sustancias, la cual desde 2020 y como parte del plan de acción específico en salud mental vigente ha sido dirigida a la atención en temas de salud mental por medio de orientación, intervención en crisis y derivación de usuarios.

Al tiempo que la LV logra, paulatinamente, disminuir la brecha de atención existente entre la población portadora de enfermedades mentales y los centros de atención,

permite recolectar y analizar información relevante para la caracterización de los usuarios.

La caracterización de esta población permitirá la generación de conocimiento de donde puedan partir políticas en salud pública que impacten en grupos específicos, con problemas específicos en momentos determinados que den pie a políticas más eficientes y eficaces, la monitorización activa del comportamiento de los mexicanos y la creación del primer observatorio de salud mental en nuestro país.

El presente estudio pretende realizar el primer análisis de la población que busca atención en temas relacionados con salud mental por síntomas de ansiedad y depresión en la LV y mostrar el alcance que esta caracterización poblacional puede tener para la adecuación de políticas públicas.

## MARCO TEÓRICO

### *Salud mental en el mundo*

La salud mental es un concepto que intenta describir un estado de bienestar en el que el individuo se encuentra apto para desarrollar sus capacidades y hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de manera productiva y contribuir en sociedad. Está determinada por factores sociales, psicológicos, biológicos e individuales; este acúmulo de elementos actúa de manera independiente y sinérgica dando como resultado un equilibrio apenas perceptible para el ojo clínico, imprimiéndole así un carácter líquido al estado de bienestar mental colocándolo en un continuo que fluye entre fuerzas tensionales que permanecerán siempre en movimiento, generando severas dificultades en el estudio de lo efímero de este concepto.

Tales dificultades han generado un halo de estigma, discriminación, desconocimiento, desinterés e indiferencia por parte de las políticas en salud que han dado como resultado que, en la actualidad, se estime que al menos 792 millones de personas sufren de alguna enfermedad mental a nivel mundial; es decir, casi el 11% de la población total (Dattani, Ritchie, & Roser, 2021). Esta magnitud numérica es tan solo una cortina tras la cual se esconde el sufrimiento y la carga impuesta en términos de discapacidad para los individuos, sus familias y la sociedad; en términos económicos se sabe que el 14% de la carga de morbilidad a nivel mundial es atribuible a problemas relacionados con la salud mental, siendo del 22,2% en América Latina y el Caribe. Tan solo la depresión mayor causa 12,15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

La pérdida en la productividad secundaria los trastornos por ansiedad (284 millones de personas) y depresión (264 millones de personas) generan un déficit anual de hasta un billón de dólares a la economía mundial, cifra que crece año con año, esperándose que para el 2030 estas enfermedades tengan un costo mundial de al menos 6 billones de dólares. (The Lancet Global Health, 2020)

El impacto del estado actual de la salud mental cobra mayor relieve cuando consideramos que estas enfermedades se encuentran en aumento (Benjet et al., 2013). En Estados Unidos la tasa de personas con depresión mayor aumentó un 52% en adolescentes de 2005 a 2017 (del 8,7% al 13,2%) y 63% en adultos de 18 a 25 años de 2009 a 2017 (del 8,1% al 13,2%), también hubo un aumento del 71%



en los adultos que experimentaron ansiedad de 2008 a 2017 (del 7,7% al 13,1%). La tasa de adultos con pensamientos suicidas aumentó un 47% entre 2008 y 2017 (del 7,0% al 10,3%) y se registró un incremento en el 50% en la prescripción de antidepresivos del 2000 al 2015 (Twenge et al., 2019). A nivel mundial, del 2005 al 2015 se estima que ocurrió un aumento del 18% en los trastornos depresivos, 14.9% en trastornos de ansiedad (World Health Organization, 2017).

Si bien existen datos que se muestran optimistas (Richter et al., 2019; Furukawa, 2019) ante un crecimiento mínimo aunque considerable en la prevalencia de enfermedades mentales, es claro que la salud mental es una problemática de salud pública en auge y sin políticas que intervengan eficazmente sobre su impacto (World Health Organization, 2004).

#### *Salud mental en el México*

En México el panorama en salud mental no es distinto al del resto del mundo con una creciente prevalencia en enfermedades mentales que traen consigo un aumento en la morbilidad, mortalidad prematura y discapacidad psicosocial (Secretaría de Salud, 2021).

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México (Medina-Mora et al., 2003) reporta que los trastornos psiquiátricos se posicionan en el quinto lugar dentro de las enfermedades que condicionan muerte prematura y días vividos con discapacidad. Los trastornos de ansiedad cuentan con una prevalencia del 14,3%, los trastornos de uso de sustancias del 9,3% y los trastornos afectivos del 9,1%. Uno de cada cinco mexicanos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida y al menos uno de cada 10 mexicanos tiene un trastorno relacionado al consumo de sustancias.

Los datos aportados por el Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI, 2017) indican 7223 suicidios consumados registrados en 2019, lo que significa un aumento en un 200,7% con respecto a las cifras del año 2000; en esta misma encuesta se reporta que el 32,5% de nuestra población se ha sentido deprimida.

La encuesta nacional de salud y nutrición 2018 y 2019 recoge la presencia de sintomatología depresiva en nuestra población reportando que el 10,8% de los adolescentes mexicanos presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa, 3,91% de los adolescentes reportan haberse hecho daño con finalidad suicida y el 1,3% tienen riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria; mientras que el 17,9% de los adultos mexicanos presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa. (Instituto Nacional de Salud Pública. 2019).

En la población mexicana, el trastorno mental que produce los niveles más elevados de discapacidad es la depresión, con un alto impacto en la vida laboral del individuo generando, en promedio, 25.51 días laborales perdidos (Lara Muñoz et al., 2007).

#### *Consecuencias de catástrofes naturales*

Dentro de las variables sociales asociadas a la salud mental se incluyen las catástrofes y desastres que impactan en los individuos que las experimentan. Por lo general, los desastres suelen tener un impacto negativo secundario a pérdidas sociales, económicas, la experiencia de inestabilidad mental y el shock inicial que en gran medida pueden precipitar la presencia de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos de ansiedad y depresión (Makwana, 2019).

La irrupción de la catástrofe en la vida de las personas, interrumpe su pleno funcionamiento, rutina diaria y sensación de control, asociándose con altos niveles

de angustia, lo cual ha podido demostrarse en diversos desastres naturales tales como Indonecia en 2005, Nueva Orleans en 2005 y México en 1985 y 2017 (Jenkins R & Meltzet H, 2012; Rhodes et al., 2010).

En México, tras el sismo de 1985, la dirección general de epidemiología de la secretaría de salud encontró criterios suficientes para diagnosticar trastorno por estrés postraumático (TEPT) en 32% de 534 sujetos evaluados, un estudio posterior en albergues de supervivientes de la Ciudad de México encontró que el 28% presentaban TEPT, 18% ansiedad generalizada y 14% síntomas depresivos (Álvarez-Icaza & Medina-Mora, 2018). Tras el sismo de 2017 en la Ciudad de México se observó que un número importante de testigos de la catástrofe reportaron dificultades para dejar de pensar en el evento, cambios en el apetito, síntomas de depresión, insomnio, hipersensibilidad a ruidos pequeños y anhedonia (escuela nacional de protección civil del centro nacional de prevención de desastres, 2018). La pandemia por el virus SARS COV-2 es un ejemplo en tiempo real de las implicaciones en salud mental que tienen estos sucesos. A nivel mundial se ha estudiado este impacto en la población de China, Turquía, India, Pakistán, Bangladesh, Colombia y Estados Unidos demostrándose un aumento significativo en la prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y suicidabilidad (Hossain et al., 2020; Bliźniewska-Kowalska et al., 2021; Bhattacharjee, B., & Acharya, T., 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Estos efectos se relacionan con las características propias de la COVID 19 (Taquet et al., 2021), el estigma de esta enfermedad, las medidas de aislamiento social, la pérdida de empleo, el aumento en los índices de pobreza, la desigualdad, la edad avanzada y el ser mujer (Fiorillo & Gorwood, 2020).

México ha realizado esfuerzos en el estudio del deterioro en la salud mental como consecuencia de la actual pandemia. En la segunda semana de abril de 2020 la Universidad Iberoamericana, a través del instituto de investigaciones para el desarrollo de la equidad presentó los primeros resultados de la encuesta de seguimiento de los Efectos del COVID-19, reportando que el 32,42% de la población encuestada presentaba síntomas severos de ansiedad y 27.26% presentaron síntomas de depresión, un aumento del 100% con respecto a mediciones previas; así como un aumento en conductas suicidas (Hossain et al., 2020).

Si consideramos el impacto económico de esta pandemia según el banco de México, con la reducción del 5,4% de los empleos registrados ante el IMSS y el aumento de la pobreza total que afecta a entre 8.9 y 42 millones de mexicanos, los factores sociales que intervienen en la salud mental se ven seriamente amenazados (Esquivel G, 2020).

#### *Políticas en salud mental*

Previo al advenimiento de la crisis actual, la organización mundial de la salud impulsó la iniciativa especial para la salud mental 2019-2023 que busca ampliar la cobertura a 100 millones nuevos beneficiarios a nivel mundial, reducir el 15% de la mortalidad asociada a suicidio y disminuir a un tercio la mortalidad prematura asociada a condiciones mentales. Esta meta planea ser alcanzada por medio del impulso de políticas en salud mental y derechos humanos, así como el mejoramiento y aumento en el alcance de los servicios de intervención en primer nivel (World Health Organization, 2019).

México se sumó a la iniciativa de la organización mundial de la salud, por medio del programa de acción específico para la salud mental y adicciones 2020-2024 que

busca disminuir la brecha existente entre las personas que requieren atención por un trastorno mental y las personas que la reciben. La desigualdad en el acceso a la atención oportuna es resultado de la insuficiencia y mala distribución en recursos económicos, humanos y materiales. El presupuesto de salud destina tan sólo 2% de su totalidad para la atención en salud mental, del cual 80% está concentrado en los hospitales Psiquiátricos, reflejo de esto es que aproximadamente el 50% de los pacientes que son consultados por problemas relacionados con salud mental, lo hacen en servicios hospitalarios.

El programa de acción específico, está dirigido a impactar en las determinantes sociales que intervienen en la salud mental, promover la funcionalidad e intervenir de manera temprana y efectiva. Para lo anterior se implementan estrategias como la promoción y asesoría al personal de salud de primer nivel con la herramienta mhGAP; el establecimiento de mecanismos para la atención oportuna de trastornos mentales comunes en primer nivel de atención; desarrollar y promover acciones de investigación en salud mental, adicciones y prevención del suicidio; la innovación por medio de tele consulta psiquiátrica e intervenciones en tele psicología y ampliar los servicios y funciones de la LV incluyendo el acceso para la atención en prevención de suicidio, adicciones, violencia y otras afectaciones agudas de salud mental (Secretaría de Salud, 2021).

#### *Modelos de atención a distancia.*

Derivado de la necesidad de apoyo urgente ante diferentes situaciones de la vida, el uso de diversas redes de servicio en línea permite conectar a las personas en momentos de emergencia con especialistas. Los servicios de primera ayuda psicológica o líneas de la vida son implementados a nivel mundial como parte de

las recomendaciones de la OMS. El uso de esta tecnología favorece la atención en problemas mentales por medio de la orientación, información, y psicoeducación gracias a su capacidad de cruzar barreras geográficas, ser de fácil acceso, económico, cómodo y confidencial. Su impacto positivo ha sido estudiado en ansiedad, depresión y TEPT a nivel mundial (Varker et al., 2019; Hoffberg et al., 2020) y actualmente han cobrado relevancia ante el escenario de la crisis por COVID-19 donde han demostrado ser intervenciones útiles (Hossain et al., 2020; Feinstein, 2021; Jiang et al., 2020).

A la par, las líneas de intervención en crisis brindan constante información para la investigación de las determinantes sociales (Hoffberg et al., 2020), meteorológicas (Voracek, M., & Sonneck, G, 1999) y culturales (Sugg et al., 2019) que impactan en la salud mental; la caracterización de la población que busca atención (Runkle et al., 2021; Larsen et al., 2019; Thompson et al., 2018; Jenkins, 2008) y el mejoramiento continuo de estas herramientas digitales por medio de estudios de lingüística (Schwab-Reese et al., 2019; Ohtaki et al., 2017).

En México contamos con el centro de atención la LV, que tiene como objetivo brindar atención a la población sobre problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, salud mental, apoyo psicológico en casos de violencia y situaciones emergentes de manera oportuna, con calidad y calidez. El uso de este sistema de atención se encuentra sustentado en que, de acuerdo con los datos del instituto nacional de estadística, geografía e informática (INEGI) de 2016, alrededor de 77.7 millones de mexicanos cuentan con celular, o tienen uno básico; con un creciente uso de estas tecnologías, representando un importante vehículo para ser integrado en los programas de prevención y cuidado de la salud.

La LV fue creada en marzo de 1999 como un convenio entre el secretariado técnico del consejo nacional contra las adicciones y fundación azteca, culminando en la creación del centro de orientación telefónica “Vive sin Drogas”. Actualmente el personal asesor está conformado por 12 psicólogos y 52 trabajadores sociales.

Tras el aumento en la demanda de atención por enfermedad mental y uso de sustancias, en enero de 2021 se reestructuró para brindar tres niveles de servicio: Trabajo social para la orientación en psicopatología, uso de sustancias psicoactivas y la canalización de quejas; psicología enfocada en la intervención en crisis e intervención breve en cesación de trabajo; y Urgencias dirigido a riesgo suicida, violencia y situaciones emergentes como lo es la pandemia actual.

El actual funcionamiento de LV se encuentra enfocado en la creación de programas educativos de intervención para responder a las demandas de los usuarios; la capacitación, actualización continua y supervisión de los asesores; el análisis de datos; y a la elaboración de herramientas eficientes para la obtención de datos, codificación, almacenamiento de información y difusión de los datos.

La LV interviene en los beneficiarios acercándolos al primer nivel de atención con la aplicación de tamízate diagnóstico basado en mhGAP2.0 para realizar intervenciones, la prevención, el seguimiento y la derivación para atención especializada.

A través del análisis de los datos desprendidos de esta atención, se pueden realizar análisis correlacionales y explicativos para intervenciones a distancia, realizar ciencia de datos y generar líneas de investigación que atiendan las necesidades de nuestra población.

La caracterización de usuarios que buscan atención en salud mental permiten capturar su cualidad de fluidez a través de la observación continua de los fenómenos que la inciden. Conocer la información representativa de áreas geográficas particulares puede documentar las necesidades puntuales de la población, generar hipótesis, determinar áreas de oportunidad que permitan estimar el alcance de las políticas en salud y dirigir esfuerzos a problemas puntuales, tomando en cuenta factores de riesgo específicos.

## **MÉTODO**

### JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con investigaciones realizadas en otros países, uno de los beneficios que ofrece la implementación de programas para la intervención telefónica en crisis, es la obtención de datos que permiten realizar análisis estadístico y caracterización epidemiológica de los usuarios que utilizan estos servicios.

El conocer la población de impacto y sus necesidades, permite proponer políticas en salud que incidan en problemáticas específicas por zona geográfica, rango de edad, género, bienestar económico, temporada del año, ocurrencia de fenómenos sociales, políticos, culturales y otras variables. A partir de la implementación del plan de acción específico en salud mental 2020-2023 donde se dotó a la LV con la facultad de atender casos de problemas en salud mental; Durante el periodo enero 2020 a diciembre 2020, se registraron 26,170 llamadas, de las cuales el 80% fue destinado a la atención de intervención en abuso de sustancias y problemas relacionados con salud mental (46.46% buscaron atención por temas relacionados con estrés agudo y ansiedad, 28.95% con depresión, 4.66% con suicidio, 5,39% con



el uso de sustancias psicoactivas, 1.08% con conducta violenta, 3.52% con psicosis, 1.93% con trastornos emocionales de la niñez, 1.04% con epilepsia y cuadros confusionales y 0.73% de las llamadas involucraban trastornos psicósomáticos), 15% para otorgar información general, y 5% para orientación y prevención; mientras que en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2021, se registraron 10,733 llamadas, el 86% de estas con relación a intervención en crisis y atención en problemas relacionados con salud mental, 13% para otorgar información general y 1% para brindar orientación e intervenciones destinadas a la prevención.

La captura de estos datos ha significado un gran avance con respecto a los años previos, cuando la información era capturada de manera manual y sin definiciones operativas. A pesar de contar con una plantilla que permite clasificar los motivos de consulta por enfermedad mental desde el 2020, algunas variables y definiciones operativas son poco específicas como las “manifestaciones emocionales no definitivamente patológicas” que representaron el 4.21% de las llamadas (680 personas). En 2021, fue posible la creación de una plantilla para la recolección de variables que incluya: fecha y hora de atención, género del solicitante, edad, empleo, escolaridad, estado civil, entidad de precedencia, antecedente de consumo de sustancias, antecedente de trastorno psiquiátrico previo; y el tamizaje de enfermedades mentales por medio de un algoritmo basado en mhGAP y escalas para la identificación de probables problemas relacionados con salud mental.

Esta investigación podría contribuir al estudio de métodos para la recolección de información a partir de las llamadas realizadas a la LV, que permita la caracterización epidemiológica de la población que busca atención en salud mental.

Los resultados permitieron observar y definir las diferentes variables y factores dinámicos asociados al proceso salud enfermedad, así mismo identificar áreas de oportunidad para la planeación de acciones específicas.

Esta metodología podrá ser útil para el estudio de estos procesos en otras líneas de intervención de crisis, ampliar las redes de apoyo en recursos humanos para lograr mayor cobertura, facilitar la generación de líneas de investigación con instancias privadas y públicas que ofrezcan una observación más amplia del fenómeno de la salud mental

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Los problemas relacionados a la salud mental cuentan con una brecha de atención importante, las políticas actuales buscan acercar a los usuarios con el primer nivel de atención por medio de nuevas herramientas. Las nuevas tecnologías de comunicación permiten vencer las barreras en atención como el miedo al rechazo, miedo a sentirse juzgado, costos elevados en servicios privados, limitaciones geográficas, la alta demanda en servicios de atención y la el estado de crisis que envuelve a las personas que sufren de este tipo de problemas, acercando el primer nivel de atención a la población general. La LV brinda atención primaria a personas con problemas relacionados con salud mental, impactando no sólo en disminuir la brecha de atención, sino generando información útil y valiosa que permita la creación de estrategias en salud pública para la atención de problemas específicos en poblaciones con necesidades específicas.

La finalidad de este estudio es describir las características de la población que solicita atención en la LV por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo marzo y abril 2022. Lo anterior

respondiendo a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de la población que solicita atención en la LV por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo marzo y abril 2022?.

#### TIPO DE ESTUDIO

Estudio no experimental prospectivo de tipo descriptivo.

#### OBJETIVO

##### OBJETIVO GENERAL

- Describir las características de la población que solicita atención en la LV por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo marzo y abril 2022.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población que solicita atención en la LV por problemas relacionados con sintomatología ansiosa en México durante el periodo marzo y abril 2022.
- Describir las características sociodemográficas de la población que solicita atención en la LV por problemas relacionados con sintomatología depresiva en México durante el periodo marzo y abril 2022.

## CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO
Síntomas ansiosos	Estado desagradable caracterizado por elementos afectivos, cognitivos y fisiológicos como el miedo, la preocupación, la aprensión y la tensión.	Entrevista basada en GAD-7 y criterios CIE-11.	Dependiente
Síntomas depresivos	Emoción con valencia negativa caracterizada por una baja excitación y considerada una de las emociones básicas.	Entrevista basada en PHQ-9 y criterios CIE-11.	Dependiente
Edad	Tiempo de vida de un sujeto medida en años.	Rangos de edad: <10 años, 10 – 14, 15 – 17, 18 – 20, 21 – 25, 26 - 30 , 31 – 35, 36 – 40, 41 – 45, 46 – 50, 51 – 55, 56 – 60, 61 – 65, 66 - 70 , 71 – 75, 76 – 80, 81 – 85, 86 – 90, 91 – 95. Cuantitativa discontinua	Independiente
Género	término técnico específico en las ciencias sociales que alude al conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres	Hombre, Mujer, Hombre trans, Mujer trans, Género fluido, No binaria, Queer. Cualitativa nominal	Independiente
Escolaridad	Período de tiempo en el que una persona asiste a un centro de enseñanza para estudiar.	Sin estudios, Sabe leer y escribir, Primaria completa, Primaria incompleta, Secundaria completa, Secundaria incompleta, Preparatoria completa, Preparatoria incompleta, Técnico(a), Licenciatura completa, Licenciatura incompleta, Maestría, Doctorado. Cualitativa nominal.	Independiente
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Empleado (a), Desempleado (a), Hogar, Independientes, Estudiante, Comerciante, Obrero (a), construcción y derivados, Jubilación, Estudiante y trabaja, Campo, agricultura, pesca o derivado. Cualitativa nominal.	Independiente
Estado civil	Condición de una persona en relación con su matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Soltero(a), Casado(a), Separado(a), Unión libre, Divorciado(a), Viudo(a) Cualitativa nominal.	Independiente
Ciudad	Entidad de la cual proviene el sujeto.	Ciudad de la que proviene el usuario. Cualitativa nominal.	Independiente

## MUESTREO

No probabilístico intencional con una N de 5084 usuarios de la LV. Los datos se obtuvieron directamente de la base de datos de la LV del periodo marzo y abril 2022.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### INCLUSIÓN

- Usuarios de la LV registrados en base de datos durante el periodo marzo y abril 2022 que hayan solicitado atención por problemas relacionados con síntomas ansiosos o depresivos.

### EXCLUSIÓN

- Usuarios de la LV registrados en base de datos que no presenten sintomatología ansiosa o depresiva.

### ELIMINACIÓN

- Usuarios de la LV registrados en base de datos que no terminen la llamada.
- Usuarios de la LV registrados en base de datos, cuya información sea imposible de recolectar por dificultades técnicas o fonológicas.

## ALCANCE DEL ESTUDIO

Con el presente estudio se pretende establecer la caracterización de los usuarios de la LV que buscan atención por problemas relacionados con ansiedad y depresión. Siendo este el primer estudio realizado en este sistema de atención, generando impacto en:

La necesidad de estudiar los datos obtenidos por la LV, que permita la caracterización de la población usuaria con problemas relacionados con salud mental, para la obtención de información que permita incidir en problemas de salud pública.

La creación de herramientas para perfilar a la población e identificar necesidades específicas.

## INSTRUMENTOS

La recolección de datos fue a través de entrevista basada en criterios CIE-11, PHQ-9 y GAD-7 durante llamada telefónica.

MhGAP es la guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, impulsada por la organización mundial de la salud como portal del programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)<sup>44</sup>: Instrumento validado en México auxiliar en el diagnóstico de la depresión a través de los criterios del DSM y determinar la gravedad de dicho trastorno. Puede utilizarse para observar los cambios experimentados a lo largo del tiempo. Está compuesto por 9 ítems con respuesta tipo Likert con valores entre 0 y 3 que hacen referencia a las últimas dos semanas.

Para su corrección se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 27. Los puntos de corte propuestos son:

- 1-4: depresión mínima
- 5-9: depresión leve
- 10-14: depresión moderada
- 15-19: depresión moderadamente grave
- 20-27: depresión grave

Cuenta con valores de sensibilidad del 87% y de especificidad del 88%.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)<sup>45</sup>: Instrumento creado para la detección del trastorno de ansiedad generalizada. Está compuesto por 7 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno.

Para su corrección se obtiene una puntuación total de la suma de puntuaciones de todos los ítems, que puede oscilar entre 0 y 21.

Teniendo en cuenta el corte de 10 puntos, se encontraron valores de sensibilidad de 86,8% y de especificidad de 93,4%.

## PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE VARIABLES.

1. Previa aprobación del protocolo por el comité de ética en investigación y el comité de investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se eligieron usuarios de la LV dentro de la base de datos que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.
2. Se recogieron las variables sociodemográficas de los usuarios que reportan sintomatología ansiosa y depresiva de la base de datos del periodo marzo y abril 2022 de la LV en una plantilla de excel.

3. Se realizó un análisis de la información obtenida dentro de las instalaciones de CONADIC: Se realizó un análisis descriptivo de la información

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizará de acuerdo con los principios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 y lo contenido en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17 de la Ley General de Salud, se considera investigación sin riesgo; que empleará técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se garantizaron los principios éticos en esta investigación, además de la protección de los datos obtenidos de la base de la LV. Se solicitará la información a la Comisión Nacional contra la Adicciones (CONADIC), Órgano regulador de la LV. El manejo de los datos personales de los sujetos es confidencial solo para la integración de los datos obtenidos. Se llevará a cabo bajo vigilancia del comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Este estudio no representó un costo ni efectuará pagos a los sujetos o entidades federales por su participación.

Durante el proceso de entrevista, se realizó intervención en crisis y derivación a los usuarios identificados con riesgo suicida por parte de los asesores de la LV.



Se declara conflicto de interés redactado en Anexo 4.

## SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicitó al Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación “Caracterización de la población que solicita atención en la LV por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo marzo y abril 2022” es una propuesta de investigación de bajo riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en base de datos:

1. Síntomas ansiosos
2. Síntomas depresivos
3. Edad
4. Sexo
5. Escolaridad
6. Ocupación
7. Estado civil
8. Ciudad

## ANÁLISIS

Se generó una base de datos en el software Microsoft excel para la captura de datos, posteriormente la información fue exportada y analizada con el paquete estadístico STATA versión 14 para su análisis estadístico descriptivo.

Las variables cualitativas se reportaron como frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se reportarán como medidas de tendencia central y de dispersión teniendo en cuenta su distribución.

Los trastornos psiquiátricos tienen un carácter multifactorial, lo cual enmarca la necesidad de descartar causas médicas como las generadoras de síntomas afectivos dentro de un abordaje inicial. Por tal motivo, se categorizaron las variables de este rubro empleando el término:

“síntomas de depresión” cuando tras entrevista basada en PHQ 9 y criterios CIE-11 se identificaron síntomas del orden depresivo tales como ánimo triste, anhedonia, fatigabilidad, pérdida de la autoestima, sentimientos de autorreproche y culpa, pensamientos de muerte, falta de concentración, alteraciones del sueño, cambios en el apetito y “síntomas de ansiedad” cuando tras entrevista pasada en GAD-7 y criterios CIE-11 se describió sintomatología ansiosa tales como preocupación, aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida cotidiana, tensión prominente.

Las variables edad, género, escolaridad, ocupación, estado civil y ciudad fueron referidos como se describe en el cuadro de operacionalización de variables.

## RESULTADOS

Durante el periodo marzo - abril del 2022, se recibieron un total de 7146 llamadas telefónicas al servicio de la LV de las cuales se descartaron 2062 para el estudio: llamadas por tratarse de llamadas interrumpidas, llamadas de broma-obscenidad, llamadas con la finalidad de recibir apoyo para cuidadores, llamadas con la finalidad de integrarse al programa de cesación de tabaco, llamadas para atención a quejas, llamadas recurrentes de usuarios que han omitido indicaciones, llamadas para seguimiento seguimiento a personas en crisis y llamadas dedicadas a la intervención en caso COVID-19.

□

Figura 1

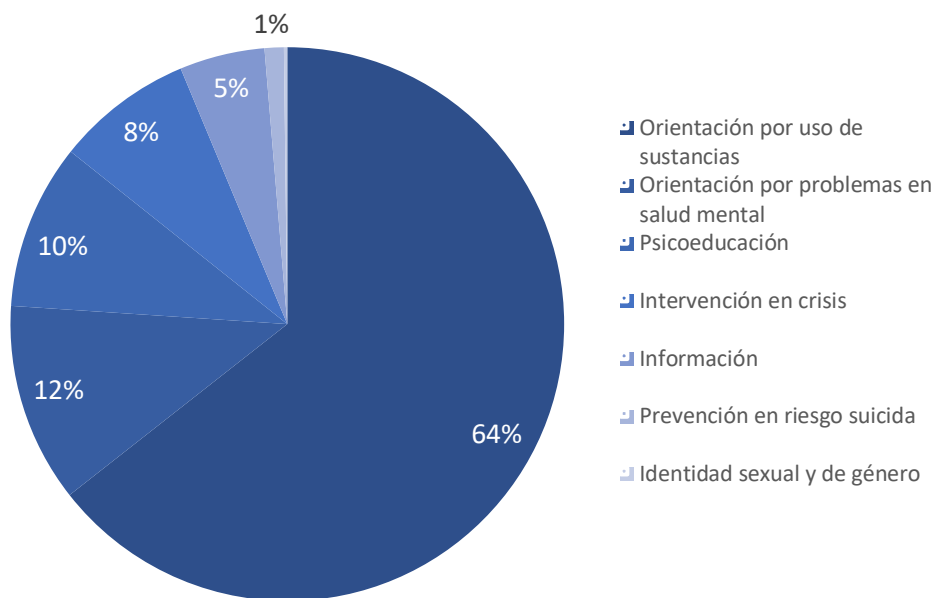


Figura 1. Distribución por motivo de llamadas recibidas en el periodo marzo-abril 2022

Se tomaron 5084 llamadas para el estudio, de las cuales 10 fueron realizadas para atención por temas relacionados a sexualidad y género, 57 para intervención por riesgo suicida, 253 para solicitar información, 407 para atención de crisis, 491 donde

se realizó psicoeducación, 592 para solicitar orientación en problemas en salud mental y 3275 para orientación por uso de sustancias. [Figura 1]

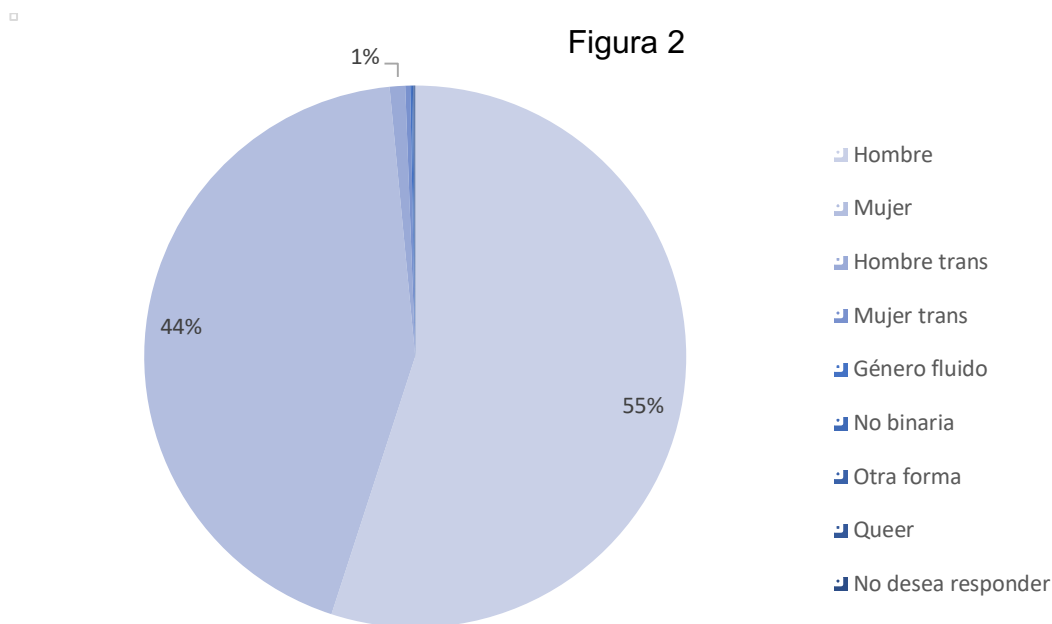
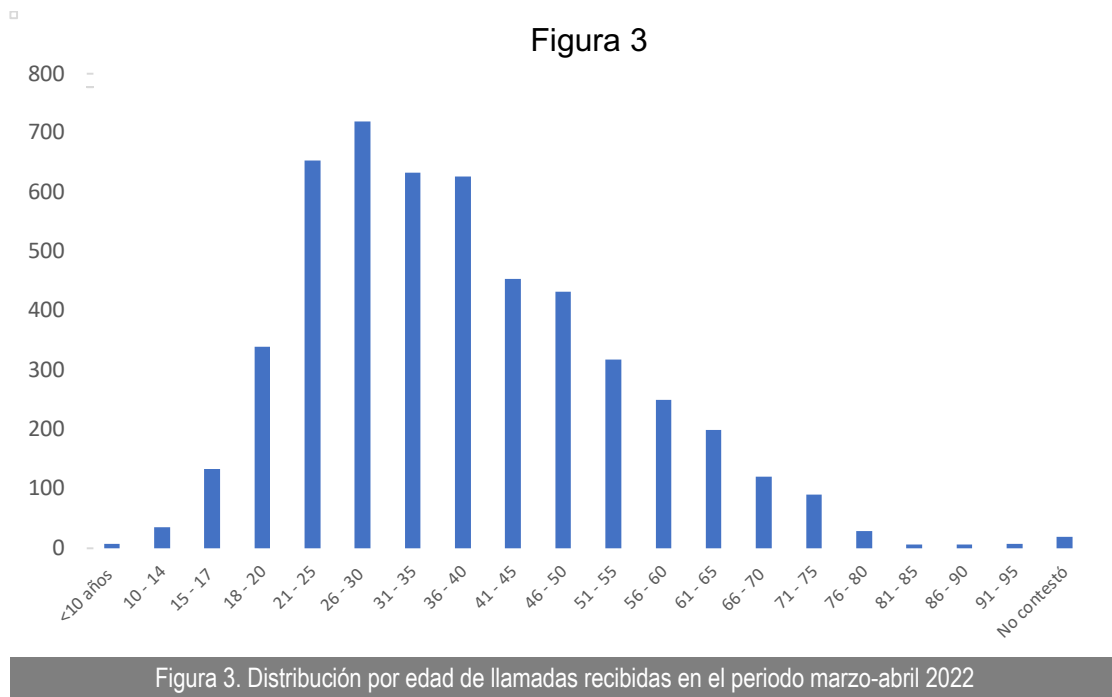


Figura 2. Distribución por sexo y género de llamadas recibidas en el periodo marzo-abril 2022

De las 5084 llamadas recibidas, se reportó que 2797 fueron realizadas por usuarios identificados como hombres, 2211 fueron realizadas por usuarias identificadas como mujeres, 47 fueron realizadas por usuarios identificados como hombres trans, 15 fueron realizadas por usuarias identificadas como mujeres trans, 5 fueron realizadas por usuarios identificados con género fluido, 4 fueron realizadas por usuarios identificados con género no binario, y 2 fueron realizadas por usuarios identificados como queer. [Figura 2]



Las edades de los usuarios durante el periodo comprendido para este estudio oscilaron entre los rangos <10 años y 91 a 95 años, siendo el rango de edad entre los 21 y los 40 años el 51.7% de las llamadas. Se recibieron 720 llamadas de usuarios con rango de edad 26-30 años, 654 llamadas de usuarios con rango de edad 21-25 años, 633 llamadas de usuarios con rango de edad 31-35 años, 627 llamadas de usuarios con rango de edad 36-40 años, 454 llamadas de usuarios con rango de edad 41-45 años, 433 llamadas de usuarios con rango de edad 46-50 años, 320 llamadas de usuarios con rango de edad 18-20 años, 318 llamadas de usuarios con rango de edad 51-55 años. El resto de grupos etarios representaron menos del 5% de las llamadas. [Figura 3]

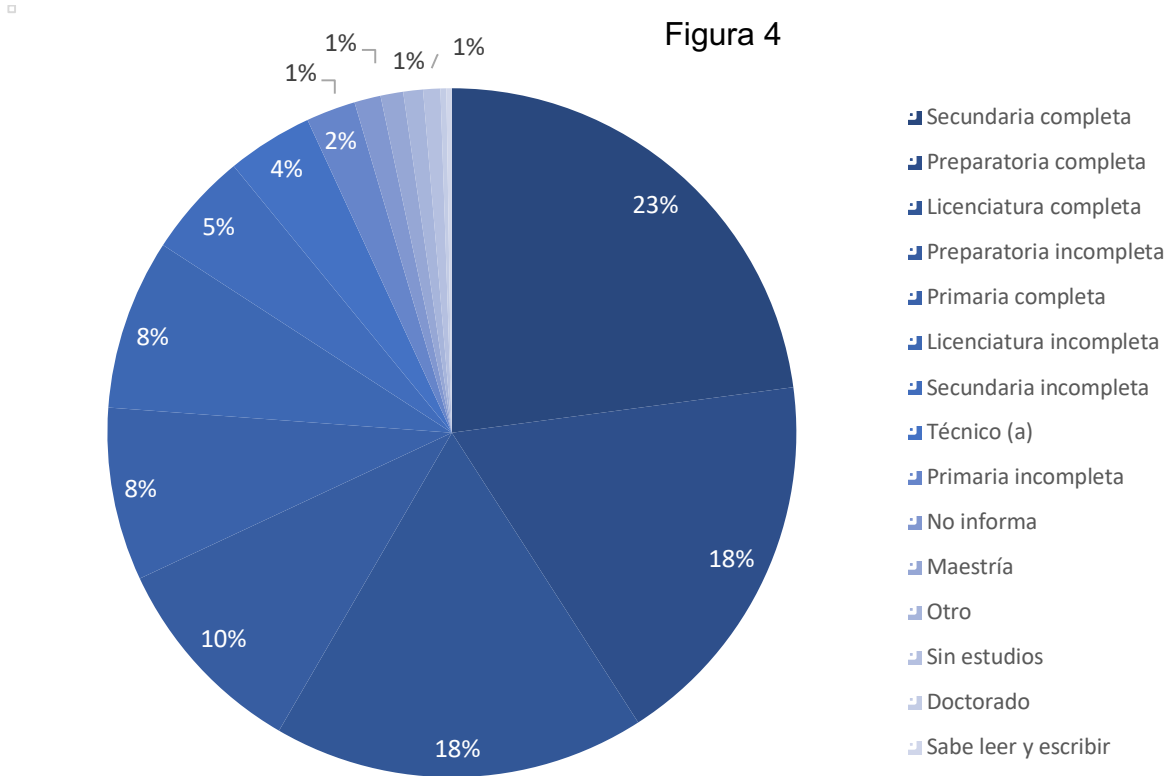


Figura 4. Distribución por escolaridad de llamadas recibidas en el periodo marzo-abril 2022

El grado de escolaridad predominante de las y los usuarios de la LV, durante el periodo estudiado, fue de secundaria completa con 1164 personas, seguida por la preparatoria completa con 916, licenciatura completa con 888 personas, preparatoria incompleta con 492, primaria completa con 413, licenciatura incompleta con 407, secundaria incompleta con , técnico(a) con 205, primaria incompleta con 118, maestría con 54, sin estudios con 41, doctorado con 14, sabe leer y escribir con 13 y otro con 37. [figura 4]

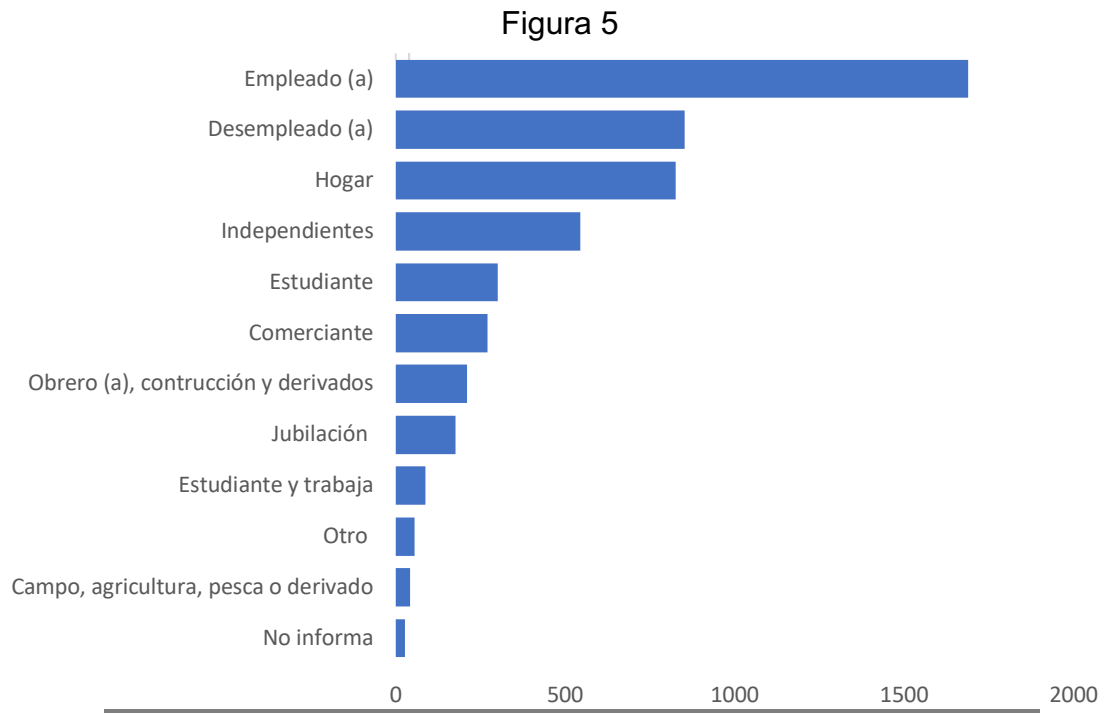


Figura 5. Distribución por ocupación de llamadas recibidas en el periodo marzo-abril 2022

En cuanto a ocupación de los usuarios, 1688 se identificaron como empleados(as), 852 se identificaron como desempleados(as), 826 como dedicados(as) al hogar, 545 como independientes, 301 como estudiantes, 270 como comerciantes, 211 como obreros(as) dedicados a la construcción y derivados, 177 como jubilados(as), 88 como estudiante y trabajador(a), 56 se identificaron como *otros*, y 43 como dedicados(as) al campo, agricultura, pesca o derivado. [Figura 5]

Figura 6

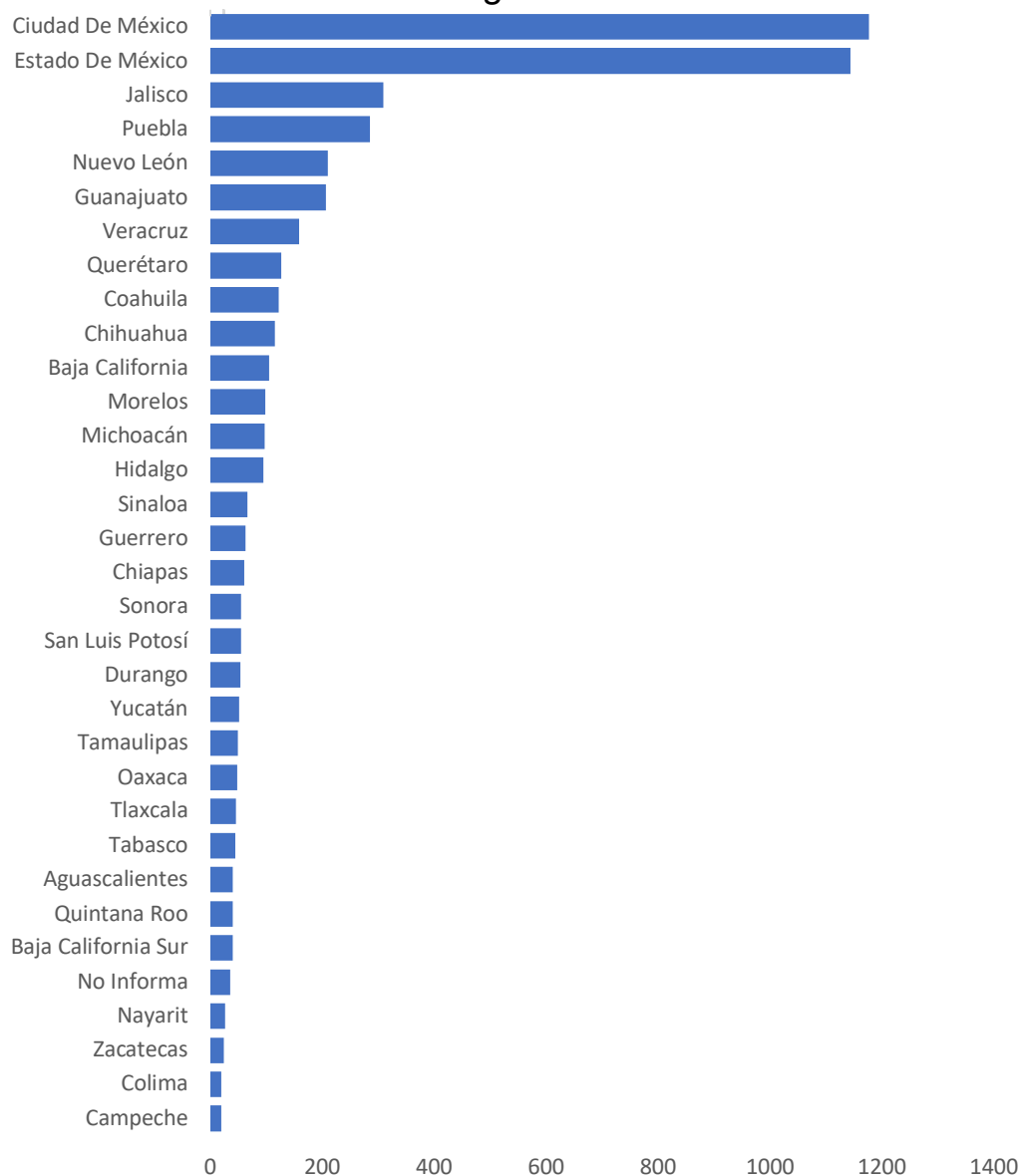


Figura 6. Distribución por Entidad federativa de llamadas recibidas en el periodo marzo-abril 2022

La entidad federativa que más llamadas realizó a la LV en el periodo comprendido en este análisis fue la Ciudad de México con 1177 usuarios (23.1%), seguido del Estado de México con 1144 (22.4%), Jalisco con 309 (6%), Puebla con 285, Nuevo León con 210, Guanajuato con 207, Veracruz con 152, Querétaro con 127, Coahuila con 112, Chihuahua con 115, Baja California con 105, Morelos con 98, Michoacán



97, Hidalgo con 95, Sinaloa con 66, Guerrero 63, Chiapas 60, Sonora con 55, San Luis Potosí con 55, Durango con 54, Yucatán con 51, Tamaulipas con 49, Oaxaca con 48, Tlaxcala con 46, Tabasco con 44, Aguascalientes con 40, Quintana Roo con 40, Baja California Sur con 40, Nayarit con 26, Zacatecas con 24, Colima con 19, Campeche con 19, y 36 usuarios No informaron acerca de su entidad de procedencia. [Figura 6]

### *SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN*

Del total de 5084 llamadas, 1271 usuarios(as) (25%) reportaron la presencia de síntomas depresivos, tras entrevista basada en PHQ-9 y criterios CIE-11. [Figura 7]

□

Figura 7

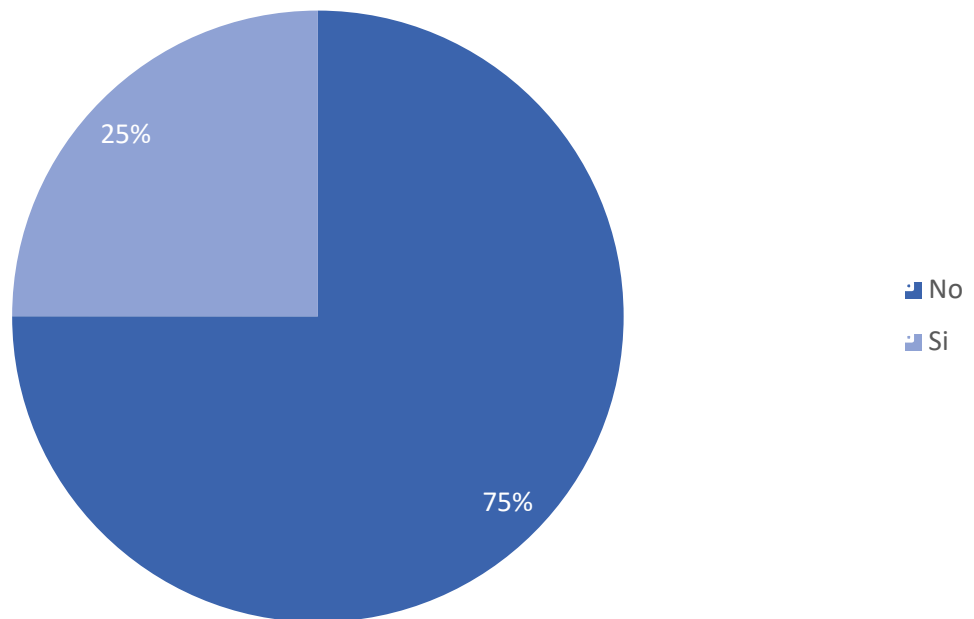


Figura 7. Porcentaje de usuarios(as) con síntomas de depresión durante el periodo marzo-abril 2022

## SEXO Y GÉNERO

Los usuarios que manifestaron síntomas depresivos fueron en su mayoría hombres con 753 llamadas, seguidos de las mujeres con 481 llamadas y hombres trans con 23 llamadas, el resto de géneros representaron menos del 1%. Del total de hombres que llamaron a la LV 26% se reportan con síntomas de depresión, mientras que en las mujeres se reporta el 21%. [Figura 8]

Figura 8

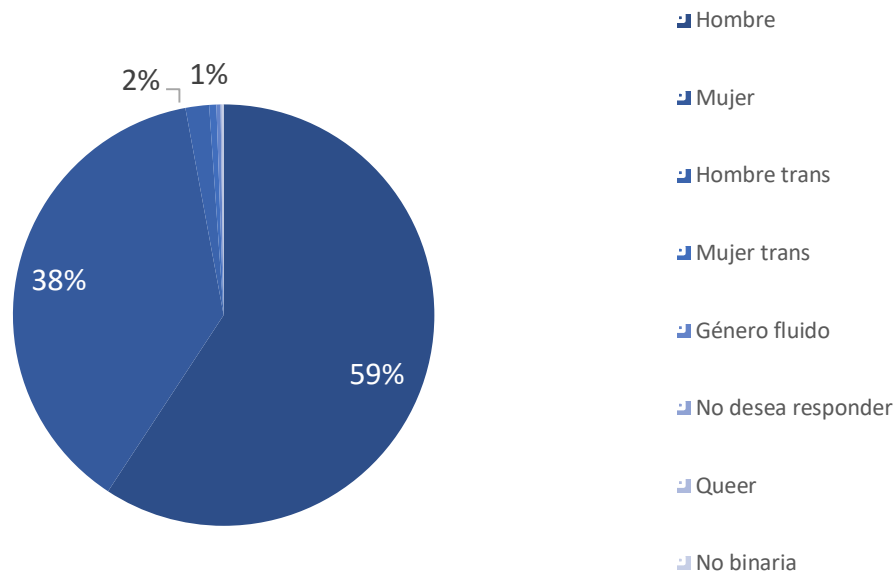
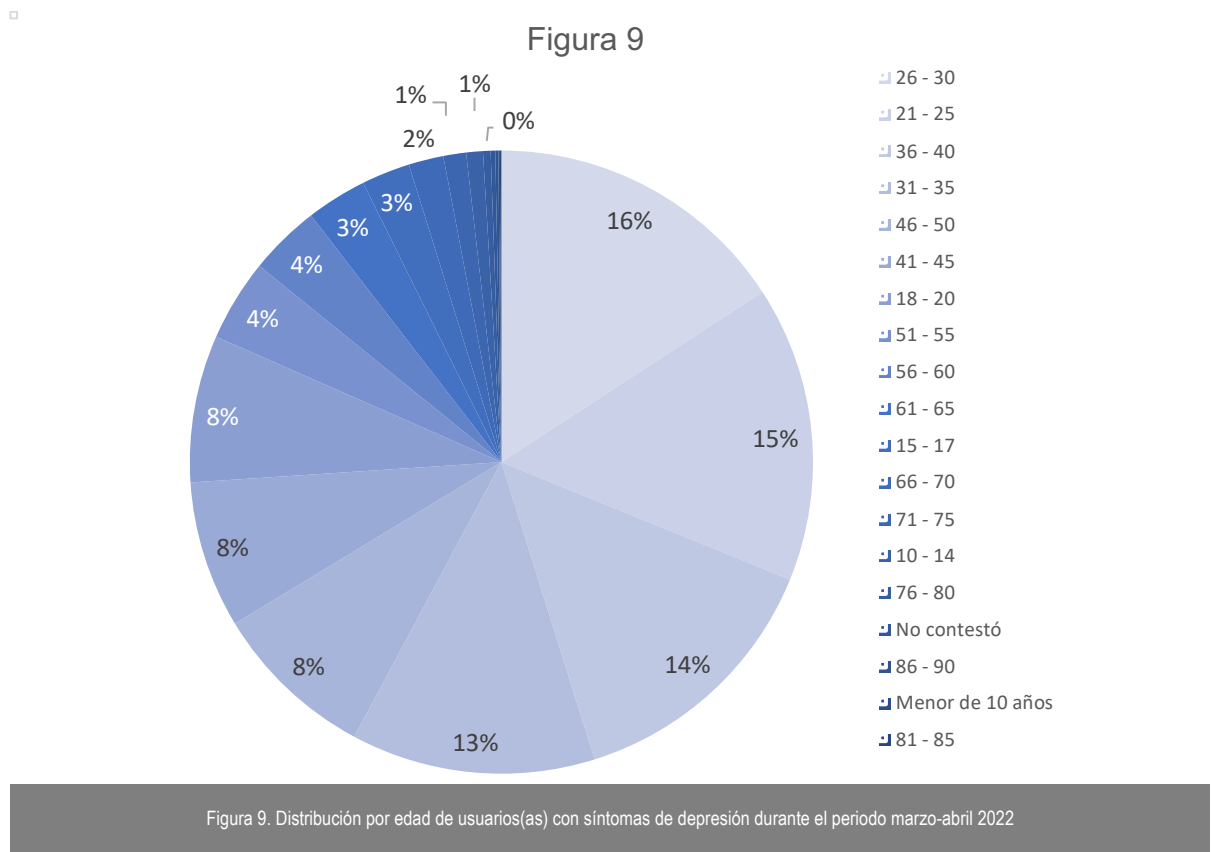


Figura 8. Distribución por sexo y género de usuarios(as) con síntomas de depresión durante el periodo marzo-abril 2022

## EDAD

Las usuarias y los usuarios con síntomas de depresión cuentan con rango de edad desde los <10 hasta los 90 años, con predominio entre los 21 y 40 años con 735 llamadas (58%). En el extremo de estos grupos se identificaron 35 llamadas de personas entre los <10 y 17 años, en su mayoría hombres provenientes del Estado de México, Ciudad de México y Guanajuato; mientras que para el comprendido entre

60 y 90 años se recibieron 86 llamadas, en su mayoría mujeres provenientes de Ciudad de México, Estado de México y Jalisco. [Figura 9]



### ESCOLARIDAD

Se recibieron 248 llamadas de personas con escolaridad licenciatura, 248 llamadas con preparatoria completa y 238 refiriendo escolaridad secundaria completa; las variables de doctorado, sin estudios y primaria incompleta representaron el 1% con 13 llamadas. [Figura 10]

Figura 10

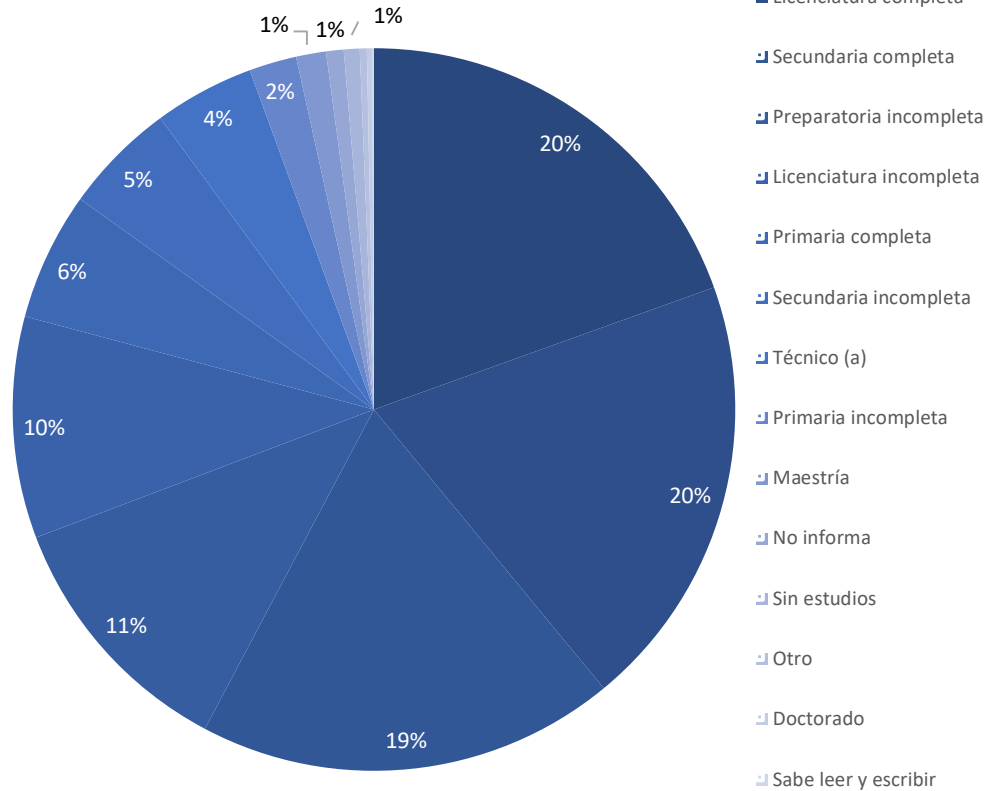


Figura 10. Distribución por escolaridad de usuarios(as) con síntomas de depresión durante el periodo marzo-abril 2022

## OCUPACIÓN

421 usuarios(as) se identificaron como empleados(as), 287 como desempleados(as), 149 como trabajadores(as) independientes, 139 se dedican al hogar, 87 son estudiantes, 64 son comerciantes, 40 se encuentran jubilados(as), 36 se identificaron como obreros(as), 26 estudian y trabajan y 5 como dedicados(as) al campo, agricultura, pesca o derivados. [Figura 11]

Figura 11

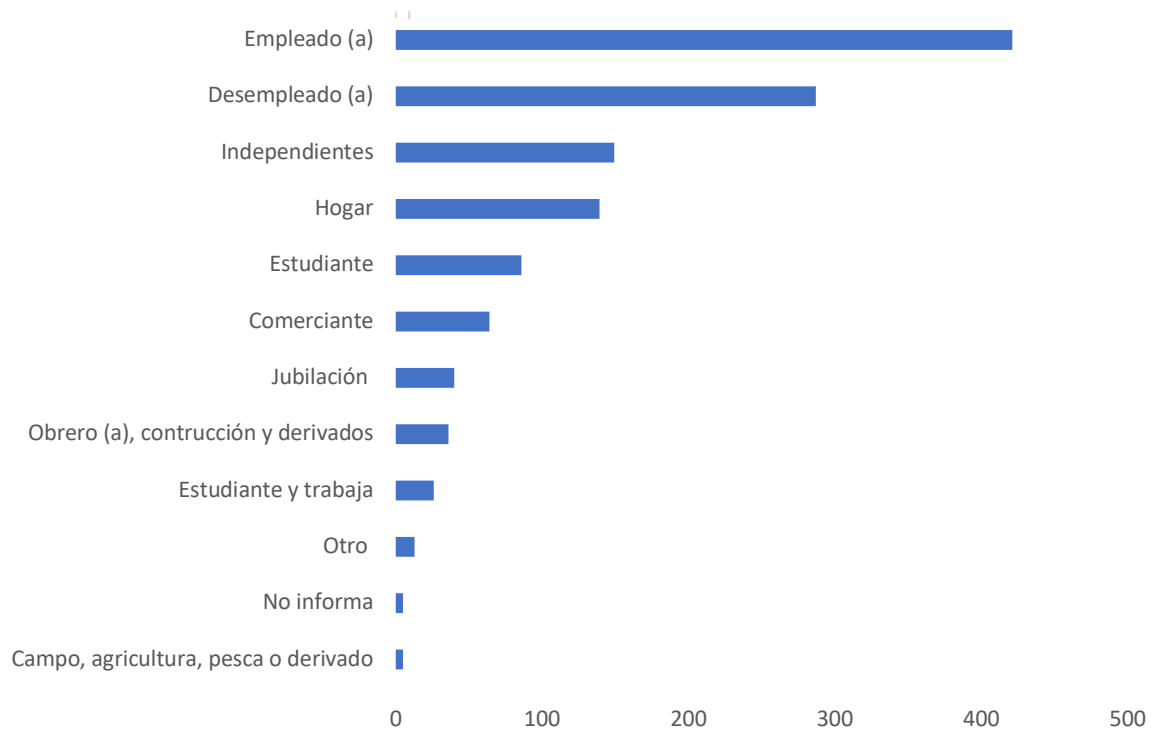


Figura 11. Distribución por ocupación de usuarios(as) con síntomas de depresión durante el periodo marzo-abril 2022

### ESTADO CIVIL

De las 453 personas que se encontraron con síntomas de depresión, 517 dijeron ser solteros(as), 297 casados(as), 218 manifestaron encontrarse separados(as) y 143 en unión libre, 37 se identificaron como divorciados(as) y 46 como viudos(as). en la variable viudez, se encontró que el 80% fueron mujeres, mientras que en el resto de variables se observó que la mayoría fueron hombres. [Figura 12]

Figura 12

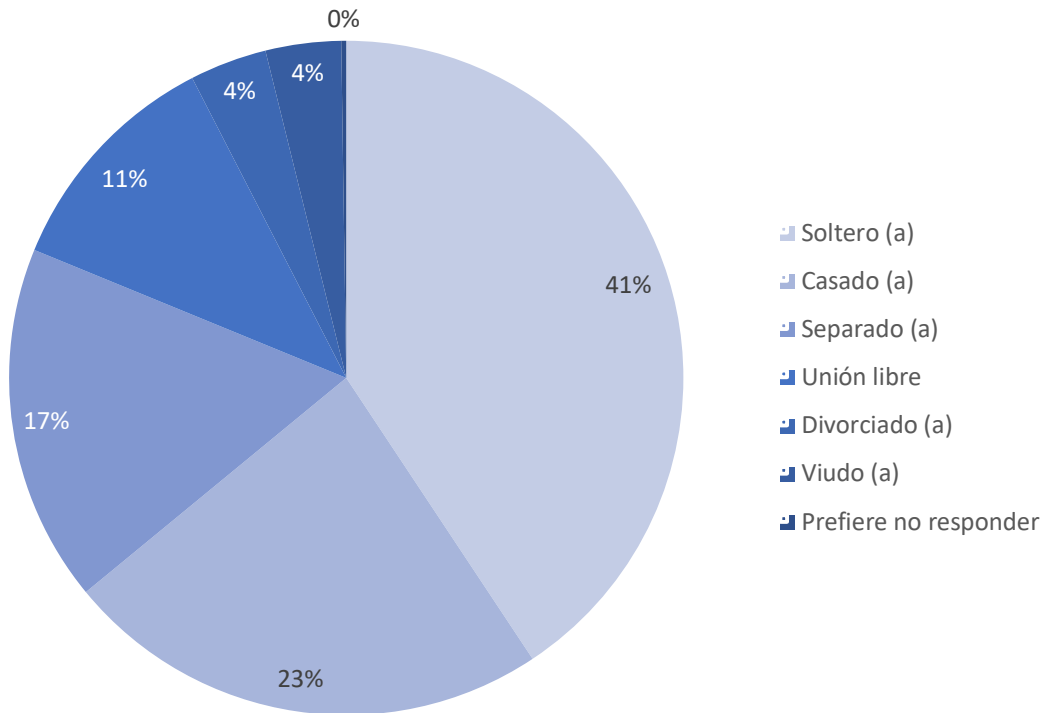


Figura 12. Distribución por estado civil de usuarios(as) con síntomas de depresión durante el periodo marzo-abril 2022

### *ENTIDAD FEDERATIVA*

Con respecto a la entidad federativa de procedencia, se recibieron 282 llamadas de la Ciudad de México, siendo Iztapalapa el 16%, Tlalpan el 11% y Coyoacán el 10%. En lo que confiere al Estado de México se reportaron 273 llamadas representando Ecatepec el 13%, Naucalpan el 6% y Toluca el 5.8%.

De Jalisco se recolectaron 87 llamadas, sobresaliendo el municipio de Guadalajara con un 41%, Zapopan con 18% y Tonalá en un 7%. [Figura 13]

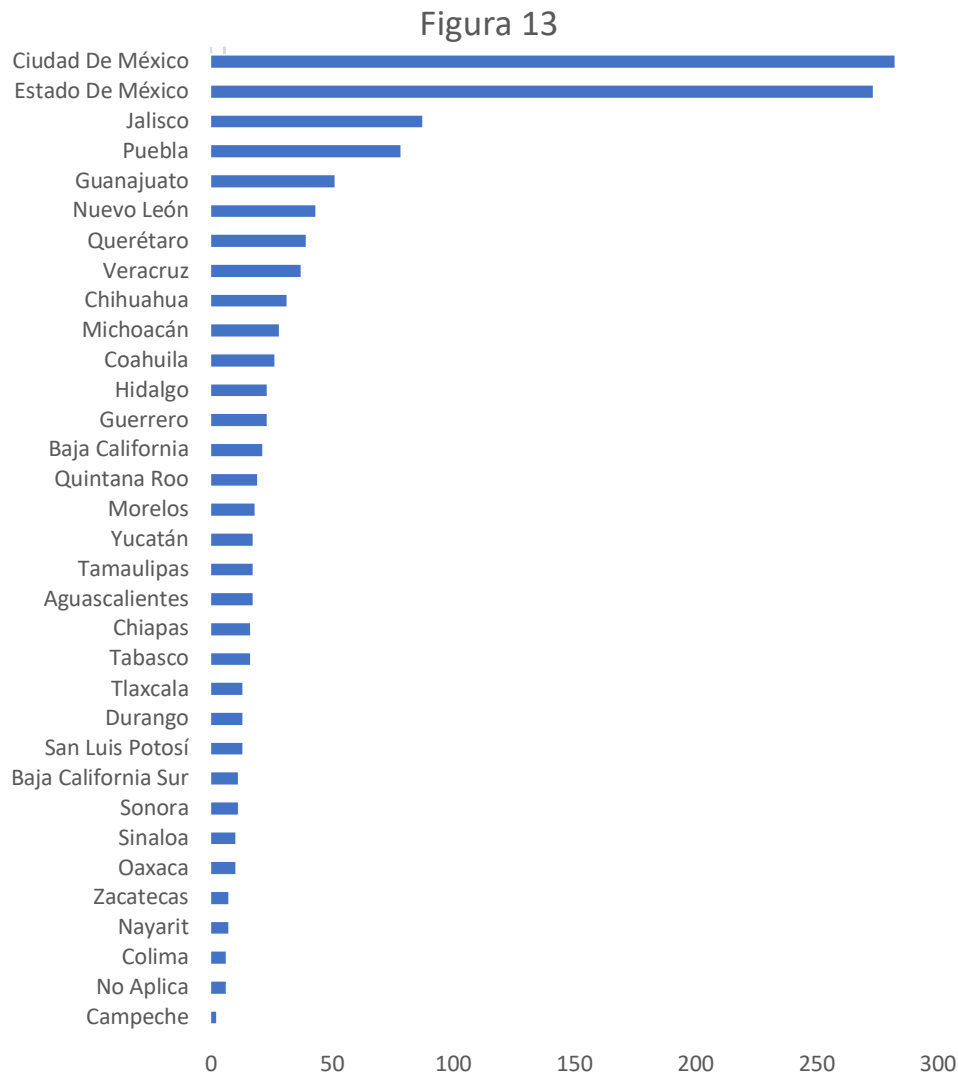


Figura 13. Distribución por entidad federativa de usuarios(as) con síntomas de depresión durante el periodo marzo-abril 2022

Del total de llamadas recibidas, se estudió el porcentaje de llamadas dedicadas a buscar atención por síntomas depresivos por cada entidad federativa, siendo las más representativas: Quintana Roo con 47.5%, Aguascalientes 42%, Guerrero 36%, Tabasco 36%, Yucatan 33%, Colima 31% y Querétaro 30%. [Tabla 1]

## SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Del total de 5084 llamadas, 1352 usuarios(as) (27%) reportaron la presencia de síntomas de ansiedad, tras entrevista basada en GAD-7 y criterios CIE-11. [Figura 14]

□

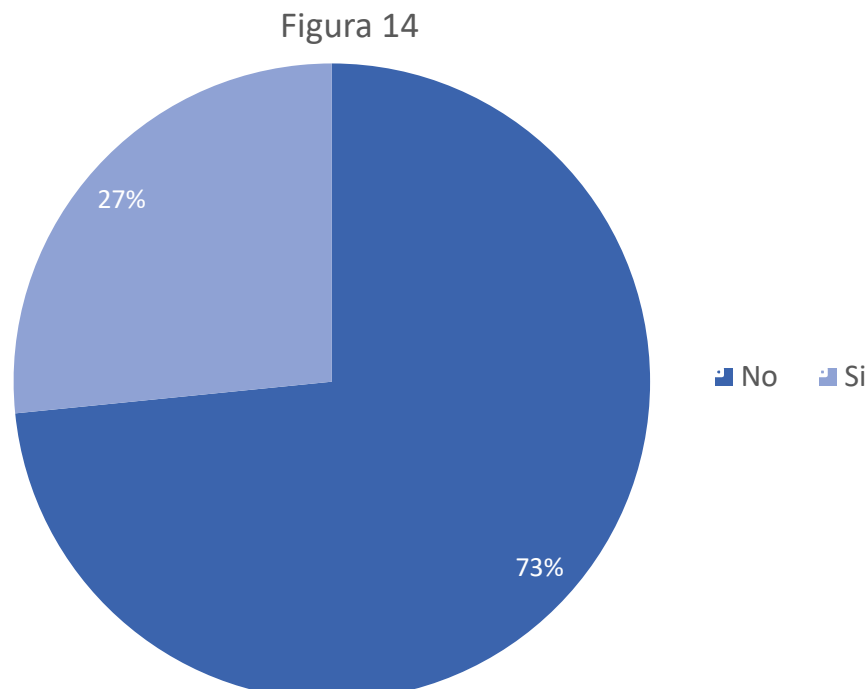


Figura 14. Porcentaje de usuarios(as) con síntomas de ansiedad durante el periodo marzo-abril 2022

## SEXO Y GÉNERO

Los usuarios que manifestaron síntomas de ansiedad fueron en su mayoría hombres con 808 llamadas, seguidos de las mujeres con 517 llamadas y hombres trans con 21 llamadas, el resto de géneros representaron menos del 1%. Del total de hombres que llamaron a la LV, 28% se reportan con sintomatología ansiosa, mientras que en las mujeres se reporta el 23%. [Figura 15]



Figura 15

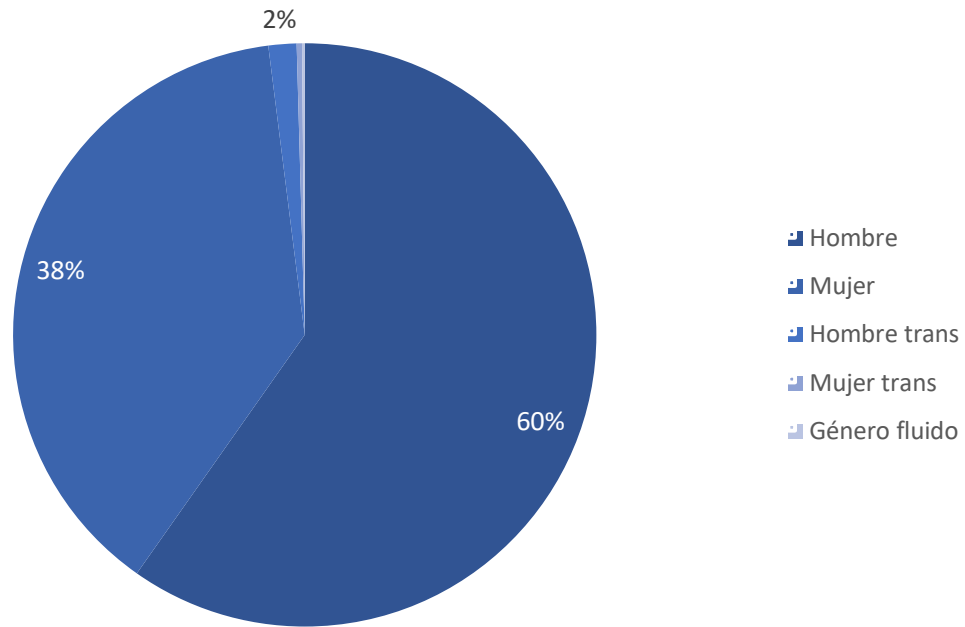


Figura 15. Distribución por sexo y género de usuarios(as) con síntomas de ansiedad durante el periodo marzo-abril 2022

### EDAD

Las usuarias y usuarios con síntomas de ansiedad cuentan con rango de edad desde los <10 hasta los 95 años, con predominio entre los 21 y 40 años con 750 llamadas. En el extremo de estos grupos se identificaron 140 llamadas de personas entre los <10 y 17 años, en su mayoría hombres residentes del Estado de México, Ciudad de México y Guanajuato; mientras que para el comprendido entre 60 y 95 años se recibieron 95 llamadas, en su mayoría mujeres provenientes de Ciudad de México, Puebla y Jalisco. [Figura 16]

Figura 16

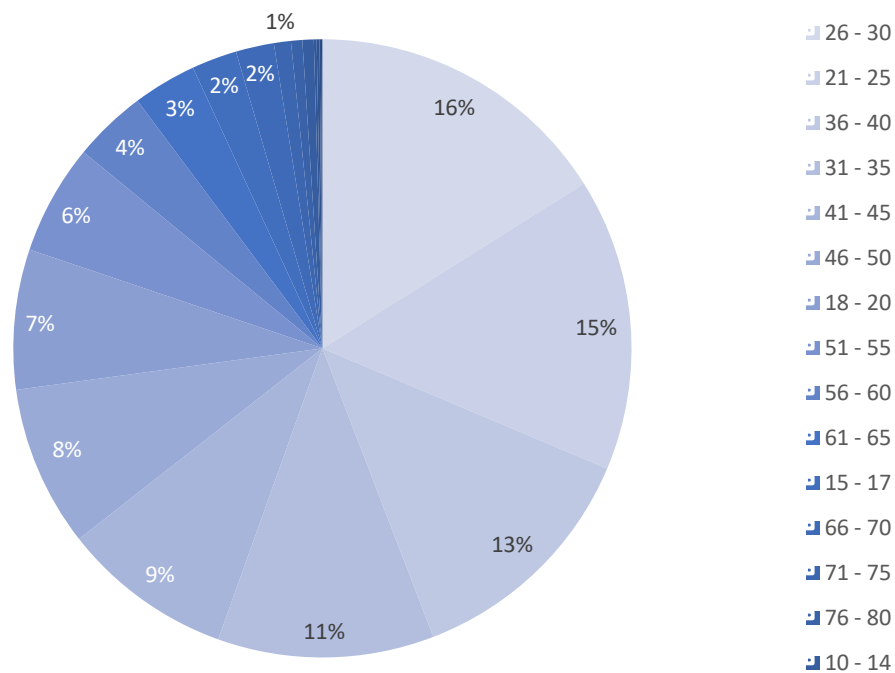


Figura 16. Distribución por edad de usuarios(as) con síntomas de ansiedad durante el periodo marzo-abril 2022

### ESCOLARIDAD

Se recibieron 278 llamadas de personas con escolaridad secundaria completa, 256 llamadas con preparatoria completa y 236 refiriendo escolaridad licenciatura completa; las variables de doctorado, maestría, sin estudios y primaria incompleta representaron el 4% con 56 llamadas. [Figura 17]

Figura 17

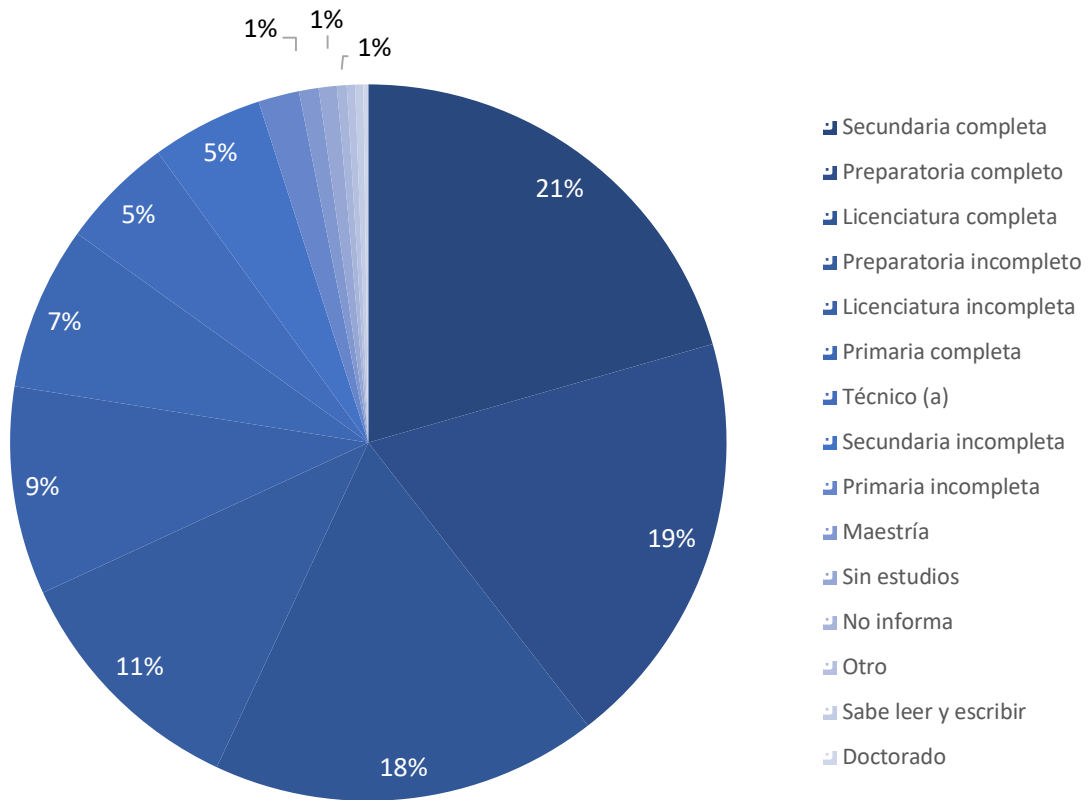


Figura 17. Distribución por escolaridad de usuarios(as) con síntomas de ansiedad durante el periodo marzo-abril 2022

## OCUPACIÓN

442 usuarios(as) se identificaron como empleados(as), 293 como desempleados(as), 158 se dedican al hogar, 152 como trabajadores(as) independientes, 93 son estudiantes, 80 son comerciantes, 50 se identificaron como obreros(as) construcción y derivados, 42 se encuentran jubilados(as), 24 estudian y trabajan y 4 como dedicados(as) al campo, agricultura, pesca o derivados. [Figura 18]

Figura 18

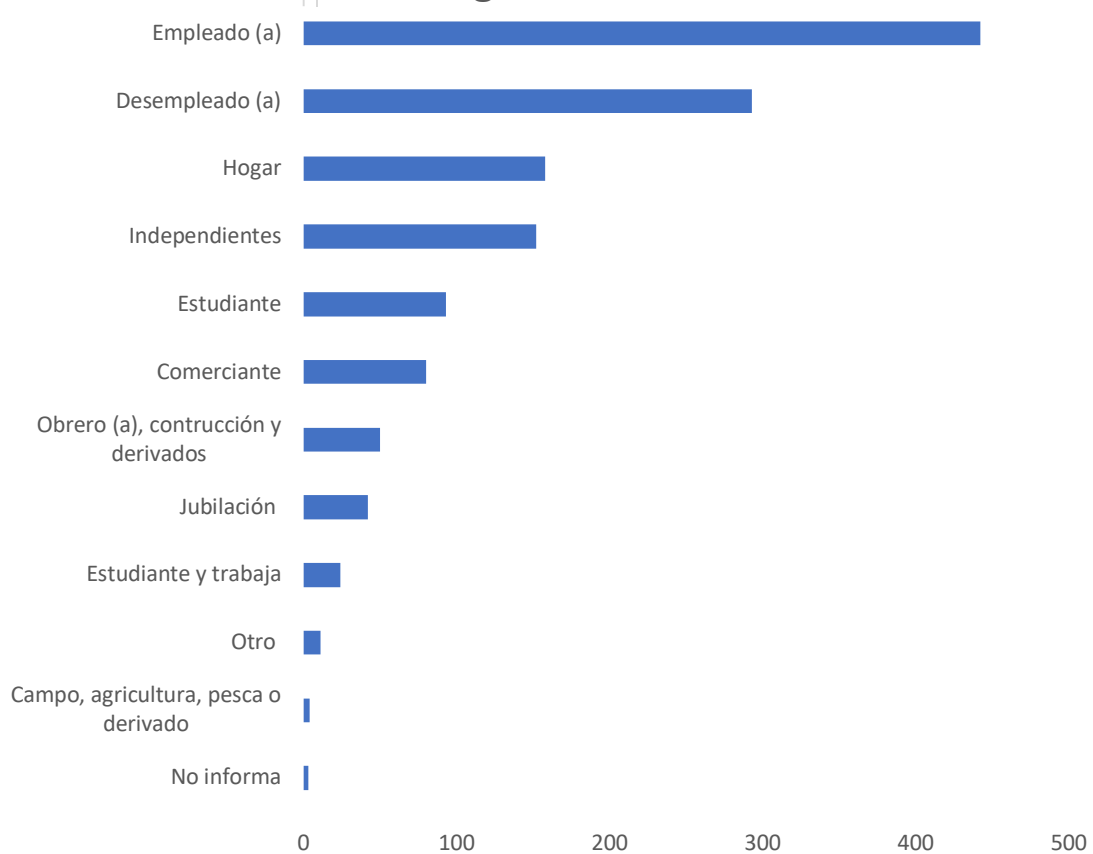


Figura 18. Distribución por ocupación de usuarios(as) con síntomas de ansiedad durante el periodo marzo-abril 2022

### *ESTADO CIVIL*

De las 1352 personas que se encontraron con síntomas de ansiedad, 556 dijeron ser solteros(as), 356 casados(as), 181 manifestaron encontrarse separados(as) y 150 en unión libre, 56 se identificaron como divorciados(as) y 49 como viudos(as). en la variable viudez, se encontró que el 85% fueron mujeres, mientras que en el resto de variables se observó que la mayoría fueron hombres. [Figura 19]

Figura 19

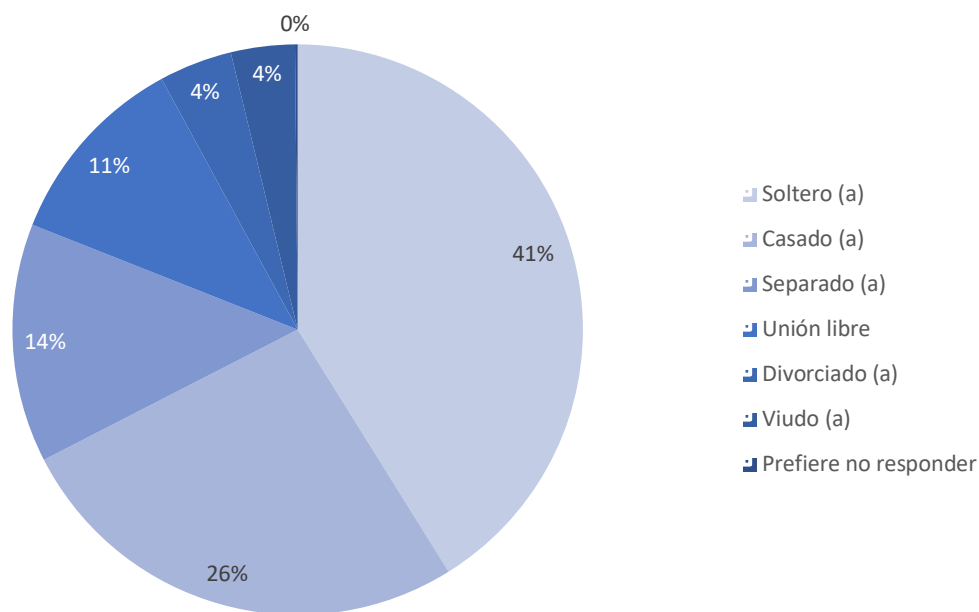


Figura 19. Distribución por estado civil de usuarios(as) con síntomas de ansiedad durante el periodo marzo-abril 2022

### **ENTIDAD FEDERATIVA**

Con respecto a la entidad federativa de procedencia, se recibieron 309 llamadas del Estado de México, siendo Ecatepec el 12%, Naucalpan el 8% y Toluca el 6%. En lo que refiere a la Ciudad de México se reportaron 306 llamadas, representando la alcaldía Iztapalapa el 20%, Gustavo A. Madero el 16% y Tlalpan el 10%. De Puebla se recolectaron 83 llamadas, sobresaliendo el municipio de Puebla de Zaragoza con un 46%, Zapopan con 7% y San Pedro Cholula en un 3%. [Figura 20]

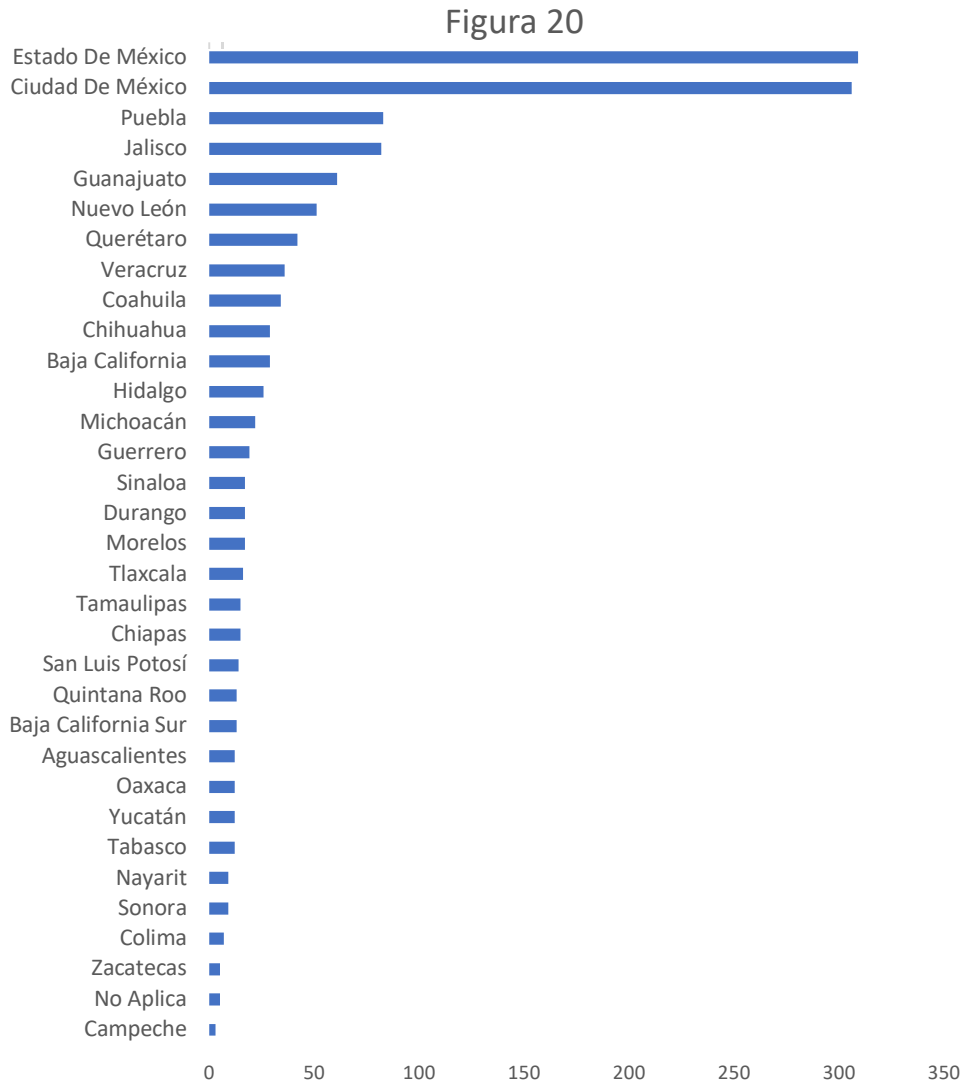


Figura 20. Distribución por entidad federativa de usuarios(as) con síntomas de ansiedad durante el periodo marzo-abril 2022

Del total de llamadas recibidas, se estudió el porcentaje de llamadas dedicadas a buscar atención por síntomas ansiedad por cada entidad federativa, siendo las más representativas: Colima 36.8%, Tlaxcala 34.7%, Nayarit 34.6%, Queretaro 33.7%. Baja California Sur 32.5%, Durango 31.4%. [Tabla 1]

**TABLA 1. Frecuencia de llamadas destinadas a la atención de síntomas de ansiedad y depresión por entidad federativa.**

Entidad federativa	Síntomas depresivos (%)	Síntomas ansiosos (%)
Aguascalientes	42.5	30
Baja California	20	27.6
Baja California Sur	27.5	32.5
Campeche	10.5	15.7
Chiapas	26.6	25
Chihuahua	27	25.2
Ciudad De México	24	26
Coahuila	21.3	27.8
Colima	31.5	36.8
Durango	24	31.4
Estado De México	24	27
Guanajuato	24.6	29.4
Guerrero	36.5	30
Hidalgo	24.2	27.3
Jalisco	28	26.5
Michoacán	28.8	22.6
Morelos	18.3	17.3
Nayarit	27	34.6
Nuevo León	20.4	24.2
Oaxaca	20.8	25
Puebla	27.3	29
Querétaro	30.7	33
Quintana Roo	47.5	32.5
San Luis Potosí	23.6	25.4
Sinaloa	15	25.7
Sonora	20	16.3
Tabasco	36.3	27.2
Tamaulipas	34.6	30.6
Tlaxcala	28.2	34.7
Veracruz	23.2	22.6
Yucatán	33.3	23.5
Zacatecas	29	20.8

## *SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN*

La presentación de síntomas de depresión junto a síntomas de ansiedad se observó en 782 de los usuarios(as), representando el 15% del total de llamadas.

La población con la asociación de estos dos síntomas fue predominantemente masculina (56%), con edad comprendida entre los 21 y los 40 años (56%). Se registraron con secundaria completa en un 20%, preparatoria completa en un 19% y licenciatura completa en un 18%. Se identificaron como empleados(as) en un 31% y como desempleados(as) en un 22%. El estado civil predominante fue el de soltero con un 38%. Las entidades en donde más se encontró esta asociación sintomática fueron Estado de México (22%), Ciudad de México (21%) Puebla y Jalisco (6%).

## DISCUSIÓN

La LV se constituye como un esfuerzo por parte de la Secretaría de salud en la reducción de la brecha de atención por problemas vinculados a la salud mental, por lo que no existen estudios previos acerca de las características sociodemográficas de sus usuarios.

El objetivo de este estudio fue describir las características de la población que solicita atención en la LV en relación con síntomas de ansiedad y depresión. Se encontró que, en su mayoría, el perfil del usuario de este servicio es el de hombres de entre 21 y 40 años, empleados, con escolaridad licenciatura o secundaria completa, solteros y residentes de la Ciudad de México.

Se identificó la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en el 25 y 27% respectivamente en la muestra observada; tales cifras se alejan de los resultados presentados por la encuesta nacional de epidemiología en México (Medina-Mora et



al., 2003), puesto que los trastornos afectivos tuvieron prevalencia del 9.1% y la ansiedad del 14.3%; lo que podría deberse a que la LV ofrece atención dirigida a problemas de salud mental de manera específica o, bien, esta discrepancia se relaciona con el año de aplicación de la encuesta nacional (2003) significando una diferencia temporal importante. Por otro lado, encontramos que según cifras del INEGI en 2017 la prevalencia de síntomas depresivos fue del 32.5% (INEGI, 2017) en la población mexicana, cifra a la que se acercan los resultados de esta investigación; los cuales también corresponden a lo reportado en 2021 (Gaitán-Rossi et al., 2021) en el marco de la encuesta EnCovid 19 donde se reportó un aumento en la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada con un 31% durante el periodo abril-agosto del 2020; la misma EnCovid-19 reportó la prevalencia de síntomas depresivos en el 20% de la población Mexicana en octubre del 2021, la cual alcanzaba hasta el 31% en población con nivel socioeconómico bajo, en cuanto a la prevalencia de ansiedad en ese mismo periodo fue del 20% alcanzando al 30% de la población con nivel socioeconómico bajo.

La Encuesta nacional de bienestar autorreportado (INEGI, 2021) estudió a 36.978 mexicanos y reportó una prevalencia del 10.7% para depresión y 44.7% en lo que confiere a ansiedad; datos que estuvieron por encima de los resultados encontrados en esta investigación. Así mismo, en una cohorte de 1667 pacientes (Rodríguez-Hernández C., 2021), se reportó una prevalencia del 36.3% en depresión y 37.7% en ansiedad en población mexicana; ambos estudios muestran una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y el último, de síntomas depresivos con respecto a las frecuencias encontradas en este estudio, lo que podría deberse a diferencias metodológicas al momento de recolectar las variables.

Los resultados que en este estudio se arrojan, dan muestra de un aumento en los indicadores de ansiedad y depresión de la población mexicana y parecen estar en concordancia con lo reportado por diversas fuentes.

En cuanto al género, del total de hombres que llamaron a la LV 26% reportaron síntomas de depresión y 28% síntomas de ansiedad, mientras que en mujeres se encontró 21 y 23% respectivamente; esto difiere de otros estudios nacionales donde ambas entidades nosológicas enmarcan mayor prevalencia en mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública., 2019; Medina-Mora et al., 2003; Gaitán-Rossi et al., 2021, Rodríguez-Hernández C., 2021; Cerecero-García D., 2020); contrastando también con investigaciones realizadas en líneas de atención a crisis en Sudáfrica y Estados Unidos (Meehan SA et al., 2007; Roth KB., 2021) donde se observa la misma tendencia en cuanto al género. Lo anterior puede indicar que los hombres de nuestra muestra cuentan con mayor acceso a medios de comunicación que les permiten conocer este tipo de servicio, o bien, que las dificultades para la expresión de emociones asociadas a la masculinidad (Seidler ZE., 2016), podrían estar siendo sorteadas a través de un medio anónimo como lo es la LV.

No obstante, se pudo recabar información acerca de otros géneros, tales como hombres y mujeres trans, género fluido, queer y no binarios, estas poblaciones no han sido reportadas en otros estudios enfocados en líneas de intervención en crisis ni en los que han logrado determinar prevalencias en la población mexicana.

El rango de edad donde se presentó mayor síntomas de ansiedad y depresión se estipuló entre los 21 y los 40 años. En lo que respecta a este rubro no se encontraron estudios dentro de la literatura mexicana, que observen las edades en donde se encuentran mayores indicadores de ansiedad o depresión, salvo por un estudio

(Gaitán-Rossi et al., 2021) que reportó mayor prevalencia de ansiedad en población mayor a 50 años. Los estudios de las características sociodemográficas de usuarios de líneas para intervención en crisis como los realizados en Bangladesh, China, Estados Unidos (Iqbal Y et al, 2019., Du N et al. 2019., Roth KB., 2021) reportan rangos de edad entre los 18 y 45 años, lo cual es coincidente con nuestro estudio. La escolaridad mayoritariamente observada en las y los usuarios con síntomas de depresión y ansiedad correspondió a licenciatura y secundaria completas. Estos resultados difieren de los encontrados en 2020 (Cerecero-García D., 2020), donde la mayor prevalencia de síntomas depresivos se reportó en población sin estudios, con nivel de escolaridad alto como aparente variable sociodemográfica protectora. Otros estudios en nuestro país no exploran a profundidad la relación de grado de escolaridad y síntomas ansiosos o depresivos. En Estados Unidos (Roth KB., 2021) se encontró que, en su población, a mayor escolaridad, mayor uso de líneas para intervención en crisis, en asonancia con lo obtenido en este estudio. Lo anterior puede deberse a que, a mayor grado e estudios, mayor acceso a medios para la obtención de atención médica.

La mayor parte de quienes hicieron uso de la LV se identificaron como empleados. Estos resultados discrepan de los obtenidos por la encuesta Encovid-19, (Universidad Iberoamericana. 2021) donde se encontró que el trastorno de ansiedad generalizado se presentaba mayormente en personas desempleadas. En otro estudio (Roth KB., 2021), se reporta que la mayor parte de la población que busca atención en líneas de intervención en crisis son personas empleadas, lo cual es similar a lo que aquí se expone. Lo anterior, en relación a que las personas con

empleo tienen mayor acceso a medios alternativos para la obtención de atención en salud.

El estado civil observado en la mayor parte de la población estudiada fue reportado como Soltero(a). Si bien, el no encontrarse en pareja se conoce por medio de la literatura como un factor de riesgo para la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, no se encontraron estudios que relacionen estas variables en la población mexicana. Estudios en otros países (Iqbal Y et al, 2019., Du N et al. 2019., Roth KB., 2021) acerca del uso de líneas de intervención en crisis, reportan que las personas separadas, divorciadas o que han enviudado, son más propensas a hacer uso de este tipo de servicios.

Los estados de donde se recibieron más llamadas durante el periodo estudiado fueron la Ciudad de México, el Estado de México, Jalisco y Puebla. Estos resultados corresponden a lo reportado por ENSANUT (Instituto Nacional de Salud Pública. 2019), donde se encontró mayor prevalencia de depresión en Ciudad de México y zona centro de la república mexicana.

En cuanto a las llamadas por estado en las que se buscaba atención específicamente por problemas relacionados a síntomas depresivos, se encontró que buena parte de la población se encuentra en estados del sur (Quintana Roo, Guerrero, Tabasco y Yucatán), lo cual corresponde a lo reportado por autores mexicanos (Cerecero-García D., 2020; Rodríguez-Hernández C., 2021) quienes determinaron que la prevalencia de depresión al sur de nuestro país es del 17%, la más alta a nivel nacional.

Llama la atención que, en los estados de donde se reportó mayor índice de llamadas para atención por síntomas de ansiedad y depresión, se cuenta con grados de

marginación y vulnerabilidad medio-alto, lo cual podría estar ligado con la presencia de problemas de salud mental.

Ahora bien, el estudio logró su objetivo principal. Se ha podido generar un registro de las características demográficas de las personas que llaman a la LV buscando atención por síntomas de ansiedad y depresión. Los hallazgos han demostrado el valor de la recolección de estos datos con estudios epidemiológicos realizados en nuestro país. Los resultados obtenidos y su seguimiento a través del tiempo tienen el potencial de representar a la población mexicana que requiere atención por problemas de salud mental, lo cual podría ser útil para planificar e implementar programas de intervención específicos en salud mental.

En este sentido, para determinar el impacto real que puede tener este servicio como observatorio de salud mental en nuestro país, se recomienda continuar con la cuantificación de los datos sociodemográficos e implementar diversas escalas que puedan incrementar la sensibilidad y especificidad de los datos obtenidos. Se recomienda también, aumentar el número de variables a fin de conocer las asociaciones entre estas, como lo han realizado diferentes estudios en este y otros países, haciendo uso también de la edad de inicio de síntomas, los trastornos del neurodesarrollo, las autolesiones no suicidas, la presencia de probables trastornos de la personalidad, los problemas relacionados al sueño, el acceso a salud por medio de seguridad social, ingreso mensual y eventos sociales, meteorológicos y culturales.

## LIMITACIONES.

Inicialmente el estudio estaba programado para realizarse durante el periodo noviembre 2021 a enero 2022; sin embargo, debido a dificultades operativas derivadas de la modificación en las capacidades y atribuciones otorgadas a la LV siguiendo el plan de acción específico 2020-2024, la muestra se tomó durante el periodo marzo-abril, alcanzando una *N* cercana a la inicialmente propuesta. Pese a ello, en el futuro, se debe incluir una muestra más grande a través del tiempo para mejorar la generalización del estudio y validar lo aquí expuesto.

Debido a las dificultades operativas ya descritas, el instrumento utilizado por el personal que recolectó los datos fue una entrevista basada en escalas inicialmente propuestas en la metodología y en criterios de CIE-11, no lográndose aplicar clinimetría específica para ansiedad y depresión, por lo que los instrumentos utilizados en el futuro deberán refinarse, buscando además la capacitación de los operarios de este servicio con el propósito de aumentar la sensibilidad y especificidad de estudios ulteriores.

## CONCLUSION.

Pese a las limitaciones del estudio, se logró el objetivo general de este estudio, reportándose datos que en su mayoría se relacionan con lo obtenido en varias investigaciones nacionales. La importancia de los resultados de este estudio radica en que hasta la fecha, no existe estadística publicada acerca de las líneas de intervención en crisis en México, por lo que estos resultados pueden mejorar nuestra comprensión acerca de la demografía de la población mexicana con problemas relacionados a salud mental y servir como indicadores para la aplicación de programas comunitarios de intervención dirigidos a poblaciones específicas.

## REFERENCIAS

1. Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). Salud mental. Recuperado de OurWorldInData.org website: <https://ourworldindata.org/mental-health>
2. The Lancet Global Health. (2020). Mental health matters. *The Lancet Global Health*, 8(11), e1352. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30432-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30432-0)
3. Benjet, C., Casanova, L., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Pública de México*, 55(3), 248. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7207>
4. Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185-199. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>
5. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. (World Health Organization). Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
6. Richter, D., Wall, A., Bruen, A., & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393-407. <https://doi.org/10.1111/acps.13083>
7. Furukawa, T. A. (2019). An epidemic or a plague of common mental disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 391-392. <https://doi.org/10.1111/acps.13108>

8. World Health Organization. (2004). Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
9. Secretaría de Salud. (2021). Programa de Acción Específico. Salud Mental y Adicciones 2020-2024. (Secretaría de Salud). Obtenido de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626039/PAE\\_CONASAMA\\_26\\_3\\_21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626039/PAE_CONASAMA_26_3_21.pdf)
10. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, et al. . (2003). revalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
11. INEGI. (2017). Encuesta Nacional de los Hogares 2017. (INEGI). Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)
12. Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados Nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Obtenido de [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
13. Lara Muñoz, M., Medina-Mora, M. y Borges, G. (2007). Coste social de los trastornos mentales: discapacidad y jornadas laborales perdidas. Resultados de la encuesta mexicana de epidemiología psiquiátrica / El costo social de los trastornos mentales. Discapacidad y días productivos perdidos. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología



Psiquiátrica. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11. Obtenido de [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1184/1182](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1184/1182)

14. Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090. [https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc\\_893\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_893_19)
15. Jenkins R, Meltzer H. (2012) The Mental Health Impacts of Disasters. Government Office of Science, UK. Obtenido de [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/286994/12-1297-mental-health-impacts-of-disasters.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/286994/12-1297-mental-health-impacts-of-disasters.pdf)
16. Álvarez-Icaza, D., & Medina-Mora, M. E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Salud Pública de México*, 60(Supl.1), 52. <https://doi.org/10.21149/9399>
17. Escuela Nacional de Protección Civil del Centro Nacional de Prevención de Desastres. (2018). Informe sobre acciones coordinadas interinstitucionalmente en el marco de la Salud Mental frente al fenómeno sísmico registrado el 19 de septiembre de 2017 en la Ciudad de México: acciones interinstitucionales, lecciones aprendidas y buenas prácticas. (CENAPRED). Obtenido de [http://www.enaproc-cenapred.gob.mx/descargas/ACCIONES\\_EN\\_EL\\_MARCO\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_MENTAL.pdf](http://www.enaproc-cenapred.gob.mx/descargas/ACCIONES_EN_EL_MARCO_DE_LA_SALUD_MENTAL.pdf)

18. Pablo Gaitán Rossi. (2020). ENCOVID-19 Ansiedad y depresión en los hogares mexicanos frente a los retos del COVID-19. (EQUIDE Universidad Iberoamericana). Obtenido de <http://itzel.lag.uia.mx/publico/covid-19/images/comunicados/encovid.pdf>
19. Rhodes, J., Chan, C., Paxson, C., Rouse, C. E., Waters, M., & Fussell, E. (2010). The impact of Hurricane Katrina on the mental and physical health of low-income parents in New Orleans. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 237-247. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01027.x>
20. Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
21. Bliźniewska-Kowalska, K. M., Halaris, A., Wang, S.-C., Su, K.-P., Maes, M., Berk, M., & Gałeccki, P. (2021). A Review of the Global Impact of the COVID-19 Pandemic on Public Mental Health, with a Comparison Between the USA, Australia, and Poland with Taiwan and Thailand. *Medical Science Monitor*, 27. <https://doi.org/10.12659/MSM.932220>
22. Bhattacharjee, B., & Acharya, T. (2020). "The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA – A Review with Some Coping Strategies". *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1135-1145. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09836-0>
23. Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *The*

- Lancet Psychiatry*, 8(5), 416-427. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
24. Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
25. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian journal of anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
26. Gerardo Esquivel. (2020). Los impactos económicos de la pandemia en México. *Economía UNAM*, 17. Num 15, 28-40.
27. World Health Organization. (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>.
28. Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621-635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
29. Cheng, P., Xia, G., Pang, P., Wu, B., Jiang, W., Li, Y.-T., Wang, M., Ling, Q., Chang, X., Wang, J., Dai, X., Lin, X., & Bi, X. (2020). COVID-19 Epidemic Peer Support and Crisis Intervention Via Social Media. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 786-792. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00624-5>

30. Feinstein, R. E. (2021). Crisis Intervention Psychotherapy in the Age of COVID-19. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(3), 152-163. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000542>
31. Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., Yang, D., & Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Research*, 286, 112903. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>
32. Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. A. (2020). The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 7, 399. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399>
33. Runkle, J. D., Michael, K. D., Stevens, S. E., & Sugg, M. M. (2021). Quasi-experimental evaluation of text-based crisis patterns in youth following Hurricane Florence in the Carolinas, 2018. *Science of The Total Environment*, 750, 141702. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.141702>
34. Voracek, M., & Sonneck, G. (1999). Telephonic service utilization in a crisis intervention centre: Some findings, similar to temporal variation in suicides. Archives. *Archives of Suicide Research*, 5(2), 125-139. <https://doi.org/10.1023/A:1009684922042>
35. Schwab-Reese, L., Kanuri, N., & Cash, S. (2019). Child Maltreatment Disclosure to a Text Messaging–Based Crisis Service: Content Analysis. *JMIR MHealth and UHealth*, 7(3), e11306. <https://doi.org/10.2196/11306>
36. Sugg, M. M., Michael, K. D., Stevens, S. E., Filbin, R., Weiser, J., & Runkle, J. D. (2019). Crisis text patterns in youth following the release of 13 Reasons Why Season 2 and celebrity suicides: A case study of summer 2018.

- Preventive Medicine Reports*, 16, 100999.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100999>
37. Sugg, M. M., Dixon, P. G., & Runkle, J. D. (2019). Crisis support-seeking behavior and temperature in the United States: Is there an association in young adults and adolescents? *Science of The Total Environment*, 669, 400-411. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2019.02.434>
38. Larsen, M. E., Torok, M., Huckvale, K., Reda, B., Berrouiguet, S., & Christensen, H. (2019). Geospatial suicide clusters and emergency responses: An analysis of text messages to a crisis service. *2019 41st Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC)*, 6109-6112. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2019.8856909>
39. Thompson, L. K., Sugg, M. M., & Runkle, J. R. (2018). Adolescents in crisis: A geographic exploration of help-seeking behavior using data from Crisis Text Line. *Social Science & Medicine*, 215, 69-79. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.025>
40. Ohtaki, Y., Oi, Y., Doki, S., Kaneko, H., Usami, K., Sasahara, S., & Matsuzaki, I. (2017). Characteristics of Telephone Crisis Hotline Callers with Suicidal Ideation in Japan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(1), 54-66. <https://doi.org/10.1111/sltb.12264>
41. Jenkins, R. (2008). Making psychiatric epidemiology useful: The contribution of epidemiology to government policy: Editorial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 2-14. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2001.00004.x>

42. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
43. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
44. INEGI. (2017). Encuesta Nacional de los Hogares 2017. (INEGI). Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_res\\_ultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_res_ultados.pdf)
45. Gaitán-Rossi P, Pérez-Hernández V, Vilar-Compte M, Teruel-Belismelis G. Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica Mex.* 18 de junio de 2021;63(4):478-85.
46. INEGI. (2021 Encuesta Nacional De Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021. (INEGI). Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSocio\\_demo/ENBIARE\\_2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSocio_demo/ENBIARE_2021.pdf)
47. Rodríguez-Hernández C, Medrano-Espinosa O, Hernández-Sánchez A. Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *GMM.* 22 de abril de 2021;157(3):6195.

48. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. noviembre de 2016;49:106-18.
49. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex*. 24 de noviembre de 2020;62(6, Nov-Dic):840-50.
50. Meehan SA, Broom Y. Analysis of a National Toll Free Suicide Crisis Line in South Africa. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. febrero de 2007;37(1):66-78.
51. Roth KB, Szlyk HS. Hotline Use in the United States: Results from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *Adm Policy Ment Health*. mayo de 2021;48(3):564-78.
52. Du N, Ouyang Y, He Z, Huang J, Zhou D, Yuan Y, et al. The qualitative analysis of characteristic of callers to a psychological hotline at the early stage of COVID-19 in China. *BMC Public Health*. diciembre de 2021;21(1):809.
53. Iqbal Y, Jahan R, Matin MR. Descriptive characteristics of callers to an emotional support and suicide prevention helpline in Bangladesh (first five years). *Asian Journal of Psychiatry*. octubre de 2019;45:63-5.
54. Universidad Iberoamericana. (2021). ECOVID-19 Seguimiento de los efectos de la COVID-19 en el bienestar de los hogares mexicanos, Resultados a octubre 2021 (EQUIDE Universidad Iberoamericana).

Obtenido de [https://equide.org/wp-content/uploads/2022/02/encovid\\_oct21\\_prodeq\\_08feb22.pdf](https://equide.org/wp-content/uploads/2022/02/encovid_oct21_prodeq_08feb22.pdf)



Ciudad de México a 04 de noviembre del 2021

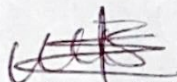
Dr. Hector Cabello Rangel.  
COORDINADOR DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor teórico de Tesis** de **José Trinidad Chávez Valencia**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**A T E N T A M E N T E**



**Dra. Alexiz Bojorge Estrada**  
**Subdirectora de la Comisión nacional contra las adicciones**

Ciudad de México a 04 de noviembre del 2021

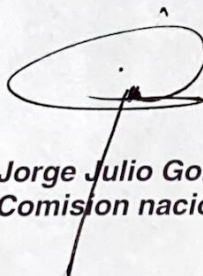
Dr. Hector Cabello Rangel.  
COORDINADOR DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor metodológico de Tesis** de **José Trinidad Chávez Valencia**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**A T E N T A M E N T E**



**Dr. Jorge Julio Gonzalez.**  
**Director General de la Comisión nacional contra las adicciones**



Ciudad de México a 04 de noviembre del 2021

**DRA. EVALINDA BARRÓN VELÁZQUEZ**  
**DIRECTORA DE VINCULACIÓN Y COORDINACIÓN OPERATIVA, COMISIÓN NACIONAL**  
**CONTRA LAS ADICCIONES.**

**DRA. ALEXIZ BOJORGE ESTRADA**  
**SUBDIRECTORA DE LA COMISION NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES**

*PRESENTE*

*Con el presente me dirijo a ustedes para solicitar acceder y hacer uso de la base de datos de "La Línea de la Vida" de los meses noviembre 2021, diciembre 2021 y enero 2022 para el análisis de los mismos con la finalidad de realizar la tesis de grado que lleva el título "Caracterización de la población que solicita atención en "La línea de la vida" por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo noviembre 2021 y enero 2022" la cual ha sido aprobada por el comité de investigación y que forma parte de las directrices y lineamientos de la Residencia médica en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, comprometiéndome a:*

1. Mantener estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe. Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
2. No aceptar agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
3. No manejar información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
4. En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
5. No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
6. No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
7. En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
8. En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

*Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo*

~~ATENTAMENTE.~~

José Trinidad Chávez Valencia  
Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría

*Recibido*



Ciudad de México a 04 de noviembre del 2021

**COMISION NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES  
CENTRO DE ATENCIÓN CIUDADANA LA LÍNEA DE LA VIDA**

Yo Dra. Alexiz Bojorge Estrada manifiesto que participo como tutora del proyecto de investigación Caracterización de la población que solicita atención en "La línea de la vida" por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo noviembre 2021 diciembre 2021 y enero 2022 del Dr. José Trinidad Chávez Valencia aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"; en el que se me ha solicitado acceso a la base de datos de registros de "la línea de la Vida", la cual contiene información general que no identifica a los usuarios del sistema, tales como edad, escolaridad, sexo, ocupación, estado civil, ciudad de origen.

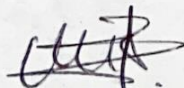
En consonancia con la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, manifestó que no tengo ningún interés personal, familiar o de negocios puedan afectar mi desempeño imparcial de mi empleo, cargo o comisión. Tampoco obtendré ningún beneficio económico ni de otra índole.

El acceso a la información se concede con base a la Ley General De Transparencia Y Acceso A La Información Pública Artículo 4. *"El derecho humano de acceso a la información comprende solicitar, investigar, difundir, buscar y recibir información. Toda la información generada, obtenida, adquirida, transformada o en posesión de los sujetos obligados es pública y accesible a cualquier persona en los términos y condiciones que se establezcan en la presente Ley, en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, la Ley Federal, las leyes de las Entidades Federativas y la normatividad aplicable en sus respectivas competencias; sólo podrá ser clasificada excepcionalmente como reservada temporalmente por razones de interés público y seguridad nacional, en los términos dispuestos por esta Ley"*

La información se usará únicamente con fines académicos y de investigación.

*Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo*

**A T E N T A M E N T E**



**DRA. ALEXIZ BOJORGE ESTRADA  
SUBDIRECTORA DE LA COMISION NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES**



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

Ciudad de México a 13 Mayo 2022

Dr. Ricardo Mora Duran  
Jefe de Unidad de Investigación, Enseñanza y Capacitación  
Del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**PRESENTE:**

Informó a usted que el Comité de Ética en investigación ha revisado el Protocolo de Investigación titulado "Caracterización de la población que solicita atención en "línea de la vida" por problemas relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva en México durante el periodo de noviembre 2021 y enero 2022" referido por el Tesista Dr. José Trinidad Chávez Valencia y al ser valorado exponemos las siguientes observaciones:

- La descripción sobre el procedimiento para la obtención de la muestra es confusa, ya que no refiere si la información se realizara en llamada ya registrada y grabada o se hará otra llamada en tiempo real
- Referir si existe un consentimiento por parte del usuario para uso de datos en investigación.
- Anexar cartas de permiso por parte de CONADIC para usos de datos.
- Anexar carta de aprobación de Comité de Ética en Investigación de SAP/CONADIC.
- Establecer ruta de canalización en caso de encontrar condiciones clínicas que requieran atención
- Anexar carta de No conflicto de Interés.

Conclusión: **Aprobado** con las anteriores observaciones.

ATENTAMENTE

"HOMBRE SOY Y NADA HUMANO ES AJENO A MI"

DRA. RAQUEL ADRIANA ZENTENO AGUAYO  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

C.c.p. Dr. Héctor Cabello Rangel, Jefe de Investigación.

C.c.p. Archivo