

## Diferencias de edad y género en la frecuencia de atención en emergencias por trastornos depresivos y de ansiedad en la población peruana 2021-2022

Alberto Guevara-Tirado<sup>1a</sup> 

1. Facultad de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.
  - a. Médico cirujano. Maestro en medicina.

### Correspondencia:

Alberto Guevara Tirado

**Dirección:** Calle Doña Delmira manzana E lote 4 Urbanización Los Rosales, Santiago de Surco, Lima, Perú.

### Correo electrónico:

albertoguevara1986@gmail.com

### Resumen

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y riesgo de necesidad de atención en emergencias por trastornos de ansiedad y depresión en la población peruana. **Material y métodos:** Estudio observacional, de casos y controles, retrospectivo basado en datos del Ministerio de Salud peruano entre enero de 2021 a noviembre de 2022. Fueron incluidos todos los pacientes ingresados en emergencias por trastornos ansiosos y depresivos según los códigos de la clasificación internacional de enfermedades. **Resultados:** 74,2 % de mujeres ingresaron por depresión, el grupo etario más frecuente fue el adulto joven. 65,8 % de ingresos por ansiedad fueron mujeres, el grupo etario más frecuente fue el adulto intermedio. Las mujeres tuvieron una probabilidad 2,14 veces mayor de ingresar a emergencias por problemas relacionado al trastorno depresivo y 1,44 veces por problemas relacionados al trastorno de ansiedad que los hombres. Los menores de 18 años tuvieron 3,15 veces mayor probabilidad de ingreso por problemas relacionados a la depresión, mientras que los adultos de edad igual o mayor a 18 tuvieron una probabilidad 2,06 veces mayor de ingreso a urgencias por trastornos relacionados a la ansiedad que los menores de edad. **Conclusión:** Las mujeres tienen mayor probabilidad de ingresar a urgencias por problemas relacionados al trastorno de ansiedad y depresión que los hombres, los menores de edad y mayores de 18 años tienen mayor riesgo de ingreso por depresión y ansiedad, respectivamente.

**Palabras clave:** Depresión; Ansiedad; Urgencias Médicas; Salud Mental; Oportunidad Relativa (Fuente: DeCS-BIREME)

## Age and gender differences in the frequency of emergency care for depressive and anxiety disorders in the Peruvian population 2021-2022

### Abstract

**Objective:** To determine the frequency and risk of needing emergency care due to anxiety disorders and depression in the Peruvian population. **Material and methods:** Observational, case-control, retrospective study based on data from the Peruvian Ministry of Health between January 2021 and November 2022. All patients admitted to the emergency room for anxious and depressive disorders were included according to the codes of the international classification of diseases. **Results:** 74.2 % of women were admitted due to depression, the most frequent age group was young adults. 65.8 % of admissions for anxiety were women, the most frequent age group was the intermediate adult. Women were 2.14 times more likely to be admitted to the emergency room for problems related to depressive disorder and 1.44 times more likely for problems related to anxiety disorder than men. Those under 18 years of age were 3.15 times more likely to be admitted for depression-related problems, while adults 18 or older were 2.06 times more likely to be admitted to the emergency room for anxiety-related disorders than those under 18 years of age. **Conclusion:** Women are more likely to be admitted to the emergency room for problems related to anxiety disorder and depression than men; minors and those over 18 years of age have a higher risk of admission for depression and anxiety, respectively.

**Key words:** Depression; Anxiety; Emergencies; Mental Health; Odds Ratio (Source: MeSH-NLM)

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental que cursa con bajo estado de ánimo y aversión a las actividades, afectando los pensamientos, conducta, motivación, sentimientos y sensación de bienestar<sup>(1)</sup>. Puede ser un síntoma del trastorno depresivo mayor y la distimia; de ellos, el trastorno depresivo mayor es una importante causa de morbilidad a nivel mundial, caracterizado principalmente por un estado persistente de baja autoestima, interés o placer, entre otros síntomas menores<sup>(2)</sup>. El diagnóstico se basa en los criterios del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) y la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima edición (CIE-10)<sup>(3)</sup>, los cuales tienen como síntomas principales el ánimo depresivo, la anhedonia y la pérdida de energía en el CIE-10 y el ánimo depresivo y la anhedonia según el DSM-V<sup>(4)</sup>.

Asimismo, es importante la temporalidad de los síntomas, por ejemplo, en el episodio depresivo mayor, el cual debe durar al menos dos semanas y cuya gravedad se defina en función de la gravedad de los síntomas acompañantes para diferenciarlo de otros trastornos como la distimia, el trastorno adaptativo, entre otros<sup>(5)</sup>. La causa del trastorno depresivo se ha explicado a través del modelo biopsicosocial y del modelo diátesis-estrés<sup>(6)</sup>, ya que es un trastorno complejo, multifactorial y que requiere excluir otras enfermedades orgánicas y trastornos mentales para un diagnóstico correcto. Se estima que alrededor del 4,30 % de la población mundial padece depresión mayor, se estima que la prevalencia en todos los países fluctúa entre el 8 % al 12 %<sup>(7)</sup>; en el Perú oscila entre el 6 % al 10 %, principalmente en Lima metropolitana<sup>(8)</sup>.

Los trastornos de ansiedad, antes llamados neurosis de ansiedad<sup>(9)</sup>, son trastornos mentales caracterizados por sentimientos de miedo y angustia incontrolables, afectando las funciones socioemocionales de las personas que la padecen<sup>(10)</sup>. Causa síntomas físicos y psicológicos como inquietud, irritabilidad, fatiga, dificultad para concentrarse, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria<sup>(11)</sup>, dolor en el pecho, dolor abdominal, sensación de desmayo, sudoración, entre otros<sup>(12)</sup>. Existen varios tipos de trastornos de ansiedad; trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por enfermedad, fobias, ansiedad social, ansiedad por separación, trastorno de pánico y el mutismo selectivo son parte del amplio espectro de trastornos ansiosos<sup>(13)</sup>.

El trastorno de ansiedad generalizada es el más común, caracterizado por una preocupación excesiva, incontrolable y muchas veces irracional que interfiere con las actividades diarias e incluye síntomas físicos y psicológicos<sup>(14)</sup>. Al igual que la depresión mayor, hay un componente biopsicosocial en su etiología, pero la contribución por alteraciones genéticas familiares es alrededor del 30 %<sup>(15)</sup>. A nivel mundial se estima que el trastorno de ansiedad generalizada afecta al 3,60 % de los adultos, 3 % en niños y 11 % en adolescentes<sup>(16)</sup>. No hay datos concretos sobre su prevalencia en Latinoamérica, pero se estima que el 9 % de la población de países latinoamericanos

presenta algún tipo de trastorno ansioso<sup>(17)</sup>.

El estudio de la depresión y la ansiedad en el Perú abarcó principalmente estudios de prevalencia e incidencia, orientados a la coexistencia de estos trastornos en diferentes contextos socioeconómicos, en ese sentido, existen estudios de factores de riesgo y prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en estudiantes, trabajadores, en presencia de otras comorbilidades orgánicas, entre otros<sup>(18)</sup>. Por ello, el objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias de género y edad en la frecuencia y riesgo de ingreso a emergencias por trastornos depresivos y ansiosos en la población peruana.

## METODOLOGIA

### Diseño de investigación

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de casos y controles.

### Población y muestra

Basado en datos de ingresos a servicios de emergencias de centros de salud de todo el país, de la base de datos del Ministerio de Salud (MINSA) desde enero de 2021 a noviembre de 2022. No se aplicó ninguna fórmula por lo que el tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional por conveniencia siendo un total de 3 423 atenciones por problemas relacionados a trastornos depresivos y 8 792 problemas vinculados al trastorno de ansiedad provenientes de centros de salud públicos de todo el país.

En ese sentido, se incluyeron a todas las personas registradas en la base de datos del MINSA, de ambos sexos y de todas las edades. Se excluyeron los registros que estuvieron incompletos. De forma secundaria para el estudio de casos y controles, se consideró a los ingresos con depresión y ansiedad (casos), respecto a todos los demás ingresos ajenos a estos diagnósticos (controles) siendo un total de 1 048 575 personas.

### Variables y mediciones

Las variables fueron: Trastornos depresivos, que incluyó los ingresos con código CIE-10 F32 (episodio depresivo) y F33 (trastorno depresivo recurrente); Trastornos de ansiedad, que incluyó a todos los pacientes ingresados que abarquen el grupo del código F40 (trastornos fóbicos de ansiedad) y F41 (otros trastornos de ansiedad)<sup>(19)</sup>; grupo etario, dividido en niñez (6 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), adulto joven (18 a 39 años), intermedio (40 a 59 años) y mayor (igual o mayor a 60 años). Se realizó un análisis documental ya que se revisó los registros de la base de datos para filtrar los casos pertinentes para la investigación.

### Análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 25. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para evaluar

la asociación estadística, también se utilizó la razón de oportunidades (Odds Ratio) para la estimación del riesgo. Los hallazgos se midieron con un valor de p significativo menor del 0.05 con un intervalo de confianza al 95 %

### Consideraciones éticas

La base de datos no incluyó datos personales, se respetó las normas de la declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

De 3 423 ingresos por trastornos depresivos, 74,20 % fueron mujeres, de los 8 792 ingresos por trastornos ansiosos, el 65,80 % fueron mujeres (tabla 1).

**Tabla 1.** Frecuencia de ingresos a urgencias por problemas relacionados a trastornos depresivos y ansiosos en la población peruana según sexo.

Sexo	Depresión		Ansiedad	
	N	%	N	%
Mujeres	2 539	74,2	5 787	65,8
Hombres	884	25,8	3 005	34,2
Total	3 423	100,0	8 792	100,0

Por grupo etario, los ingresos a emergencias por trastornos depresivos fueron mayores en adultos jóvenes (44,80 %) y adolescentes (16,70 %) mientras que, en los ingresos por trastornos de ansiedad, el grupo adulto intermedio (47,70 %) y adulto mayor (17,70 %) fueron más frecuentes (tabla 2).

**Tabla 2.** Frecuencia de ingresos a urgencias por problemas relacionados a trastornos depresivos y ansiosos en la población peruana, según grupo etario.

Grupo etario	Depresión		Ansiedad	
	N	%	N	%
Niñez	11	0,3	37	0,4
Adolescencia	573	16,7	235	2,7
Adulto joven	1 532	44,8	2 770	31,5
Adulto intermedio	927	27,1	4 191	47,7
Adulto mayor	380	11,1	1 559	17,7
Total	3 423	100,0	8 792	100,0

Las mujeres tuvieron una probabilidad 2,14 veces mayor que los hombres de ingresar a emergencias por complicaciones

relacionadas a trastornos depresivos. También tuvieron una probabilidad 1,44 veces mayor que los hombres de ingresar a emergencias por alteraciones relacionadas a los trastornos de ansiedad. Los niños y adolescentes tuvieron 3,15 veces mayor probabilidad que los adultos de ingresar por problemas relacionados a los trastornos depresivos mientras que los adultos tuvieron 2,06 probabilidades de ingresar a emergencias por problemas relacionados a trastornos de ansiedad (tabla 3).

**Tabla 3.** Asociación y probabilidad de ingreso a urgencias por problemas relacionados al trastorno depresivo y ansioso en la población peruana según sexo (N= 1 048 575)

Variables		OR	IC:95%	Valor p
Mujeres / hombres	Depresión	2,14	1,99 - 2,32	0,012
Mujeres / hombres	Ansiedad	1,44	1,37 - 1,50	0,001
≤17 / ≥18	Depresión	3,15	2,88 - 3,45	0,003
≥18 / ≤17	Ansiedad	2,06	1,82 - 2,32	0,016

N: Recuento; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza

## DISCUSIÓN

Hubo un alto porcentaje de mujeres que ingresaron a servicios de emergencias por problemas relacionados por trastornos depresivos. Asimismo, tuvieron una probabilidad 2,14 veces mayor que los hombres de ingreso a emergencias por estos trastornos lo que concuerda con Lee, quien en un estudio sobre la prevalencia de depresión y trastornos del sueño y vigilia en mujeres en emergencia en Corea del Sur, encontró que tuvieron un riesgo 1,95 veces mayor que los hombres de padecer depresión <sup>(20)</sup>, y con Hill, quien en un análisis de las visitas al departamento de emergencias por todos los motivos de adultos con depresión en los Estados Unidos, encontró que las mujeres tuvieron 4 veces mayor probabilidad de ingresar a urgencias por trastornos depresivos que los hombres <sup>(21)</sup>.

La depresión es una de las principales causas de discapacidad en mujeres <sup>(22)</sup>, y estudios en diferentes países y grupos étnicos mostraron que su prevalencia general es casi el doble que en los hombres <sup>(23)</sup>, sin embargo en este estudio se halló que la prevalencia en el servicio de emergencias fue casi el triple, lo que implica que las mujeres son más vulnerables a recibir atención médica urgente por trastornos depresivos que los hombres, probablemente debido a las características de este grupo basándonos en la teoría bio-psico-social: el estrés del rol de género, victimizaciones, estilos de afrontamiento de los problemas que muchas veces implica la internalización de los mismos, carga laboral y familiar debido a la responsabilidad de la maternidad, muchas veces no compartida con los hombres, procesos biológicos como la vulnerabilidad genética intrínseca, fluctuaciones hormonales, entre otros <sup>(24)</sup>, son posibles factores que pueden influir en la alta frecuencia y riesgo de ingreso a

emergencias por este trastorno en mujeres que en hombres en la población peruana.

Respecto a los ingresos por problemas relacionados a trastornos de ansiedad, la frecuencia de ingresos fue casi el doble en mujeres que en hombres. Asimismo, el riesgo de ingreso al servicio de emergencias fue 1,44 veces mayor en mujeres respecto a los hombres, lo que concuerda con Tyra, quien en un estudio sobre la epidemiología de las visitas al departamento de emergencias por ansiedad en los Estados Unidos en los años 2009 a 2011, encontró un porcentaje de ingresos por problemas relacionados a trastornos de ansiedad de un 62 %<sup>(25)</sup>. Es probable que factores bio-psico-sociales, sobre todo socioeconómicos, predispongan a las mujeres a ser más vulnerables a acudir con mayor frecuencia y probabilidad que los hombres a los servicios de emergencias; sin embargo, a diferencia de la depresión, cuya frecuencia de ingreso fue 3 veces mayor y el riesgo más del doble, en el caso de la ansiedad la brecha fue menor, lo que indicaría que la presencia de ansiedad está más relacionada con aspectos socioeconómicos y culturales que biológicos según género; tanto en hombres como mujeres considerando que ellas son más vulnerables a los efectos de los trastornos ansiosos.

Se observó que los adultos jóvenes y adolescentes fueron quienes ingresaron con mayor frecuencia a emergencias por problemas relacionados con los trastornos depresivos, a su vez, los menores de 18 años tuvieron tres veces más probabilidades que los adultos de ingresar a emergencias por trastornos depresivos, lo que concuerda con datos de la encuesta de salud mental infantil de la oficina de salud materna e infantil de Estados Unidos, donde alrededor del 13 % de adolescentes habrían padecido al menos un episodio depresivo mayor<sup>(26)</sup>.

Los datos hallados en esta investigación hallaron casi un 17 % de niños y adolescentes lo cual podría atribuirse a las diferentes realidades socioeconómicas entre ambos países. El hecho de que los más jóvenes tengan tan alta frecuencia y riesgo de desarrollar depresión ha sido explicado en base los modelos de neurodesarrollo según los cuales, la presencia de estrés desde edades tempranas, debido al maltrato, presión social, vínculos familiares y sociales negativos<sup>(27)</sup>, entre otros, afectan el sistema nervioso central en desarrollo en estos grupos etarios<sup>(28)</sup>, lo cual ha sido avalado por estudios de resonancia magnética cerebral en jóvenes donde se halló hiperactividad de las amígdalas cerebrales las cuales se relacionan con la corteza cingulada anterior subgenual, área importante en procesos afectivos y cognitivos<sup>(29)</sup>.

Se encontró que, respecto a los ingresos por trastornos ansiosos, según grupo etario, el grupo adulto intermedio fue más numeroso. En la prueba de Odds Ratio, los adultos tuvieron el doble de posibilidades de ingresar a urgencias que los menores de 18 años. La mayor frecuencia y riesgo de ingresos por trastornos ansiosos en adultos es un reflejo de datos epidemiológicos como los del centro de control de enfermedades de los Estados Unidos que mostraron que el 84

% de adultos han manifestado algún tipo de trastorno ansioso en 2019<sup>(30)</sup>. En general, este y la mayoría de los

estudios se basan en prevalencias desde el punto de vista diagnóstico y de cribado, pero no exploran la frecuencia y riesgo de ingresos a servicios de urgencias o emergencias. Los resultados encontrados en la presente investigación mostraron que la frecuencia de ingresos aumento hasta la adultez intermedia, reduciéndose en la adultez mayor, probablemente porque los trastornos ansiosos son diagnosticados inicialmente décadas antes, y en la adultez mayor podrían estar recibiendo tratamiento farmacológico y psicológico.

Las limitaciones del estudio estuvieron relacionadas al posible sesgo de información proporcionada por los médicos en el registro de emergencias, pudiendo existir una subestimación o sobreestimación de los datos. Debido a que los datos provinieron de datos secundarios, no se pudieron valorar factores que pudieron afectar los resultados como el estado civil, comorbilidades, que tipo de medicamentos utiliza, antecedentes familiares, entre otros.

En conclusión, las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres de ingresar a emergencias por complicaciones de trastornos depresivos y ansiosos. Los jóvenes tienen mayor riesgo de ingresar por trastornos depresivos y los adultos por trastornos ansiosos. Es necesario determinar las causas concretas de los ingresos a emergencias desde una perspectiva bio-psico-social, así como el desarrollo de políticas con enfoque preventivo-promocional de salud mental, a fin de disminuir el número de ingresos a emergencias y en consecuencia mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estos trastornos.

**Fuentes de financiamiento.** Autofinanciado.

**Conflicto de interés.** Sin conflicto de interés

**Agradecimientos:** Al ministerio de salud (MINSA) cuyos datos permitieron el desarrollo de esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavieres Á, López SP. La depresión como enfermedad: en defensa del modelo biomédico en psiquiatría. *Rev Med Chil.* 2021;149(2):274–80. Doi: 10.4067/s0034-98872021000200274
2. Christensen MC, Wong CMJ, Baune BT. Symptoms of major depressive disorder and their impact on psychosocial functioning in the different phases of the disease: Do the perspectives of patients and healthcare providers differ? *Front Psychiatry.* 2020;11:280. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00280
3. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 criteria and depression severity: Implications for clinical practice. *Front Psychiatry.* 2018;9:450. Doi:

- 10.3389/fpsy.2018.00450
4. Paykel ES. Basic concepts of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(3):279–89. Doi: 10.31887/dncs.2008.10.3/espaykel
  5. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. StatPearls Publishing [Internet] 2022 [Citado el 28 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
  6. Németh R, Sik D, Katona E. The asymmetries of the biopsychosocial model of depression in lay discourses - Topic modelling online depression forums. *SSM Popul Health*. 2021;14(100785):100785. Doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100785
  7. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700–12. Doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7
  8. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac Med*. 2017;78(4):393-97. Doi: 10.15381/anales.v78i4.14259
  9. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):107–16. Doi: 10.31887/dncs.2017.19.2/macrocq
  10. Pelissolo A. Trastornos de ansiedad y fóbicos. EMC - Tratado Med. 2019;23(2):1–8. Doi: 10.1016/S1636-5410(19)41998-3
  11. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 611-20. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0611
  12. Chand SP, Marwaha R. Anxiety. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [Citado el 28 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
  13. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety disorders: A review. *JAMA*. 2022;328(24):2431–45. Doi: 10.1001/jama.2022.22744
  14. Saramago P, Gega L, Marshall D, Nikolaidis GF. Digital interventions for generalized anxiety disorder (GAD): Systematic review and network meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:726222. Doi: 10.3389/fpsy.2021.726222
  15. Preti A, Demontis R, Cossu G, Kalcev G, Cabras F, Moro MF, et al. The lifetime prevalence and impact of generalized anxiety disorders in an epidemiologic Italian National Survey carried out by clinicians by means of semi-structured interviews. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):48. Doi: 10.1186/s12888-021-03042-3
  16. Ruscio AM, Hallion LS, Lim C, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5):465. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056
  17. Álvarez BJ, Meza PC. Ansiedad y adaptación a la pandemia en México: Un estudio transversal. *Interacciones*. 2022;8:e242. Doi: 10.24016/2022.v8.242
  18. Rivas-Huamán RG. Trastornos mentales en pacientes de consultorios externos de medicina del Hospital “Jose Agurto Tello”. *MLS Psychology Research*. 2020;3(2):27–42. Doi: 10.33000/mlspr.v3i2.516
  19. Miguel-Vásquez DA. Ansiedad y depresión asociado a rendimiento académico y deserción estudiantil universitaria. Revisión sistemática [Tesis para título profesional]. Facultad de Medicina Humana, Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87933>
  20. Lee MJ, Nho WY, Jung H, Cho JW, Seo JS, Lee HM, et al. High prevalence of depression and sleep-wake disorders among female emergency medicine residents in South Korea. *Ann Med*. 2022;54(1):846–55. Doi: 10.1080/07853890.2022.2053568
  21. Hill T, Jiang Y, Friese CR, Darbes LA, Blazes CK, Zhang X. Analysis of emergency department visits for all reasons by adults with depression in the United States. *BMC Emerg Med*. 2020;20(1):51. Doi: 10.1186/s12873-020-00347-6
  22. Barboza JJ, Soriano AN, Copez LA, Pacheco MJ. Disability and severe depression among Peruvian older adults: analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):253. Doi: 10.1186/s12888-020-02664-3
  23. Cavanagh A, Wilson CJ, Kavanagh DJ, Caputi P. Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(1):29–38. Doi: 10.1097/HRP.0000000000000128
  24. Ranney ML, Locci N, Adams EJ, Betz M, Burmeister D, Corbin T, et al. Gender-specific research on mental illness in the emergency department: current knowledge and future directions. *Acad Emerg Med*. 2014;21(12):1395–402. Doi: 10.1111/acem.12524
  25. Dark, T, Flynn HA, Rust G, Kinsell H, Harman J. Epidemiology of emergency department visits for anxiety in the United States: 2009-2011. *Psychiatr Serv*. 2017;68(3):238–44. Doi: 10.1176/appi.ps.201600148
  26. HRSA. Maternal and Child Helath. Mental and behavioral health NSCH data brief 2020. *Hrsa.gov*. Disponible en: <https://mchb.hrsa.gov/sites/default/files/mchb/data-research/nsch-data-brief-2019-mental-bh.pdf>
  27. Foell A, Pitzer KA, Nebbitt V, Lombe M, Yu M, Villodas M, et al. Exposure to community violence and depressive symptoms: Examining community, family, and peer effects among public housing youth. *Health Place*. 2021;69(102579):102579. Doi: 10.1016/j.healthplace.2021.102579
  28. Henje E, Ho T, Connolly C, LeWinn K, Sacchet M, Tymofiyeva O, et al. The neuroscience and context of adolescent depression. *Acta Paediatr*. 2016;105(4):358–65. Doi: 10.1111/apa.13299
  29. Straub J, Brown R, Malejko K, Bonenberger M, Grön G, Plener P, et al. Adolescent depression and brain development: evidence from voxel-based morphometry. *J Psychiatry Neurosci*. 2019;44(4):237–45. Doi: 10.1503/jpn.170233
  30. Terlizzi EP, Villarreal M. Symptoms of Generalized Anxiety Disorder Among Adults: United States, 2019. Center for disease control and prevention [Internet]. 2020 [Citado el 28 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db378.htm>