



**Universidad  
Zaragoza**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

INFLUENCIA DE LA CULTURA EN LA ANSIEDAD:  
UN CONTRASTE ENTRE ASIA Y OCCIDENTE.  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INFLUENCE OF CULTURE ON ANXIETY:  
A CONTRAST BETWEEN ASIA AND THE WEST.  
LITERATURE REVIEW

AUTOR

Amador Jesús Oliver Huete

TUTORES

Laura Montes Reula

Carmelo Pelegrín Valero

Universidad de Zaragoza: Facultad de Medicina  
2021-2022

*"El sentimiento de culpabilidad engendrado por la cultura no se percibe como tal, sino que permanece inconsciente en gran parte o se expresa como un malestar, un descontento que se trata de atribuir a otras motivaciones."*

*Sigmund Freud (El malestar en la cultura).*

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	11
4. OBJETIVOS.....	11
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
6. RESULTADOS.....	14
6.1. Prevalencias en el contexto cultural.....	14
6.2. Presentaciones clínicas de ansiedad.....	17
6.3. Adaptación cultural del DSM y CIE.....	23
6.4. Tratamientos.....	26
6.4.1. Escalones terapéuticos para la ansiedad (NICE)...	26
6.4.2. Genética y cultura.....	27
6.4.3. Terapias tradicionales en Asia.....	27
7. DISCUSIÓN.....	30
8. CONCLUSIONES.....	30
9. BIBLIOGRAFÍA.....	31
10. ANEXOS.....	34

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de ansiedad son una de las patologías mentales más prevalentes a nivel mundial. A pesar de ello, su comprensión y abordaje varía mucho según la cultura en la que nos encontremos. La patología mental dejó de ser un tabú hace muchos años en los países occidentales, desde donde se han proyectado los principales ejes diagnósticos y terapéuticos para este grupo de enfermedades. Por otro lado, en los países orientales el estigma con la patología mental se ha prolongado incluso hasta nuestros días, aunque desde finales del siglo pasado existe un interés real por estudiar y solucionar este problema en los principales países del continente asiático.

**Objetivos:** Elaborar una revisión bibliográfica sobre la influencia de la cultura en los trastornos de ansiedad, haciendo una comparativa entre Asia y occidente.

**Material y métodos:** Para la elaboración del trabajo se realizó, previamente, una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Cochrane, Science Direct y Google Académico), en páginas web (OMS, OPS, NICE) mediante descriptores DeCs y MeSH. La información obtenida de esta búsqueda fue sometida a criterios de inclusión (publicaciones en castellano e inglés, de acceso libre y con menos de 10 años de publicación) y de exclusión (publicaciones en idiomas diferentes al castellano y el inglés, sin libre acceso y con más de 10 años de publicación, salvo excepciones).

**Resultados:** La ansiedad se han convertido en una de las enfermedades más importantes de nuestro tiempo. La padecen a nivel global entre el 3.6%-28% de la población (OMS), con una tendencia claramente progresiva. A nivel epidemiológico, los países occidentales (EEUU-18%, UE-13%) arrojan más casos de ansiedad que los países orientales (Japón y Corea del Sur 8%, China 7%). La ansiedad, en los países orientales, se ha presentado en forma de trastornos somatizadores como, por ejemplo, el *khyal cap* o el *Taijin Kyofusho*, que a nivel clínico se solaparían con los trastornos de pánico o ansiedad social. La farmacoterapia, que es fundamental en las terapias occidentales, esta mucho menos extendida en los países asiáticos, que siguen haciendo uso de la medicina tradicional.

**Conclusiones:** Tras la revisión de la literatura científica, podemos afirmar que las diferencias culturales entre Asia y occidente influyen de manera transversal sobre la ansiedad. Se debe remar de forma conjunta para conseguir integrar la influencia de la cultura en la identificación de este tipo de trastornos.

**Palabras clave:** Cultura, Ansiedad, Trastornos de ansiedad, Asia, occidentales, orientales, epidemiología, DSM, CIE, tratamiento, terapia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Anxiety disorders are one of the most prevalent mental pathologies worldwide. In spite of this, their understanding and approach varies greatly according to the culture in which we find ourselves. Mental pathology ceased to be a taboo many years ago in Western countries, from where the main diagnostic and therapeutic axes for this group of diseases have been projected. On the other hand, in Eastern countries the stigma attached to mental pathology has lasted even up to the present day, although since the end of the last century there has been a real interest in studying and solving this problem in the main countries of the Asian continent.

**Objectives:** To elaborate a bibliographic review on the influence of culture on anxiety disorders, making a comparison between Asia and the West.

**Material and methods:** To prepare this work, a bibliographic search was previously carried out in databases (Pubmed, Cochrane, Science Direct and Google Scholar), in web pages (WHO, PAHO, NICE) using DeCs and MeSH descriptors. The information obtained from this search was subjected to inclusion criteria (publications in Spanish and English, with free access and less than 10 years of publication) and exclusion criteria (publications in languages other than Spanish and English, without free access and with more than 10 years of publication, with some exceptions).

**Results:** Anxiety has become one of the most important diseases worldwide. It is suffered globally by 3.6%-28% of the population (WHO), with a clearly progressive trend. Epidemiologically, Western countries (USA-18%, EU-13%) have more cases of anxiety than Eastern countries (Japan and South Korea 8%, China 7%). Anxiety in Eastern countries has presented itself in the form of somatizing disorders such as, for example, khyal cap or Taijin Kyofusho, which at the clinical level would overlap with panic or social anxiety disorders. Pharmacotherapy which is fundamental in Western therapies, is much less widespread in Asian countries, which continue to make use of traditional medicine.

**Conclusions:** After reviewing the scientific literature, we can affirm that cultural differences between Asia and western society have a cross-cutting influence on anxiety. It is necessary to work together to integrate the influence of culture in the identification of this type of disorders.

**Key words:** Culture, Anxiety, Anxiety disorders, Asia, westerners, easterners, epidemiology, DSM, ICD, treatment, therapy.

## 2. INTRODUCCIÓN

A pesar de encontrarnos en un mundo aparentemente unificado por el contexto de la globalización, existen bastantes diferencias, tanto en la estructura de valores como en la forma de captar el mundo, según el entorno cultural en el que nos encontremos (1,2). En este trabajo nos proponemos a mostrar la contraposición que existe entre la cultura occidental y la oriental y las consecuencias que tiene esto en una de las patologías más acuciantes de nuestro medio: la ansiedad.

Es patente que existe una visión diferente de concebir el mundo entre las personalidades occidentales y las orientales (1). Esto es debido a factores que influyen transversalmente a nivel histórico, a nivel de pensamiento, de organización o por las distintas creencias. Las consecuencias de todo esto nos sitúan en el panorama contemporáneo donde, simplificando mucho, encontraríamos dos tipos de sociedades que cada vez se parecen más, pero que mantienen diferencias sustanciales en la forma de entender el ensamblaje del ser humano en el mundo(1,2). Así, diferenciamos las sociedades occidentales, refiriéndonos a los países que han vivido bajo la influencia estadounidense desde la Segunda Guerra Mundial. En este grupo incluimos Europa, Estados Unidos y Canadá. Este tipo de sociedades serían más proclives a tener una visión del mundo centrada en el individuo, olvidándose muchas veces del contexto o el entorno que les rodea (1,3). Por otro lado, tendríamos a las sociedades orientales que compartirían una visión más colectivista de la sociedad (1,4). Cuando hablemos de ellas nos referiremos a China y Japón principalmente, al considerarlas como sociedades representativas de tener un nivel socioeconómico comparable a las poblaciones occidentales. Durante el trabajo nombraremos otros países asiáticos que también se han sentido influenciados por estas grandes culturas orientales. Así, en términos generales, tenemos las sociedades orientales basadas en una relación familiar con una adquisición más fuerte de la idea de grupo para conseguir retos conjuntos, en contraposición con el mundo occidental, donde los retos se basan en la superación personal y el ascenso social para conseguir el éxito(1).

Una vez enmarcado el contexto cultural del que partimos, introduciremos las definiciones del problema que pretendemos comparar entre ambas sociedades: la ansiedad. Utilizaremos las definiciones acordadas por los principales manuales utilizados en la práctica clínica para definir los trastornos de ansiedad. Estos son el DSM (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y el CIE (clasificación internacional de enfermedades) (39,40).

- Según el DSM-V, los "trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos y persistentes, así como alteraciones conductuales asociadas. Se diferenciarían entre sí según el objeto o situaciones que inducirían estos procesos (39)."
- Por su parte, el CIE-10 los define como "trastornos neuróticos, secundarios a alteraciones estresantes o somatomorfos (40)."

La cultura tiene una influencia radical en la generación, desarrollo e interpretación de los trastornos de ansiedad (2). Sin ir más lejos, uno de los trastornos más prevalentes en el mundo es la fobia social o trastorno de ansiedad social(3). Este se manifestaría al exponernos a situaciones sociales que pueden ser significativas a nivel personal, generando inquietud y desasosiego(3). La cultura influiría de una manera determinante en esta situación de ansiedad, partiendo de las características que definirían al individuo en esa sociedad, así como las expectativas que nos realizamos en ella y los mecanismos de aprobación social que encontraríamos en nuestra cultura(3). De esta manera, se muestran diferencias significativas entre los procesos culturales que sirven de reconocimiento de nuestra identidad entre la sociedad oriental y la sociedad occidental. Encontraríamos mecanismos que funcionarían de forma contrapuesta en cada uno de los contextos. Así, elementos tales como la "sumisión personal", refiriéndose a la ayuda hacia el otro, sería útil en una sociedad oriental, caracterizada por la construcción de la identidad a partir del bien común y produciría una desventaja identitaria en las sociedades occidentales, caracterizadas por una construcción de la identidad a partir del bien personal (3). De otra manera, una actitud de promoción individual sería ventajosa en sociedades occidentales y perjudicial en las orientales (3). Esto ocurre por mecanismos que están muy arraigados a los principios sociales que se desarrollan en ambas sociedades. Todo esto pesar de que se puede demostrar una apropiación cultural de las ideas de occidente en la población asiática, cosa que ha generado un aumento en los valores de ansiedad en estos individuos, inadaptados a los mecanismos de reafirmación individual(3).

De forma que, aunando las características sociales que han sido estudiadas como patrones culturales y, por tanto, de la representación que hace el individuo del mundo, diferenciamos dos tipos de sociedades:

- *Sociedades occidentales/ independientes*: Caracterizadas por la autoeficacia, la autoconciencia y una visión positiva de sí mismas. Estas características denotarían el éxito del individuo en la sociedad. Estas propiedades trascenderían de la situación social particular o las relaciones con los demás. La autocrítica es vista como un impedimento para conseguir tus retos (3).
- *Sociedades orientales/ colectivas-interdependientes*: En estas sociedades es necesario ser consciente del entorno que envuelve al individuo para reconocerse en la sociedad. Así, la búsqueda de la armonía con su grupo o de relaciones pacíficas con el resto son básicas para la realización personal. Estas relaciones con el entorno estarían basadas en unos roles y obligaciones predefinidas. Así, los atributos propios de uno mismo se definirían dentro del entorno social (3).

Los valores que se utilizan en el estudio para correlacionar la ansiedad social se corresponderían con tres parámetros: la interpretación de uno mismo, la consistencia de la identidad personal y la autocrítica (3). Estos distarían mucho entre ambos tipos de culturas, siendo claves en los resultados. La identidad oriental se caracteriza por una mayor flexibilidad y autocrítica,

valores que son negativos en la sociedad occidental, con mayor probabilidad de distorsión emocional (3). Ya que en estos ambientes occidentales no se esperan respuestas sociales que busquen la armonía contigo, si no que esperas de tu relación con el resto una respuesta independiente de cada uno (3).

En un estudio sobre los niveles de cortisol como medida de respuesta del individuo al estrés, se pretendían encontrar diferencias entre culturas según los principios éticos que las movían (4). Se encontraron valores de cortisol más bajos en participantes provenientes de las sociedades más capitalistas, basadas en una ética de trabajo que entiende que todo mal que te ocurra es debido a que no has trabajado lo suficiente, pues se entiende que son individuos expuestos a altos niveles de estrés en su día a día (4). Por otro lado, en sociedades con una tendencia más social se arrojaron resultados de cortisol más altos, pues parten del principio de que a cualquiera le pueden ocurrir acontecimientos negativos y que, por lo tanto, la sociedad debe intentar solventar estas dificultades. Al delegar responsabilidades en el grupo, estarían acostumbrados a manejar menos niveles de estrés y por ello responderían con niveles de cortisol más altos al exponerlos a situaciones estresantes (4).

En un contexto más específico, se pretendió realizar una evaluación de la ansiedad basada en valores tradicionales del entorno cultural de China como serían el del *apego social*, la *condición parental* o el *temperamento* (5).

- En cuanto a las personas con tendencia al *desapego social*, que se relaciona con la ansiedad, se ha encontrado que son individuos con más tendencia a minusvalorarse a ellos mismos, dándole mucho más valor al resto de personas. Esto tendería a generarles una mayor sensación de miedo al rechazo y al abandono. Esta base les limitaría al intentar generar lazos de intimidad con el resto de individuos, provocando un patrón desadaptativo tanto en los pensamientos como en el carácter interindividual (5).
- En cuanto a la *condición parental*, este estudio juega con la hipótesis de que una atención parental más controladora y que pretende la obediencia de sus hijos ofrece una característica favorable para la manifestación de ansiedad crónica en sus hijos, siendo al contrario en una educación basada en el cariño y el cuidado (5).
- En cuanto al *temperamento*, se hace una hipótesis sobre la cuestión de que un carácter tendente a la evasión social se relaciona con la timidez y una tendencia al rechazo de familiaridad con las personas, los objetos, sentimientos o situaciones (5).

Se consolida la hipótesis de que una actitud parental estricta y de obediencia por parte del hijo está asociada positivamente con el desarrollo de ansiedad (5). Sin embargo, se encontraba una inconsistencia en este estudio que podría ser causada por la interrelación que existe en la cultura China entre la posición estricta por parte de los padres y ese "cariño", pues el formato educativo, a pesar de estar basado en esta obediencia y relación vertical entre padres e hijos, también esconde ese sacrificio por parte de los padres que



asumen ese tipo de actitud por la búsqueda del mejor futuro para sus hijos (5). En general, las personas son más susceptibles de generar ansiedad ante situaciones que, o no les recompensen, o que le generen castigo, o les generen novedad (4,5). Todos estos patrones mencionados (*desapego social, condición parental estricta, temperamento evasivo*) serían característicos de la sociedad tradicional China y también reforzarían comportamientos que podrían desencadenar procesos de ansiedad (5).

También se trata aquí la cuestión cultural como factor independiente (5). La sociedad china se caracteriza por una organización jerárquica y vertical, lo que supone que los individuos sacrifican sus propios intereses por los del grupo y por los de sus superiores jerárquicamente (3,5). Se propuso una teoría para la esfera social desde la necesidad de tres aspectos: la cuestión de supervivencia/natural, la cuestión de necesidad emocional /afectiva, y la representación de la imagen individual al necesitar compararla con un marco social (5). En este sentido, la literatura parece orientar a que un patrón de comportamiento interdependiente es más favorable al desarrollo de ansiedad, puesto que la construcción de la propia identidad estaría supeditada continuamente a la idea que el resto tenga de nosotros, actuando como un factor constante de estrés (5). Se valoraron en torno a los tres factores de influencia social:

- La *visión colectiva* de uno mismo se ha notificado como el factor con mayor relación con la ansiedad. Esto se explica de la forma en que los individuos en estas sociedades dejan de lado los intereses personales para subordinarlos a la idea colectiva tan trabajada. De esta manera se suspenderían los intereses individuales fomentando a la aparición de ansiedad (5).
- La *relación afectiva* con el resto manifiesta una correlación negativa con la ansiedad. Pues cuanto más se identifiquen referentes emocionales en el grupo menor posibilidades de generar ansiedad aparecerían. Cuanto más desapego, más tendencia hacia la ansiedad (5).
- La *visión institucional* también se ha correlacionado de forma positiva con la aparición de ansiedad en China. Así, cuanto más vea un individuo su situación estrictamente funcional con el resto, más tendencia a manifestar ansiedad tendría (5).

Otro aspecto a tener en cuenta a nivel cultural es la cuestión de las creencias religiosas pues, como sabemos, han sido el principal baluarte a la hora de implicar valores culturales a las diferentes sociedades (4,6). Casi toda la literatura que ha intentado relacionar la patología mental con religión había encontrado una relación inversa entre ambas, es decir, la religión serviría como factor protector en el desarrollo de la patología mental (6). En otro estudio se daba, precisamente, el resultado contrario, la población que siguiera a una religión manifestaría más patología mental, especialmente, ansiedad (6). Esto encontraría varias explicaciones. Por supuesto, queda claro que la mayoría de estudios estaban realizados en torno a la relación de las poblaciones occidentales con la religión, que en este caso suponían

relaciones mucho más desarrolladas desde el nacimiento, lo que podría ayudar a sostener la mayoría de problemas mentales, dándoles una explicación o un refuerzo desde la religión (6). También tiene la explicación de que las religiones judeocristianas/protestantes están muy arraigadas a la creación de comunidad entre sus individuos, sin embargo, en China sería una cuestión mucho más personal (budismo-confucianismo-taoísmo)(4,6). Curiosamente, justo a la inversa que en la organización política de las sociedades orientales y occidentales. Así, el estudio apoyaría que en China la religión sería más como una vía de escape a una edad más adulta, lo que haría arrastrar los problemas que le causaba su vida a la fe. En contraposición a la idea de la religión en occidente, que sería más como un bálsamo de los problemas, ejerciendo como figura complaciente y reductora de pecados (6).

Existen diferencias culturales desde muchos aspectos. Así, debemos considerar que la cultura influye tanto en el paciente, a la hora de manifestar sentimientos y emociones, como a la hora de asumir cierto tratamiento (7,2). Y también, influye por parte del médico, a la hora de caracterizar ciertos tratamientos y diagnósticos (7,2).

La sociedad occidental distingue entre cuerpo y mente para el concepto de la salud. En las sociedades asiáticas no se realiza esta distinción. Así muchos trastornos mentales, como son los trastornos de ansiedad son somatizados (2). Parece que en sociedades asiáticas se muestra más sintomatología somática que en los países occidentales, por el hecho de que en estas últimas se identificarían los problemas mentales y no serían reprimidos o somatizados (6,7). El confucianismo y la visión colectivista ha sido desarrollada de una manera que el control de las emociones es vital para encontrar la armonía en tu entorno social y evitar las situaciones de debilidad (7). Así, las manifestaciones de este tipo de trastornos, como veremos más adelante, han supuesto un estigma tradicionalmente en estas sociedades, ya no solo para el individuo que pueda presentar la patología mental, sino también para su familia y su linaje (7,2).

En lo que expondremos a continuación, intentaremos mostrar las diferencias que existen entre ambas culturas en aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y de tratamientos.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La influencia cultural es transversal en todos los ámbitos de nuestra vida. El ser humano está ligado a unos valores según el punto geográfico en el que nazca. En este trabajo nos proponemos investigar la huella que deja la cultura en los trastornos de ansiedad, una enfermedad que cada vez es más visible y patente en todo el mundo, pero que muestra caras muy diferentes según la cultura de la que provengamos.

Consideramos que para conseguir frenar esta gran pandemia que es la ansiedad, primero es necesario comprender de donde viene y por qué se produce. A pesar de que en occidente llevamos ya muchos años estudiándola y categorizándola, en los países asiáticos aún existen visiones muy contrapuestas sobre la ansiedad. Esperamos que este trabajo haga visible estas diferencias y que pueda despertar la ambición de conseguir integrar a nivel internacional una visión parecida sobre estos trastornos tan prevalentes. De esta manera podremos trabajar y aprender juntos, siendo esta la manera más efectiva y coherente para luchar contra una de las enfermedades que más condicionan a nuestra especie.

### 4. OBJETIVOS

**Objetivo principal:** Describir a partir de la literatura científica la influencia de la cultura sobre los trastornos de ansiedad, haciendo una comparativa entre la visión occidental y la oriental.

**Objetivos secundarios:**

- Mostrar las diferencias epidemiológicas en cuanto a los trastornos de ansiedad entre Asia y Occidente.
- Evidenciar las diferentes consideraciones clínicas de los trastornos de ansiedad entre Asia y Occidente.
- Señalar la aplicabilidad del DSM y el CIE en Asia.
- Hacer patentes los distintos usos terapéuticos para los trastornos de ansiedad entre Asia y Occidente.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda de información académica, entre los meses de enero 2022 y mayo de 2022, a partir de las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, Science Direct y Google Académico. Se han hecho uso de las páginas web de la OMS (Organización Mundial de la Salud), de la organización panamericana de la Salud (OPS) y de la *Chinese Pharmacopoeia*. También hemos hecho uso de los manuales diagnósticos de enfermedades mentales, DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) y del CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades). Y también se han utilizado las guías de tratamiento NICE (*National Institute for Health Care Excellence*) para los trastornos de ansiedad.

Para ello se emplearon las palabras clave combinadas con los marcadores booleanos "AND", mediante el uso de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC/MeSH): *trastornos de ansiedad, ansiedad, cultura, Asia, occidentales, orientales, epidemiología, prevalencias, tratamiento, terapia, DSM, CIE*. Se excluyeron los operadores booleanos "OR" y "NOT" por la dificultad a la hora de encontrar información relativa al tema.

Se han establecido unos criterios de inclusión y de exclusión que expondremos a continuación:

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Publicaciones referidas a Asia y occidente	Publicaciones que no se refieren a Asia o a occidente
Publicaciones que relacionen cultura con los trastornos de ansiedad	Publicaciones que relacionen cultura con otros trastornos mentales
Publicaciones de acceso libre	Publicaciones sin acceso libre
Publicaciones en castellano y en inglés	Publicaciones sin traducciones al castellano o al inglés
Publicaciones con menos de 10 años de antigüedad	Publicaciones con más de 10 años (seis excepciones por su relevancia)
Tipo de artículo: Revisión sistemática, Meta- análisis	

*Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión. Fuente: Elaboración propia*

BASES DE DATOS UTILIZADAS	DE PALABRAS CLAVE OPERADORES BOLEANOS	ARTÍCULOS Y ENCONTRADOS	ARTICULOS UTILIZADOS
PubMed	"anxiety disorders" AND "culture"	55	7
	"anxiety disorders" AND "Asia"	51	8
	"epidemiology" AND "anxiety disorders"	367	5
	"DSM" AND "ICD" AND "Asia"	38	4
	"anxiety" AND "asian therapy"	33	8
Cochrane	"anxiety disorders" AND "Asian therapy"	1	1
Science Direct	"anxiety disorders" AND "Asia"	700	2

Tabla 2. Bases de datos utilizadas. Fuente: Elaboración propia

PÁGINAS UTILIZADAS	WEB PALABRAS CLAVE OPERADORES BOLEANOS	ARTICULOS Y UTILIZADOS
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	"prevalencias ansiedad"	1
GUIAS NICE	"tratamientos ansiedad"	1
CHINESE PHARMACOPOEIA	"farmacoterapia en Asia"	1

Tabla 3. Páginas web utilizadas. Fuente: Elaboración propia

## 6. RESULTADOS

La ansiedad es un problema cada vez más acuciante a nivel mundial. Los índices generales están subiendo de forma constante en los últimos años. Nos proponemos distinguir la relevancia y las características de los trastornos de ansiedad entre Asia y occidente desde una visión epidemiológica, clínico-diagnóstica y terapéutica.

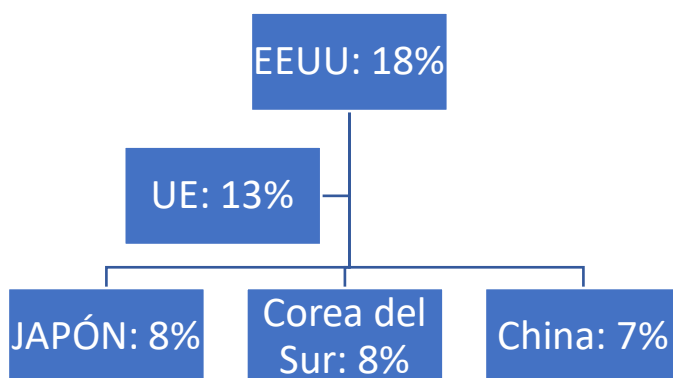
### 6.1. PREVALENCIAS EN EL CONTEXTO CULTURAL

Según la OMS los trastornos de ansiedad se encuentran en un índice de entorno el 3.6% (*264 millones de personas*) del total de la población mundial, encontrando diferencias entre las diferentes regiones del continente, pudiendo oscilar hasta el 28% (8,9). El continente americano y el asiático representan las regiones que más población arrojan, lo que se explica por una cuestión de representación demográfica (ANEXO 1). Los trastornos de ansiedad tienden a presentar mucha comorbilidad si no son detectados pronto, de ahí la importancia de estudiar estos trastornos para conseguir evitar costes y daños a largo plazo (10).

La literatura manifiesta, en términos generales, una gran variabilidad epidemiológica entre países en cuanto a los trastornos de ansiedad (10). Parece existir una preponderancia, en términos de prevalencia, de trastornos de ansiedad en los países occidentales con respecto a los asiáticos (10,11). Siendo más significativo en Estados Unidos (18%) y, a continuación, en Europa, donde se estima que habría una afectación de en torno a 60 millones de habitantes (13%)(10). En Japón y Corea del Sur los índices se sitúan bastante más bajos (8%) y en China se encontrarían prevalencias parecidas en cuanto a ansiedad (7%)(10,11). A nivel global los trastornos más prevalentes son la fobia específica (4.9%) y el trastorno de ansiedad generalizada (6.2%), siendo los trastornos de pánico los menos prevalentes (1.2%)(10). Si que es destacable en la cuestión China el aumento de prevalencias en la/las patologías mentales en los últimos 30 años, siendo los trastornos más prevalentes en la problemática de la ansiedad: los trastornos de ansiedad generalizada (5.17%) y los trastornos ansiosos no específicos (8.3%)(12,13). A continuación, los trastornos de pánico (1.08%), TOC (0.9%), fobia social (0.7%), agorafobia (0.19%), estrés postraumático (0.49%)(12,13). Estos valores se explican por muchos motivos, aunque quizá el argumento fundamental sea la gran expansión que ha vivido el país en los últimos años en materia económica, social y militar, lo que ha supuesto un índice de diagnóstico mucho mayor de la patología mental (12,13) (ANEXO 2).

También se manifiestan patrones mantenidos en cuanto a la condición del sexo, pues tanto en Asia como en occidente existe una preponderancia de la mujer sobre el hombre en los trastornos de ansiedad (10,11). También se encontró independientemente de la cultura una preponderancia en los jóvenes (< 35 años) (10,11). También se ve que los trastornos de ansiedad

tienden a aumentar con la edad (9,10). Se han intentado estudiar diferencias significativas entre el campo y la ciudad, aunque no se encontraron diferencias significativas (10,11). También podemos destacar como rasgo cultural las consecuencias que pueden tener los trastornos de ansiedad en las poblaciones. Así, en Estados Unidos prevalecen los trastornos de abusos de sustancias, y en Asia (principalmente Corea del Sur) la adicción a internet (10).



Esquema 1. Organigrama de prevalencias estimadas de los trastornos de ansiedad en Asia y occidente. Fuente: Elaboración propia

Para interpretar todos estos datos existen múltiples explicaciones que nos podrían hacer dudar de las cifras, pero que forman parte de los objetos que pretendemos estudiar en este trabajo. Un factor muy destacable, a la hora de interpretar diferencias entre las culturas y que nos podría hacer sospechar sobre los datos antes mostrados, es el cómo ha sido considerada la cuestión de enfermedad mental en Asia a nivel histórico, en contraste con la visión empírica y científicista occidental desde hace más de un siglo hasta ahora (11,14). Así pues, en Asia, las enfermedades mentales han estado siempre muy estigmatizadas, y aunque, poco a poco esto ha ido cambiando en los últimos años, esto es un proceso cultural que se modifica con el paso del tiempo siendo aún hoy patentes en la población oriental consideraciones discriminatorias en cuanto a la patología psiquiátrica (11,14). Más allá del estigma, tenemos que considerar el factor cultural que influye directamente en la patología mental en Asia, y en concreto, en los trastornos de ansiedad (11). Así, estos tienden a ser interpretados como trastornos somatizadores por consideraciones históricas en estas poblaciones, como pueden ser "el mal del corazón" (*weak heart*) o el "mal del riñón" (*weak kidney*)(15). Estarían relacionados con manifestaciones clásicas de la ansiedad como son las palpitaciones, o la fatiga, que han sido interpretados a nivel histórico como males orgánicos y se han concretado en una serie de creencias que aún hoy calan en estas poblaciones (14,15). Estas diferencias hay que tenerlas muy en cuenta a la hora de interpretar los datos y en la comparativa entre Asia y Occidente.

Se hace muy difícil sacar conclusiones reales entre ambos, pues aunque los manuales diagnósticos por excelencia en occidente, el DSM y el CIE, han sido

integrados en las sociedades asiáticas desde hace años, requieren de nuevas consideraciones para adaptarse a la patología clínica que allí se manifiesta, ya que sus criterios resultan controvertidos a la hora de sacar conclusiones que integren, de forma universal, los trastornos de ansiedad (14,16). Otra consecuencia de esto es que existe una falta de literatura al respecto en los países asiáticos, pues no ha sido integrada hasta hace relativamente poco la intención de solucionar estos problemas en sus sociedades. En China, a raíz de dos estudios poblacionales que se realizaron en la década de los noventa, se obtuvieron resultados que supusieron un antes y un después en la consideración de las enfermedades mentales en el país (17,18). Así, se tomaron ciertas medidas para implementar el esfuerzo epidemiológico y terapéutico en su población. Esto tiene un gran valor a nivel cultural en la población china, pues la salud mental siempre ha estado estigmatizada y menospreciada a todos los niveles. Así, uno de los proyectos que llevaron adelante fue el de la creación de la *Revista de Salud Mental China* hasta su publicación en 2015 (17,18). Sus principales objetivos son: la revisión de prevalencias de enfermedades mentales, el uso de los servicios médicos en este ámbito y el estudio de los factores de riesgo, para poder implementar nuevas metas en el perfeccionamiento de los servicios de Salud Mental en su país (17).

Como resumen de esta cuestión podríamos concluir que, con los datos que manejamos a día de hoy, los trastornos de ansiedad serían más prevalentes en Occidente que en Asia, y que están sufriendo una escalada muy acelerada a nivel global y, sobre todo, después de la pandemia por el COVID-19 (8,9,19). Pero la consideración más importante para este trabajo es, que estos datos son solo una muestra orientativa sobre la epidemiología de los trastornos de ansiedad (10). Los motivos que pueden explicar la gran variabilidad entre las cifras de los países occidentales y los orientales podrían ser:

- La forma en la que se desarrollarían los trastornos de ansiedad parece distinta en dependencia de la cultura.
- En los países asiáticos sigue existiendo aún mucha estigmatización sobre la patología mental.
- En Asia los trastornos de ansiedad son considerados tradicionalmente como patologías somatizadoras.
- En occidente llevamos categorizando los trastornos de ansiedad desde hace más de un siglo, en Asia es algo relativamente nuevo.
- Los manuales diagnósticos de referencia occidentales (DSM y CIE) no tienen la misma aplicabilidad para los países orientales.

A pesar de todo ello, estos datos siguen siendo útiles, pues hace patente la brecha que existe en la consideración de los trastornos de ansiedad entre ambas culturas (10). Hay que dejar claro que en los últimos años parece existir un cambio de tendencia tanto en las poblaciones asiáticas, como en los manuales occidentales, que nos puede hacer estar más cerca de encontrar puntos comunes y remar para conseguir integrar la cuestión cultural en la patología mental (14).



## 6.2. PRESENTACIONES CLÍNICAS ANSIEDAD

Para entender mejor el mecanismo por el que se generan los trastornos de ansiedad, debemos apoyarnos desde los distintos puntos que puedan influir en el paciente y en su forma de lidiar con los síntomas y el desarrollo de esta patología. Así, la cuestión cultural ocupa una posición muy relevante y, a veces, compleja para la comprensión de los diversos trastornos (2). Ilustraremos las presentaciones clínicas de los trastornos de ansiedad desde la visión occidental hasta la oriental.

### a) Presentaciones de ansiedad en los países occidentales

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (39). Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. En occidente categorizamos los trastornos de ansiedad a partir de dos manuales: el DSM-V (*manual diagnóstico de trastornos mentales en su última versión*) y el CIE (*clasificación internacional de enfermedades*) (39,40). Hablaremos de la clasificación aportada por el manual americano y, posteriormente, comentaremos las diferencias que existen con la versión de la OMS:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Persona que se encuentra asustada y ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Aparece fundamentalmente en la infancia, pero puede expresarse también en la edad adulta (39).
- **Mutismo selectivo:** incapacidad de hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar, a pesar de que la persona habla en otras situaciones. Tiene consecuencias en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal (39).
- **Fobia específica:** miedo, ansiedad o evitación desproporcionada y persistente hacia situaciones u objetos precisos. Tipos de fobias específicos: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias (39).
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social):** La persona siente miedo o ansiedad ante las reacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse humillado, avergonzado o rechazado, o por defender a otros (39).
- **Trastorno de pánico:** La persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico. Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos

- y/o cognitivos. Las crisis pueden ser esperadas o inesperadas y funcionan como marcadores pronósticos de una amplia variedad de trastornos (39).
- **Agorafobia:** Los individuos con este trastorno se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante (39).
  - **Trastorno de ansiedad generalizada:** Las características principales de este trastorno son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar que la persona percibe difícil de controlar. El sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (39).
  - **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:** engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos (39).
  - **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:** Los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica (39).
  - **Otros trastornos de ansiedad no especificados:** Cuando no cumplen los criterios específicos de los trastornos antes nombrados. En este grupo se encuentra diagnósticos característicos de la cultura como *khyal cap* (39).

Existen escalas específicas para cada trastorno que sirven para caracterizar mejor su gravedad y captar las variaciones del mismo a lo largo del tiempo. En el manual se incluye en cada uno de los trastornos una especificación de los aspectos culturales que podrían influir en el diagnóstico (39).

El CIE <sup>1</sup> es un manual que está destinado a la clínica general, la docencia y a fines administrativos, no tanto para su utilización por profesionales de la salud mental (40). En esta clasificación, los trastornos de ansiedad se incluyen en el capítulo de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (40). Se incluyen juntos debido a la relación histórica de estos trastornos con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos están en relación con la presencia de motivos psicológicos (40). Según la clasificación de la OMS se dividen tres grupos:

- En el primero se encontrarían los *trastornos de la ansiedad fóbica, agorafobia, fobias sociales y fobias específicas*. Estos estarían dentro de trastornos que se limitan a situaciones ambientales o particulares (40).
- Se diferencian así de otros trastornos que se caracterizarían por la presencia de ansiedad sin limitarse a situaciones concretas, aunque

---

<sup>1</sup> Para este trabajo nos hemos basado en la décima edición (1992) que es la que ha estado vigente hasta este mismo año (2022), que se acaba de hacer vigente la siguiente edición, la undécima

estas pudieran aparecer de forma secundaria. Aquí se encuentran: el *trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)*, *trastorno de ansiedad generalizada* y el *trastorno mixto ansioso- depresivo* (40).

- Por último, en el capítulo se incluye la presencia de trastornos mixtos que satisfagan las pautas de ansiedad generalizada y que tengan otras características destacadas. Se incluyen: *Trastorno obsesivo compulsivo*, *trastornos disociativos*, *trastornos de somatización*, *trastorno somatomorfo indiferenciado* y el *trastorno hipocondriaco* (40).

DSM-5	CIE-10
<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</b>
Trastorno de ansiedad por separación	
Mutismo selectivo	
	Trastornos de ansiedad fóbica:
Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Agorafobia</li> <li>▶ Sin trastorno de pánico</li> <li>▶ Con trastorno de pánico</li> </ul>
Trastorno de ansiedad social	Fobia social
Fobia específica	Fobias específicas (aisladas)
	Otros trastornos de ansiedad fóbica
	Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
Trastorno de pánico	Trastorno de pánico
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad especificada
	Otros trastornos de ansiedad no especificado
	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
	Trastornos disociativos (de conversión)
	Trastornos somatomorfos
	Otros trastornos neuróticos

*Tabla 4. Categorías para los trastornos de ansiedad DSM-V y CIE-10*  
*Fuente: Organización Panamericana de la Salud.*

Las definiciones de los trastornos en el CIE son muy similares a lo que se comenta en el DSM. Sin embargo, en este manual se acentúa la presencia de los trastornos neuróticos mixtos (ANEXO 3). Estos se refieren a la presencia de ansiedad y depresión de forma conjunta (40). Por otro lado, independientemente del trastorno mixto en particular, en el CIE se hace

hincapié en la presencia de sintomatología mixta en los trastornos clásicos, ya comentados, de ansiedad. Por lo que en la práctica clínica debemos discernir esta posibilidad en nuestros pacientes (40).

#### b) Presentaciones de ansiedad en los países orientales.

En la visión oriental clásica de la ansiedad y de la patología mental se plantea una cadena de acontecimientos por la que se acabaría produciendo el trastorno (15). Se analiza desde el espectro de sociedades asiáticas y su entendimiento histórico-cultural de diversos síntomas funcionales, que desencadenarían procesos cognitivos irremediables en su camino hacia la ansiedad. También se observan diferencias y solapamientos en cuanto a la categorización de estos trastornos y las categorizaciones occidentales(14) (15).

Esta cadena de acontecimientos comenzaría con la manifestación de un síntoma funcional desencadenado por un estado de estrés, como por ejemplo una palpitación, cuya interpretación por el paciente podría desencadenar en una preocupación mayor hasta integrarlo como una condición de debilidad que sería patológica (15). Esto seguiría un proceso de escalada hasta generar nuevos síntomas, incluso síndromes completos como serían los clásicos trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico o el trastorno por estrés postraumático (15).



*Esquema 2. Cadena de acontecimientos trastornos de ansiedad Asia.  
Fuente: Elaboración propia*

Así, procedemos a describir las diversas percepciones de estos síntomas funcionales que desencadenarían síndromes de ansiedad en los principales pueblos asiáticos.

- **China:** Debido a la concepción histórica de la medicina en China, los trastornos relacionados con la ansiedad siempre se han interpretado como males orgánicos tales como el *mal del riñón -weak kidney-* o el *mal del corazón -weak heart-* (15). Así, un paciente podría interpretar un ataque de pánico como un daño renal, y esto, a continuación, generaría un daño en la médula o, quizá suponga una preocupación hacia daños cardíacos, sospechando un posible *mal del corazón* que estaría emparentado con síntomas clásicos de ansiedad como son las palpitaciones, mareos, frialdad de extremidades o disnea(14,15). Todo esto tiene un trasfondo cultural a partir del cual se han arrastrado estas creencias(14). También es curiosa la concepción China de la neuroastenia, también llamada *shenjing shuairuo* o *mal nervioso*. Estaría determinada por síntomas persistentes de cansancio, dolor de cabeza o fatiga. En su concepción, el paciente pensaría que esta condición dañaría a la mente (*psique*) o al cuerpo (*soma*). Lo que contribuye a esta concepción catastrofista. El hecho es que se ha demostrado que estas condiciones somatomorfos acelerarían la consecución en el paciente de los trastornos de ansiedad que describimos en occidente (15).
- **Japón:** Aquí la neurastenia también es una condición muy prevalente entre trastornos de ansiedad. Se utilizaría como un diagnóstico que en occidente estaría dentro de un abanico tan amplio de trastornos como de entre la fobia social y la esquizofrenia (15). Precisamente, para este tipo de trastornos se desarrolló un método terapéutico en Japón a lo largo del siglo pasado que se conoce como *método Morita*. Este tiene muchas similitudes con la terapia cognitivo conductual utilizada para trastornos de pánico, aunque, por supuesto, desde el enfoque cultural de este país. Cabe destacar otros trastornos característicos como el de *disregulación ortostática*, que proviene de la concepción que se tuvo también en occidente a principios del siglo pasado de trastornos relacionados con la ansiedad, agrupados entonces en la denominación *astenia neurocirculatoria* que abarcaría síntomas desde fatiga, palpitaciones o mareos ortostáticos, que es de donde se sacó la acepción japonesa (15). Así, este estado de *disregulación ortostática* sería indicativo de debilidad en el sistema nervioso. Estaría relacionado con manifestaciones de trastornos de pánico, así como con varias fobias. Precisamente, en Japón se conoce al trastorno de ansiedad social (fobia social) como *taijin kyofusho* (traducido como "miedo a la gente"). Esta concepción distaría de la occidental en que se manifestaría más como un énfasis en el miedo a ofender a otros, que en el miedo a avergonzarme a mí (15).
- **Corea del Sur:** Podemos destacar el síndrome denominado *Hwa byung* que podríamos definir como *síndrome de ira* o *síndrome de fuego*. Sería una condición que se manifestaría a partir de sentimientos negativos como la ira, y que se manifestaría en el cuerpo como "una masa abdominal", dando lugar primero a manifestaciones abdominales, pero que podría escalar en una somatización que podría llegar a la asfixia por ascensión a las vías respiratorias e incluso al paro cardíaco por estrangulación (15).

También serían miedos relacionados con los trastornos de pánico o de ansiedad generalizada (15).

- **Camboya y Thailandia:** También se adquiere la concepción de neuroastenia, heredada por Francia. Se explicaría como una debilidad que provocaría diferentes síntomas relacionados con la ansiedad tras etapas de sueño pobre, mala dieta o sentimientos de preocupación (15). Es especialmente interesante en este país la caracterización de un síndrome denominado *Khyal attacks -ataques de viento-*. En estos países se interpretarían los síntomas de ansiedad como si fueran generados por el viento penetrando en su sangre (15). Así, se preocuparían por un *ataque viento* cuando se sintieran con náuseas o mareos, pues sería los síntomas cardinales de este tipo de ataques. Otro problema serían los *bloqueos límbicos -limb blockage-* que se manifestarían como debilidad y frialdad en las articulaciones y serían premonitorios de un fallo circulatorio. Otro problema relacionado con *ataques de viento* serían los dolores de cuello, que estarían relacionados con los trastornos de ansiedad. El miedo en este caso se localizaría en los vasos del cuello, y la posibilidad de que estos se fracturen como manifestación de una entrada del aire hasta allí (15). También integramos entre esta familia de *ataques de viento*, problemas relacionados con síntomas gastrointestinales. Por último, existiría un síndrome que englobaría todos los síntomas relacionados con los *ataques de viento* (15).
- **India:** Encontraríamos el síndrome de *pérdida de semen* (15).. Sería un sentimiento de ansiedad relacionado con la repleción acelerada del cuerpo. Ante el sentimiento de debilidad se perdería semen por orina lo que iría acelerando este proceso de debilidad hasta la caída definitiva del cuerpo. La creencia tradicional India proviene de que la comida se transformaría en carne, la carne en médula, y esta, a su vez, en semen (15).
- **Vietnam:** Sus preocupaciones estaría centradas en dolores de espalda y en los dolores de cabeza como manifestaciones primarias de ansiedad (15). Pues habrían adoptado los conceptos de *mal de riñón -weak kidney-* de los chinos, que estaría muy relacionado con daños en la medula, de ahí lo del dolor de espalda. También habrían heredado, por ser en su momento colonia francesa, el concepto de la neurastenia como síntomas de debilidad muy relacionados con los trastornos de ansiedad (15)..

En resumen, lo que deducimos de este estudio es la importancia de conocer a quién nos estamos exponiendo cuando nos disponemos a tratar un problema de ansiedad (14). El desarrollo de los trastornos de ansiedad parece ser distinto entre los países asiáticos y los occidentales, de ahí las diferencias tanto en epidemiología como en la clínica (14,15). Todo este desglose de miedos y somatizaciones característicos de la ansiedad en Asia se solapa con los trastornos de ansiedad estudiados en occidente, manteniendo particularidades muy interesantes acerca de la concepción de cada cultura de los trastornos de ansiedad (ANEXO 4). Así, al tratar con pacientes que provengan de estas culturas deberemos hacer hincapié en la entrevista para conocer sus creencias y concepciones de la enfermedad. El consejo terapéutico debe ser el de transmitirles de forma enérgica que el tratamiento que les proponemos podrá curar sus males de base, pues lo que hay que

evitar es que sigan desarrollando esta cadena de síntomas somáticos hasta forjar un trastorno de ansiedad completo. Esto nos reafirma en la idea de que la comprensión cultural es fundamental para solucionar los problemas asociados, más allá de la idiosincrasia de cada uno (14,15).

### 6.3. ADAPTACIÓN CULTURAL DEL DSM Y CIE.

En líneas generales, los trastornos de ansiedad son asumidos de forma universal por los criterios que se definen en los manuales diagnósticos por excelencia, el DSM-V y el CIE-10 <sup>2</sup>(20). Sin embargo, estas guías han sido forjadas en las sociedades occidentales y, como consecuencia de ello, existen variaciones o puntos a tener cuenta en cuanto a la asunción de estos trastornos por otras sociedades. En nuestro caso, estamos hablando de la sociedad oriental, aunque utilizaremos los casos de China y Japón como ejemplos por dos cuestiones: representan la mayoría de la información científica arrojada sobre Asia y la ansiedad y, porque, en términos socioeconómicos son comparables a los países occidentales. Por otro lado, la globalización y la industrialización han hecho del mundo un lugar más pequeño y donde las influencias culturales cada vez están más mezcladas (16).

En el caso de Japón se utiliza como referencia al CIE-10 (OMS) para categorizar trastornos mentales e implementar el tratamiento adecuado (21). Esto es porque tiene una tendencia más descriptiva hacia los síndromes psiquiátricos, en contraposición con la tendencia categórica más típica del DSM (21). Sin embargo, desde la tercera edición del manual americano se ha extendido su uso en profesionales y no profesionales en la esfera japonesa (21). Es más, tras la publicación de la última versión americana del DSM-V, se realizó un año después la versión adaptada para Japón, lo que supone el primer intento de aunar estos manuales de referencia en occidente a nivel internacional. A pesar de ello, aún mantienen ciertas críticas en cuanto a su estructuración, pues los psiquiatras japoneses recomiendan que se debe plantear un enfoque más dimensional que categórico de la patología mental (21). Reseñan que hay ciertos avances en este sentido, como por ejemplo la integración del *modelo de desarrollo de vida -lifespan developmental model-* que es un intento hacia esa expansión dimensional. Así, a pesar de aún existir objeciones en el planteamiento de estos manuales, en Japón tanto el CIE-10 como el DSM son utilizados como modelos de referencia clínica (21).

En el caso de China, ya hemos comentado que la tendencia hacia un plan de Salud mental se lleva desarrollando desde la década de 1980(12). Previamente se utilizaba la llamada Medicina tradicional China (DIAN/KUAN/XIAN) y el tratamiento consistía en hierbas, acupuntura y terapia emocional(22). Todavía hoy hay zonas donde se trabaja con la medicina tradicional, sobre todo en zonas rurales. Sin embargo, el cambio acontecido en el país en todos los sentidos en los últimos años también incluye al desarrollo de la Salud mental. Las clasificaciones diagnósticas que

---

<sup>2</sup> Desde este año se ha aprobado la nueva versión, el CIE-11.

se utilizan en China desde 1980 están muy influenciadas, como en la cuestión de Japón, por los parámetros del CIE, aunque en el caso de China se desarrolló una clasificación alternativa denominada Clasificación China de Trastornos Mentales (CCMD), incluyendo aspectos culturales y enfermedades específicos de esta sociedad (20,22). La última versión actualizada es la tercera edición publicada en 2001 basados en la versión internacional del CIE-10 y la versión americana del DSM-IV(22). Sin embargo, aunque estas últimas clasificaciones son bien conocidas en China su uso no está tan extendido, principalmente el del DSM(20,22). Así, en un estudio realizado a un gran número de psiquiatras chinos para exponer el uso de manuales de clasificación de enfermedades se demostró que la gran mayoría utilizaban la versión nacional CCMD-III (63.8%), con un porcentaje más que significativo del CIE-10 (28.5%), lo que se podría explicar por el gran parentesco que existe entre ambos y, por último, un uso mucho más residual del DSM (7.7%), utilizándose sobre todo en áreas más científicas que clínicas pues su uso a nivel internacional está muy extendido (22)(ANEXO 5). También, en este estudio se recogen las respuestas de la mayoría de psiquiatras hacia un nuevo plan de clasificación, apoyando la intención de realizar una integración cultural en las futuras guías para que, de esta forma, sea más aplicable en cualquier espectro del mapa(22). De todas formas, el CCMD no ha vuelto a desarrollar una nueva versión desde 2001.

Un caso representativo de la influencia de la cultura en estos manuales se encuentra en la consideración de los llamados "síndromes dependientes de la cultura"(23). Estos son denominaciones realizadas por los países occidentales durante el tiempo de las colonizaciones, pues eran "síndromes peculiares" que no se asemejaban al planteamiento cultural de occidente. Hay mucha discusión en torno a la categorización de estos síndromes pues, a día de hoy, es difícil definir el concepto de trastornos culturales, ya que existe una problemática más de terminología y entendimiento de los mismos, que de las propias manifestaciones clínicas que se han demostrado similares en todos los espectros culturales(23). Así, el CIE establece una posición más cauta en su definición y los categoriza como "*trastornos específicos de la cultura*", asumiendo que existe un amplio abanico de posibilidades que serían equivalentes en el sentido de provenir de una cultura en específico y que, a su vez, es difícil asumir una categorización internacional de los mismos. Por su parte, el manual DSM, antes de su última versión (DSM-V) definía la categoría de "*síndromes dependientes de la cultura*" como aquellos síndromes que son estrictamente locales, arraigados a una tradición cultural, con un nombre específico, lo que podría hacer que se consideraran síndromes desfasados pues no necesariamente estarían representados por las categorizaciones que en el mismo manual se hacen del resto de trastornos mentales (23). Sin embargo, en su última versión, el DSM-V rectificó en su consideración de estos síndromes otorgándoles la posición de "*conceptos culturales de angustia*" -*distress*-. En esta revisión del manual americano se pone énfasis en que la cultura influye en todos los trastornos mentales estableciendo un marco de reconocimiento de síndromes, de formas de comunicar y de integrar la sintomatología. Rompiendo esa distinción clara que antes existía, pues en un nuevo marco, más expansivo, los síndromes



denominados "dependientes" deben pasar a ser considerados como "influenciados" por la cultura, pero no específicos(23). Poniendo un ejemplo representativo de esto, podríamos nombrar uno de los síndromes antes comentados como sería el *khyal cap -ataque de viento-* que estaría muy emparentado con el ataque de pánico dentro de los trastornos de ansiedad(15,23).

Otra cuestión a tener en cuenta es que los manuales de clasificación confían principalmente en la capacidad del paciente de transmitir su dolencia y en la capacidad del especialista para interpretarlos e identificarlos(24). Sin embargo, desde un punto de vista cultural existen diferencias en ciertos sentidos a la hora de categorizar un síndrome como patológico o aceptarlo como normal. Un caso en particular se refiere a uno de los síndromes que antes hemos comentado en Japón, el *Taijin Kyofusho*, entendido como la sensación de ansiedad que se manifiesta en el miedo de ofender a otros (15). Esto sería aceptado dentro de la normalidad en la sociedad japonesa (24). En esta misma cultura podemos nombrar otra presentación, denominada *Hikikomori*, que estaría caracterizada por un retiro social en un periodo de unos 6 meses. Esto en occidente podría ser identificado con procesos del tipo de la depresión o incluso de patrones de esquizofrenia, sin embargo, esta condición sería aceptada en Japón. Resultaría interesante plantearse el hecho de que una persona japonesa que migre a occidente encontraría dificultades para explicar esta situación a un facultativo si no nos involucramos dentro de este marco cultural (24).

Como hemos comentado, en la última versión del DSM se pretendió un cambio de enfoque con respecto a la cuestión cultural (16,23). Reconociendo en esta última versión que todos los trastornos mentales surgen como síndromes culturales. No habiendo así una relación directa entre la categorización realizada en el manual de los trastornos mentales y los conceptos y manifestaciones culturales de los mismos, abriendo un marco para la implementación y mejora de este factor cultural en la práctica clínica(23). Podríamos decir que, en este momento, los criterios diagnósticos no serían sensibles a la cultura, resultando en una gran variabilidad de prevalencias y de criterios diagnósticos entre culturas(16,23). Donde también es reseñable el umbral que se establece en cada cultura de "lo patológico" y "lo fisiológico". Es considerable que el factor cultural se integre tanto en los manuales diagnósticos de referencia, como en la práctica clínica, pues su inclusión es crítica para la identificación y tratamiento de enfermedades mentales y en la carrera por conseguir una visión unificada de los trastornos mentales(16)(23).

## 6.4. TRATAMIENTOS

### 6.4.1. Escalones terapéuticos para la ansiedad (NICE)

Para el abordaje de los trastornos de ansiedad existen diferentes recomendaciones según la severidad del trastorno que se presenta. En términos generales, diferenciaremos de forma ascendente los diferentes escalones terapéuticos para la ansiedad(25).

- I. El primer paso consiste en la identificación y evaluación del trastorno de ansiedad sospechado. En este momento la intención primera es que el paciente comprenda e identifique el proceso en el que se encuentra y educarlo de las diferentes posibilidades terapéuticas que tenemos. Muchas veces, una vez los pacientes llegan a ser conscientes de su ansiedad, estos son capaces de tomar medidas al respecto e ir identificando los síntomas y el por qué se manifiestan. Esta primera línea la podríamos resumir como educación sobre la ansiedad(25).
- II. En el segundo escalón nos encontraríamos con pacientes que no consiguen mejorar su situación a pesar de la educación y comprensión de su proceso ansioso. En este momento pasaríamos a un abordaje psicológico de baja intensidad, con programas guiados de ayuda individual o en grupo(25).
- III. En este grupo se encuentran los pacientes que no han mejorado con las medidas del segundo escalón o que sufren una merma funcional importante con su trastorno. En este momento pasaríamos a una intervención más agresiva a partir de la terapia cognitivo-conductual o técnicas de relajación aplicada, incluso de tratamientos farmacológicos(25).
- IV. En el cuarto y último escalón encontramos a los pacientes que se encuentran más condicionados por la ansiedad, incluso ante el riesgo de autolesionarse. Debemos actuar de forma mucho más agresiva combinando psicoterapia y farmacología(25).

A nivel farmacológico los primeros fármacos que se recomiendan utilizar son los ISRS (inhibidores de la recaptación de serotonina), especialmente en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (25,26,27). Siendo el de primera elección la sertralina. Si no es suficiente, podríamos pasar a otras opciones dentro de este grupo, como el escitalopram, o a IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina- adrenalina). No está recomendado de primera línea el uso de benzodiacepinas o de antipsicóticos en los trastornos de ansiedad(25,26,27). En el cuarto escalón sí que entraría la posibilidad de combinar tratamientos, siempre de forma individualizada y con una buena educación acerca de los tratamientos que estamos recomendando (25,26,27).

En términos generales, para trastornos de ansiedad de larga duración (TAG, trastornos de pánico, trastornos de ansiedad social se recomienda el uso de antidepresivos como primera línea farmacológica(25,28). El grupo de los ansiolíticos, como las benzodiacepinas, o los antipsicóticos, se prefieren para momentos más puntuales, no así para un tratamiento a largo plazo(26,27).

Esto es porque las benzodiazepinas están muy asociadas con la tolerancia y la dependencia, y los antipsicóticos con multitud de efectos adversos. Siendo recomendados en periodos cortos o de crisis(25,26,27).

#### 6.4.2. Genética y cultura

También es importante evaluar, no solo desde un enfoque psicosocial, como se hace comúnmente, sino también desde un enfoque biológico las diferencias entre diferentes culturas en cuanto a los trastornos mentales (29). Considerando las diferencias genéticas y de predisposición en cada caso. Ya no solo para un mejor abordaje diagnóstico de cada individuo, sino para el abordaje terapéutico. Así, se pueden encontrar diferencias tanto de polimorfismo genético, como en las funciones cerebrales entre Asia y occidente(29). Siempre tratando este enfoque de forma empírica para no incurrir en diferencias raciales o discriminatorias. Así pues, se notifican las diferentes reacciones a diversos medicamentos utilizados principalmente para depresión y ansiedad, como antidepresivos o incluso antipsicóticos, demostrando que en razas asiáticas existe una mayor reacción al tratamiento con menor dosis de estos fármacos, así como mayores efectos adversos con menores dosis que en razas caucásicas(29,30). Esto debe ser tomado en cuenta a la hora de prescribir dosis y tratamientos en cada caso (29,30).

#### 6.4.3. Terapias tradicionales en Asia: Acupuntura, Morita, taoísmo y hierbas medicinales.

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de trastornos mentales más común en el mundo (10). Los individuos con estos problemas manifiestan síntomas tanto psíquicos como físicos, pudiendo cronificarse en muchos casos, generando un empeoramiento de la calidad de vida, disminución de la funcionalidad e incluso problemas económicos (10). La evidencia de efectividad en China de los tratamientos farmacológicos con ISRS es similar a la que se encuentra en terapias clásicas de la medicina tradicional China como acupuntura o las terapias con hierbas medicinales (30). Es difícil comparar los servidores científicos de búsqueda entre occidente y china, pues comparten poca información(30,31).

Los tratamientos farmacológicos como los ISRS, y la terapia cognitivo-conductual son ahora mismo las primeras líneas de tratamiento, principalmente en la medicina occidental(25). Sin embargo, se ha constatado que el porcentaje de pacientes con ansiedad que reciben el tratamiento adecuado es bajo, y en aquellos que sí que reciben una buena línea de tratamiento, se estima que, por lo menos, un tercio no puede tolerar el tratamiento estándar a largo plazo (31). Por ello, muchas personas tienden a buscar soluciones de medicina alternativa, y aquí es muy interesante la aportación de los países orientales.

- Una de las terapias más reconocidas para luchar contra los trastornos de ansiedad son las técnicas de acupuntura (32). La acupuntura es una técnica China con más de 3000 años de historia. Se basa en la filosofía

del holismo, que toma la posición de que todas las cosas están interconectadas y que nada ocurre de forma aislada (32). Y la técnica se basa en la búsqueda del equilibrio del *Qi*, que es según la medicina tradicional China la sustancia vital que fluye constantemente por el cuerpo, de la sangre y del *yin y el yang*. Se conseguiría a partir de unos puntos de acupuntura y unos meridianos (32). La medicina tradicional China también integra para solucionar los trastornos el pensamiento confuciano, el uso de hierbas medicinales, la alimentación o la dieta. Ya existen estudios científicos que han estudiado el papel positivo de esta terapia contra los trastornos de ansiedad(32,33). Especialmente en China, se ha comprobado el papel positivo de la acupuntura sobre todo en trastornos de ansiedad generalizada(33). Aunque, por el momento, no existe la suficiente evidencia como para constatar esta terapia como efectiva en la práctica clínica(33). La población en China tiende a aceptar antes un tratamiento con acupuntura a un tratamiento farmacológico debido a sus menores efectos adversos. También esto resalta la distinta consideración que se hace de los trastornos mentales en estos países en contraste con los occidentales(32,33). La información que tenemos parece orientar a que la acupuntura podría ser útil en las primeras etapas y síntomas de los trastornos de ansiedad, no siendo útil a largo plazo(33). Además, la acupuntura combinada con las terapias occidentales imperantes (ISRS y TCC), podría mejorar los efectos adversos de la medicación, incluso podría acelerar el tiempo de efecto de los fármacos(33).

- Terapia Morita: Es una terapia desarrollada en Japón y muy expandida por los países asiáticos desde la década de 1930(34). Es un tipo de terapia desarrollada por Matasake Morita que fue un psiquiatra contemporáneo de Freud. Fue desarrollada para pacientes con trastornos de ansiedad en países asiáticos, Japón y China, principalmente. Se propuso por primera vez en 1919 y estaba muy influenciada por el budismo zen(34). Esta terapia pretende animar a los pacientes a asumir la ansiedad como un proceso natural, para después trabajar de forma constructiva en mejorar los sentimientos de forma progresiva. Se construiría en cuatro fases: *descanso en aislamiento*, para seguir con una etapa de *trabajo sencillo*, continuar con una fase de *trabajo pesado* y, por último, *preparación para una vida normal*(34). Así, las personas mejorarían su condición de ansiedad en base a la aceptación de sus sentimientos y en la focalización en el trabajo y el estudio personal que envolvería su vida social. Los principios en los que se basaría son: *Acepta tus sentimientos, conoce tu propósito y haga lo que necesite hacer*. La evidencia científica es pobre en la comparación de este tipo de terapia con las terapias occidentales, ya que la principal evidencia se encuentra en estudios en china, existiendo una falta de comparación entre técnicas con evidencia científica y poca cantidad de sujetos estudiados(34).
- Terapia cognitivo-taoísta: Es una terapia que surgió a partir de 1998 que pretende hacer una adaptación taoísta a la terapia cognitivo-conductual,

pues de esta manera se conseguiría una adaptación cultural a los preceptos orientales para así intentar conseguir mejores resultados en este tipo de pacientes(35). El taoísmo, el budismo y el confucianismo son las religiones más seguidas en el sudeste asiático. La terapia está conformada por cinco etapas(35). Las tres primeras etapas consisten en la localización y estructuración de la problemática que tiene el paciente. Estas se realizarían en las primeras dos entrevistas de unos 60-90 minutos. La cuarta etapa sería la más importante pues integra la etapa de cambio a partir de las cuatro doctrinas clásicas taoístas:

- La primera doctrina, conocida como "wu-wei": Beneficiarse sin hacer daño y actuar sin intencionalidad. Está relacionada con la dinámica del agua, pues el taoísta piensa que el mundo cambia constantemente y en armonía.
- La segunda doctrina habla de reprimir las conductas egoístas y los deseos individuales.
- La tercera consiste en tomar una posición de humildad y respeto con el resto.
- La cuarta y última consiste en el precepto taoísta de la quiescencia, que consiste en practicar la ley de la naturaleza a partir de la "inacción" o "el silencio natural".

Este cuarto escalón de la terapia requeriría de una o dos sesiones. La quinta sesión sería la última y consistiría en animar al paciente a probar en la vida real durante un tiempo estos aprendizajes(35). Este modo de psicoterapia se considera como una alternativa en los países asiáticos, aunque aún no está muy extendida ni apoyada por mucha evidencia científica(35).

- Hierbas tradicionales chinas. Este tipo de medicinas han sido utilizadas durante cientos de años en Asia. Un caso conocido para tratar la ansiedad sería, por ejemplo, el *Banxia Houpu Decoction*(36). O la fórmula *Xiao Yao*, compuesta por siete hierbas y utilizada también para tratamientos como la depresión(36). Más allá de la evidencia científica para este tipo de tratamientos, las terapias alternativas mediante hierbas son las que más personas atraen(36,37). En estos países estas terapias tienen más relevancia a parte, de por la cuestión histórica, por la mayor seguridad en cuanto a efectos adversos y pronóstico en comparación con la medicina farmacológica occidental, aunque a nivel de efectividad exista menor evidencia(37). Se ha logrado integrar la medicina tradicional China con la occidental en el tratado denominado *Chinese pharmacopoeia*(38). Es el compendio oficial de medicinas para china. Está formado por cuatro volúmenes e incluye un total de 5.608 componentes medicinales con información y dosis. El primer volumen estaría formado por las medicinas más tradicionales incluyendo hierbas, aceites y fármacos tradicionales chinos. El segundo estaría conformado por la farmacología química y el tercero y cuarto por nuevas admisiones y consideraciones.

## 7. DISCUSIÓN

Los trastornos de ansiedad pueden ser considerados como uno de los grandes males de nuestro tiempo. Cada vez condicionan la vida de más personas sin importar el lugar del mundo en el que nos encontremos. Sin embargo, en este trabajo se ha conseguido demostrar que la influencia cultural es clave en la consideración de estos trastornos (1-7).

Los países occidentales fueron los primeros en estudiar a fondo la patología mental, de ahí la relevancia que adquiere la visión que se ha extraído de estas sociedades. Por otro lado, en las sociedades orientales la patología mental siempre ha estado más estigmatizada y por ello su estudio ha comenzado más tarde (10-14). En los países asiáticos, los trastornos de ansiedad se presentan como trastornos somatizadores, aunque la sintomatología es muy similar a las características de los trastornos de ansiedad en occidente (15). Esto nos indica que la influencia cultural sobre la ansiedad no se encuentra tanto en las propias manifestaciones clínicas, como en el desarrollo e interpretación de las mismas (15,17). Para la introducción del factor cultural en la práctica clínica sería recomendable no limitarse a una categorización clínica de la ansiedad, sobre todo dirigida a aclarar a los especialistas, sino analizando al paciente desde un espectro más amplio y dimensional (16, 20-24).

La integración y cooperación entre ambas sociedades debe ser un objetivo común para intentar solucionar los problemas de sobre/infra diagnóstico o de fracaso terapéutico. (1-7)(16,20-24). Debemos seguir remando en este sentido y evitar que la patología mental se convierta en una batalla cultural.

## 8. CONCLUSIONES

- La influencia cultural es fundamental para comprender la diferencia en el desarrollo, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad entre Asia y occidente.
- Los trastornos de ansiedad parecen ser más prevalentes en las sociedades occidentales, aunque esta variabilidad podría explicarse por las diferentes consideraciones que se tiene de ellos entre Asia y occidente.
- En los países asiáticos la ansiedad ha sido interpretada a nivel histórico como trastornos somatizadores, existe un solapamiento clínico entre los trastornos estudiados en occidente y los asiáticos.
- En los países orientales existe una mejor aplicabilidad de los criterios de ansiedad del CIE que los del DSM, aunque se han hecho adaptaciones de ambos a su cultura.
- A nivel terapéutico, ante el dominio en el mundo occidental de la psicoterapia y la farmacoterapia, en el mundo oriental existen aún muchas reticencias en el uso de estas terapias, siendo aún muy influyentes las técnicas de la medicina tradicional oriental.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Nisbett RE, Masuda T. Culture and point of view. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2003;100(19):11163–70.
2. Kirmayer LJ. Clinical presentation of depression and anxiety : Implications for diagnosis and treatment. *Psychiatry Interpers Biol Process* [Internet]. 2001;62(suppl 13):22–30. Available from: <http://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2001/v62s13/v62s1304.aspx>
3. Hong JJ, Woody SR. Cultural mediators of self-reported social anxiety. *Behav Res Ther*. 2007;45(8):1779–89.
4. Miller R, Kirschbaum C. Cultures under stress: A cross-national meta-analysis of cortisol responses to the Trier Social Stress Test and their association with anxiety-related value orientations and internalizing mental disorders. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2019;105(December 2018):147–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.236>
5. Fan Q, Chang WC. Social Anxiety among Chinese People. *Sci World J*. 2015;2015.
6. Wang Z, Koenig HG, Zhang Y, Ma W, Huang Y. Religious involvement and mental disorders in Mainland China. *PLoS One*. 2015;10(6):1–13.
7. Carter JH. Mental Health, Race and Culture. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181(3):209–10.
8. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Organ Panamerica la Salud*. 2017;1–24.
9. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2019;394(10194):240–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
10. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*. 2016;6(7).
11. Naveed S, Waqas A, Chaudhary AMD, Kumar S, Abbas N, Amin R, et al. Prevalence of Common Mental Disorders in South Asia: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Front Psychiatry*. 2020;11(September):1–8.
12. Huang Y, Wang Y, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019;6(3):211–24. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)
13. Guo X, Meng Z, Huang G, Fan J, Zhou W, Ling W, et al. Meta-analysis of the prevalence of anxiety disorders in mainland China from 2000 to 2015. *Sci Rep*. 2016;6(May):1–15.

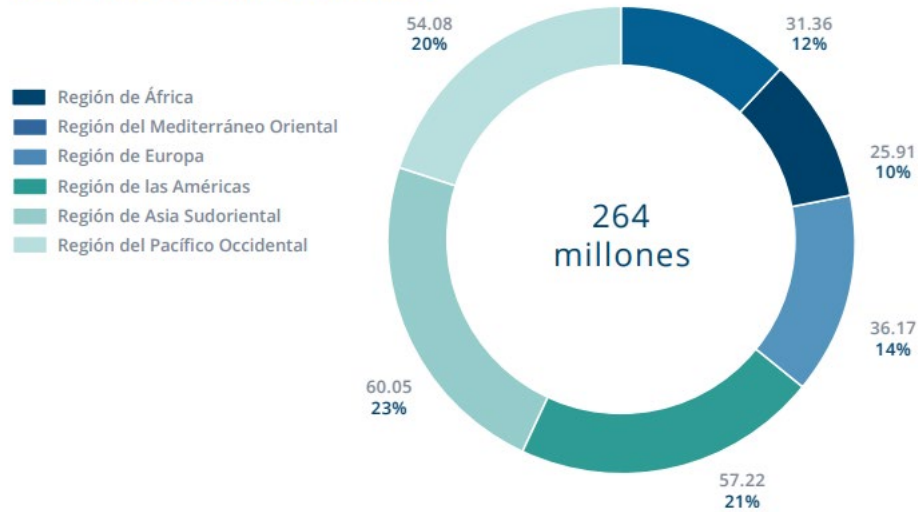
14. Hong JJ. Anxiety disorders in Asians and Asian Americans. *Asian J Psychiatr*. 2014;7(1):74–6.
15. Hinton DE, Park L, Hsia C, Hofmann S, Pollack MH. Anxiety disorder presentations in Asian populations: A Review. *CNS Neurosci Ther*. 2009;15(3):295–303.
16. Jacob KS. DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient-physician partnership. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2014;7(1):89–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2013.11.012>
17. Huang Y, Liu Z, Wang H, Guan X, Chen H, Ma C, et al. The China Mental Health Survey (CMHS): I. background, aims and measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(11):1559–69.
18. Liu Z, Huang Y, Lv P, Zhang T, Wang H, Li Q, et al. The China Mental Health Survey: II. Design and field procedures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(11):1547–57.
19. Santabárbara J, Lasheras I, Lipnicki DM, Bueno-Notivol J, Pérez-Moreno M, López-Antón R, et al. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2021;109(September 2020).
20. Dai Y, Yu X, Xiao Z, Xu Y, Zhao M, Correia JM, et al. Comparison of Chinese and international psychiatrists' views on classification of mental disorders. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2014;6(3):267–73.
21. Kuroki T, Ishitobi M, Kamio Y, Sugihara G, Murai T, Motomura K, et al. Current viewpoints on DSM-5 in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(9):371–93.
22. Zou YZ, Cui JF, Han B, Ma AL, Li MY, Fan HZ. Chinese psychiatrists views on global features of CCMD-III, ICD-10 and DSM-IV. *Asian J Psychiatr*. 2008;1(2):56–9.
23. Ventriglio A, Ayonrinde O, Bhugra D. Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(1):3–6.
24. Kapadia M, Desai M, Parikh R. Fractures in the framework: Limitations of classification systems in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020;22(1):17–26.
25. NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. *Natl Inst Heal Clin Excell* [Internet]. 2011;(April 2007):1–928. Available from: [www.nice.org.uk/guidance/cg113](http://www.nice.org.uk/guidance/cg113)
26. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *State of the art*. 2017;93–107.
27. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021;397(10277):914–27.
28. Ginzburg DM, Schreiber F, Stangier U. Social anxiety disorder:



- Assessment and treatment. *Wiley Handb Anxiety Disord.* 2014;(May 2013):964–1002.
29. Chen PY, Wang SC, Poland RE, Lin KM. Biological variations in depression and anxiety between east and west. *CNS Neurosci Ther.* 2009;15(3):283–94.
  30. Jian-Ping Chen, Charles B Wang, Charles Barron, Keh-Ming Lin HC. Prescribing medication for Asians with mental disorders. *Med Cabinet.* 2002;176(5557):271–275.
  31. Zhang Y, Becker T, Ma Y, Koesters M. A systematic review of Chinese randomized clinical trials of SSRI treatment of depression. *BMC Psychiatry.* 2014;14(1):1–8.
  32. Tan A, Wang M, Liu J, Huang K, Dai D, Li L, et al. Efficacy and safety of acupuncture combined with western medicine for anxiety: A systematic review protocol. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(31):e21445.
  33. Yang X yun, Yang N bo, Huang F fang, Ren S, Li Z jiang. Effectiveness of acupuncture on anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2021;20(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00327-5>
  34. Wu H, Yu D, He Y, Wang J, Xiao Z, Li C. Morita therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(2).
  35. Ding Y, Wang L, Chen J, Zhao J, Guo W. Chinese Taoist Cognitive Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety in Adults in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2020;11(April):1–12.
  36. Liu L, Liu C, Wang Y, Wang P, Li Y, Li B. Herbal Medicine for Anxiety, Depression and Insomnia. *Curr Neuropharmacol.* 2015;13(4):481–93.
  37. Jiang Z, Wang J, Yu X, Li C, Shao Y, Wang Z. Comparative efficacy and safety of traditional Chinese patent medicine for anxiety disorders in children or adolescence: A protocol for systematic review and network meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(39):e22274.
  38. British Pharmacopoeia Commission. *British Pharmacopoeia 2020 (Volume I).* *Br Pharmacopoeia 2020* [Internet]. 2020;I(January):206–7. Available from: <https://books.google.co.uk/books?id=5R4hyQEACAAJ&dq=british+pharmacopoeia&hl=en&sa=X&ved=2ahUKewjX8uKg5uHsAhUBonEKHdLrDy0Q6AEwBnoECAQQAQ>
  39. Michael B. First. *DSM-5 Manual de Diagnóstico Diferencial.* 5°. Panamericana, editor. American Psychiatric Association; 2014.
  40. World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.* World Health Organization.

## 10. ANEXOS

### Número de casos de trastorno de ansiedad, por Región de la OMS (en millones)



ANEXO 1. Prevalencia mundial ansiedad por regiones. (OMS)

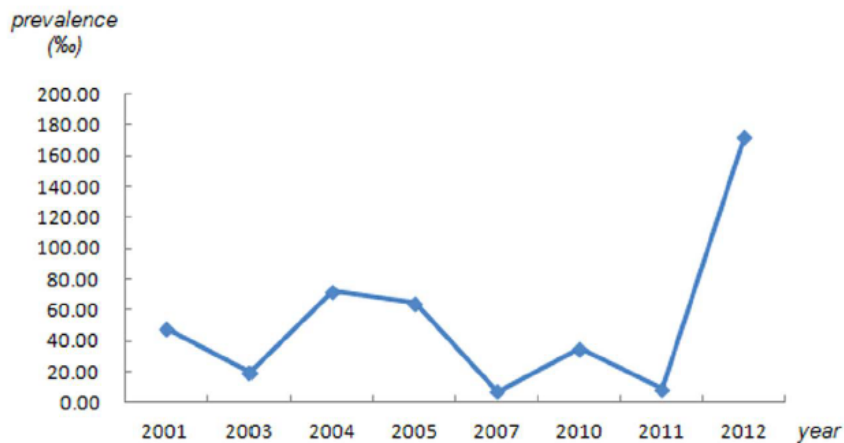


Figure 4. Temporal trends in the lifetime prevalence of ADs in mainland China.

ANEXO 2. Evolución prevalencia de trastornos de ansiedad en China.

Anxiety disorder		Description
ICD-10 classification	DSM-5 classification	
Panic Disorder F41.0	Panic Disorder 300.01 (F41.0)	Anxiety attacks of sudden onset, with physical manifestations of anxiety (eg, palpitations, sweating, tremor, dry mouth, dyspnea, feeling of choking; chest pain; abdominal discomfort; feeling of unreality, paresthesia, etc). Panic attacks can arise out of the blue; however, many patients start to avoid situations in which they fear that panic attacks might occur.
Agoraphobia F40.0 without Panic Disorder F40.00 with Panic Disorder F40.01	Agoraphobia 300.22 (F40.00)	Fear of places where it might be difficult or embarrassing to escape if a panic attack should occur (crowds, on public transport, or in closed spaces, eg, elevators). Fear of being alone is also common.
Generalized anxiety disorder F41.1	Generalized Anxiety Disorder 300.02 (F41.1)	Patients suffer from somatic anxiety symptoms (tremor, palpitations, dizziness, nausea, muscle tension, etc.) and from psychic symptoms, including concentrating, nervousness, insomnia, and constant worry, eg, that they (or a relative) might have an accident or become ill.
Social Phobia F40.1	Social Anxiety Disorder (Social Phobia) 300.23 (F40.10)	Patients are afraid of situations in which they are the center of attention and may be criticized—eg, public speaking, visits to authorities, conversations with superiors on the job, or with persons of the opposite sex. They are afraid of appearing clumsy, embarrassing themselves, or being judged negatively.
Specific (Isolated) Phobias F40.2	Specific Phobia 300.29	Phobias which are restricted to singular, circumscribed situations, often related to animals (eg, cats, spiders, or insects), or other natural phenomena (eg, blood, heights, deep water).
Mixed Anxiety and Depressive Disorder F41.2	-	Simultaneous presence of anxiety and depression, with neither predominating. However, neither component is sufficiently severe to justify a diagnosis of anxiety or depression in itself. If the diagnostic criteria for anxiety or depression (or both) are fulfilled, then the corresponding diagnosis should be made, rather than mixed anxiety and depressive disorder.
Separation Anxiety Disorder of Childhood (F93.0)	Separation Anxiety Disorder 309.21 (F93.0)	Inappropriate and excessive fear or anxiety concerning separation from those to whom the individual is attached. In ICD-10, the disorder can only be diagnosed in children.
Selective Mutism (F94.0)	Selective Mutism 312.23 (F94.0)	Consistent failure to speak in social situations in which there is an expectation to speak (eg, school) even though the individual speaks in other situations.
<i>DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition; ICD-10, 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>		

**Table 1.** Anxiety disorders: short description according to ICD-10 and DSM-5 classification. Adapted from reference 107: World Health Organization. *ICD-10 Chapter V (F) Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. "Blue Book" *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1991.

### ANEXO 3. Comparación en la clasificación de los trastornos de ansiedad entre el CIE-10 y el DSM-V

Country	Anxiety-related syndrome	Usual DSM-IV anxiety diagnosis	Syndrome-generated catastrophic cognitions	Related panic-attack subtype
<b>East Asia</b>				
China	Neurasthenia	GAD, PD	Dangerous weakening	Worry-induced
	“Weak heart”	GAD, PD	Heart arrest	Heart-focused
	“Weak kidney”	GAD, PD	Brain depletion	Semen-loss-induced (e.g., in urine)
Japan	Neurasthenia	GAD, PD	Dangerous weakening	Worry-induced
	Orthostatic dysregulation	PD, SP (social phobia)	Weakened nervous system, fainting	Orthostasis-induced, social-context-induced
	<i>Taijin kyofusho</i>	SP	Offending others	Social-context-induced
Korea	<i>Hwa byung</i>	GAD, PD	Asphyxia, cardiac arrest	Anger-induced
<b>South Asia</b>				
India	Semen loss	GAD, PD	Death from depletion	Semen-loss-induced (e.g., in urine)
<b>Southeast Asia</b>				
Cambodia	“Weakness”	GAD, PD, PTSD	Dangerous weakening	Worry-induced
	“Weak heart”	GAD, PD, PTSD	Heart arrest	Heart-focused
	“Wind attack”	GAD, PD, PTSD	Syncope, vomiting	Dizziness-focused
	“Limb blockage”	GAD, PD, PTSD	Limb death, upward surge of wind	Limb-focused
	“Sore neck”	GAD, PD, PTSD	Neck-vessel rupture	Neck-focused panic
	“Abdominal wind”	GAD, PD, PTSD	Heart arrest, asphyxia	Abdomen-focused
	“Wind overload”	GAD, PD, PTSD	Syncope	Orthostasis-induced
Northeastern Thailand	“Weak heart”	GAD, PD, PTSD	Heart arrest	Heart-focused
	“Abdominal wind”	GAD, PD, PTSD	Heart arrest, asphyxia	Abdomen-focused
Vietnam	“Weakness”	GAD, PD, PTSD	Dangerous weakening	Worry-induced
	“Weak heart”	GAD, PD, PTSD	Heart arrest	Heart-focused
	“Weak kidney”	GAD, PD, PTSD	Brain depletion	Semen-loss-induced (e.g., in urine)
	“Orthostatic dizziness”	GAD, PD, PTSD	Syncope	Orthostasis-induced
	“Nerve fiber ripping”	GAD, PD, PTSD	Loss of mental power	Headache-focused
	“Hit by the wind”	GAD, PD, PTSD	Total bodily collapse	Exterior-wind-induced

*ANEXO 4. Presentaciones trastornos de ansiedad en Asia en comparación con las categorías del DSM-IV.*

**Types of classificatory system applied by Chinese psychiatrist.**

Questions	Options	Percentage (%)
Most often used classification in clinical practice	ICD-10	28.5
	DSM-IV	7.7
	CCMD-III	63.8

*ANEXO 5. Preferencias en las guías de clasificación de los trastornos mentales en los psiquiatras chinos.*