

Intentos de solución fracasados en Trastornos de Pánico con y sin agorafobia

Failed solution attempts in panic disorder with and without agoraphobia

Tentativas Fracassadas de Solução em Transtornos de Pânico com e sem agorafobia

Marcelo R. Ceberio¹

<https://orcid.org/0000-0002-4671-440X>

RECEBIDO: 11 fevereiro, 2025 | **ACEITE:** 13 julho, 2025 | **PUBLICADO:** 25 julho, 2025

Como citar: Ceberio, M. (2025). Intentos de solución fracasados en Trastornos de Pánico con y sin agorafobia. *RAC: Revista Angolana de Ciências*, 7(2), e070202. <https://doi.org/10.54580/R0702.02>

RESUMO

Os transtornos de pânico, com ou sem agorafobia, estão entre as condições de saúde mental mais prevalentes e impactantes da sociedade contemporânea. Esses transtornos se manifestam por meio de uma constelação de sintomas orgânicos e psicológicos, que incluem componentes cognitivos, emocionais e interacionais. No entanto, um dos fatores mais relevantes na manutenção do quadro sintomático não está apenas nos próprios sintomas, mas nos “intentos de solução fracassados” realizados pelos pacientes, por seus vínculos próximos e até por alguns profissionais. Esses intentos, embora bem-intencionados e voltados para a redução do sofrimento, acabam sendo paradoxalmente contraproducentes, pois reforçam o problema, o perpetuam no tempo e geram fortes resistências à mudança. O presente estudo teve como objetivo identificar, classificar e analisar esses intentos fracassados dentro do marco de um protocolo de tratamento sistêmico para os transtornos de pânico. Por meio de um desenho de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com uma amostra de 30 pacientes residentes em Buenos Aires, Argentina. A análise permitiu categorizar os intentos fracassados em quatro grupos principais: pessoais, realizados por pessoas significativas, por profissionais e por indivíduos afetivamente próximos.

Palavras-chave: acompanhantes, transtornos, pânico, agorafobia, tentativas fracassadas.

ABSTRACT

Panic disorders, both with and without agoraphobia, are among the most prevalent and impactful mental health conditions in contemporary society. These disorders are expressed through a constellation of organic and psychological symptoms, including cognitive, emotional, and interactional components. However, one of the most significant factors in symptom maintenance is not the symptoms themselves, but rather the “failed

¹ Laboratorio de Investigación en Neurociencias y Ciencias Sociales, Universidad de Flores, Universidad y Escuela Sistémica Argentina. marcelorceberio@gmail.com

solution attempts” made by patients, their close relationships, and even some professionals. These attempts, though well-intentioned and aimed at reducing distress, paradoxically become counterproductive by reinforcing the problem, perpetuating it over time, and generating strong resistance to change. The present study aimed to identify, classify, and analyze these failed attempts within the framework of a systemic treatment protocol for panic disorders. Through a qualitative, descriptive, and exploratory research design, semi-structured interviews were conducted with a sample of 30 patients residing in Buenos Aires, Argentina. The analysis allowed for the categorization of failed solution attempts into four main groups: personal, those made by significant others, by professionals, and by affectively close individuals.

Keywords: support, disorders, panic, agoraphobia, failed attempts.

RESUMEN

Los trastornos de pánico, con y sin agorafobia, constituyen una de las patologías contemporáneas de mayor incidencia y repercusión clínica en el ámbito de la salud mental. Este tipo de trastorno se manifiesta a través de una constelación de síntomas tanto orgánicos como psicológicos, que incluyen componentes cognitivos, emocionales e interaccionales. Sin embargo, uno de los factores más relevantes en la mantención del cuadro sintomático no reside únicamente en los síntomas en sí, sino en los “intentos de solución fracasados” que realizan los propios pacientes, su entorno cercano y algunos profesionales. Estos intentos, aunque bienintencionados y orientados a disminuir la sintomatología, resultan paradójicamente contraproducentes, ya que no solo perpetúan el trastorno en el tiempo, sino que, además, refuerzan las resistencias al cambio y complejizan el abordaje terapéutico. La presente investigación se propuso identificar, clasificar y analizar dichos intentos dentro del marco de un protocolo de intervención sistémico para los trastornos de pánico. A través de un diseño cualitativo-descriptivo de tipo exploratorio, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a una muestra de 30 pacientes residentes en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Los resultados permitieron categorizar los intentos fallidos en cuatro grupos principales: personales, de acompañantes significativos, de profesionales y de personas afectivamente cercanas.

Palabras clave: acompañantes, trastornos, pánico, agorafobia, intentos fallidos.

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de pánico

El trastorno de pánico es una de las patologías que se observan con mayor asiduidad en la clínica psicológica. Cerca del 30% de la población llega a tener una crisis de pánico. Hoy es algo de lo que se habla habitualmente. Parecería que la vida acelerada en las ciudades, lleva cada vez más a ver este tipo de problemática (Rispo, 2007). El ritmo estresante que genera la sociedad actual lleva a imponer frenos sintomatológicos de cara a la imposibilidad colocar límites y sostener situaciones rayanas con la patología, sometiéndose a hiperexigencias de comportamientos (Ceberio, 2014). El pánico se define generalmente como un trastorno en el que se presenta de forma recurrente el ataque de pánico. Históricamente ha sido considerado como una forma de neurosis de ansiedad, pero posteriormente es definido como un estado de ansiedad.

La denominación “ataque de pánico”, suele emplearse para designar la experiencia de aparición súbita de intenso miedo acompañado de síntomas

fisiológicos (Rodríguez, 2024; Delgado et al, 2021). La característica relevante de una crisis de angustia o pánico, es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de una amplia gama de síntomas somáticos o cognoscitivos (APA, 2002). El inicio de un ataque de pánico se presenta de forma brusca alcanzando su máxima expresión con rapidez (Yilmaz et al, 2025). La crisis de angustia se ve acompañada de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar (APA, 2022, Pinheiro, 2022, Ceberio 2014, 2015, Chappa 2006).

Se trata de la aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro, o más, de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos (Carbajal-Burgos, 2023). El DSM IV enumera 13 síntomas para acreditar “Panic attack” que pueden dividirse en “Síntomas neurovegetativos” (inestabilidad, mareo o desmayo / temblores o sacudidas / sudoración / parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) / escalofríos o sofocaciones); “Síntomas digestivos” (náuseas o molestias abdominales); “Síntomas emocionales” (miedo a perder el control o volverse loco / miedo a morir / desrealización o sensación de irrealidad o despersonalización -estar separado de uno mismo-); “Síntomas cardiovasculares” (palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca / opresión o malestar torácico); “Síntomas respiratorios” (sensación de ahogo o falta de aliento / sensación de atragantarse) .

Chappa (2006) agrega que el sujeto no sólo tiene la experiencia repentina e inesperada de falta de aire, palpitaciones, sudoraciones, temblor e inestabilidad, sino que percibe a su entorno como extraño, cambiado, como en una nube, carece de claridad de pensamiento y se siente al borde de la pérdida de control sobre sí mismo (Helbig-Lang et al, 2012). En relación a estos síntomas, anexamos que la persona panica en general no tiene claridad de pensamiento y manejo racional puesto que su foco se halla permanentemente en la probable aparición de miedo. Pierde, por ende, la concentración y siente que “todo el tiempo” está en presencia del ataque, es decir, sufre cuando tiene el ataque y sufre cuando no tiene el ataque porque es factible que lo tenga. Muchos de estos síntomas van acompañados de sensaciones agorafóbicas, no como un cuadro puro, sino con las sensaciones de no encontrar salida y de sentirse constreñido a no tener escapatoria.

La agorafobia es un trastorno que consiste en el miedo o la ansiedad significativa generada por encontrarse en lugares o situaciones de los cuales puede resultar difícil o vergonzoso escapar. Está especialmente relacionada con el temor intenso a los espacios abiertos o públicos en los que pueden presentarse aglomeraciones, estar fuera de casa sin compañía, en una multitud, formando una fila, cruzando un puente o viajar en medios de transporte. La agorafobia se subordina al trastorno de pánico, si bien puede existir una agorafobia sin historia de pánico DSM-5-TR (APA, 2022).

A todo este circuito hay que anexar que la crisis de pánico es una experiencia de un pico máximo de miedo y ansiedad llevada al extremo, en donde ambas se retroalimentan generando un efecto dominó: miedo a sentir el miedo, foco obsesivo en el miedo y sus síntomas, tensión expectante e hipervigilante, ansiedad permanente, incertidumbre, pánico. Es una secuencia de formas emergenciales en un proceso que desbasta a la persona por el estrés constante a la que la somete. Debe recordarse que no solo el estrés activa el

mismo eje que se activa en el pánico, sino que además, el pánico es estresante y es el estrés quien incentiva y provoca aún más el circuito panicoso.

El trastorno de pánico con o sin agorafobia es, tanto en su presentación como en su desarrollo, un cuadro complejo que difícilmente puede ser abordado con éxito con propuestas terapéuticas que no contemplen todas las variables involucradas y sus consecuencias (Mellado-Pastor et al, 2023). A partir de esta definición se deduce fácilmente que el pánico es una forma de miedo y ansiedad cuyas manifestaciones sintomatológicas son básicamente de índole somática.

Un fenómeno característico del ataque de pánico es su omnipresencia, ya que la mayor parte de los pacientes con trastornos de ansiedad, sea cual sea el mismo, posee experiencias de ataque de pánico (Belloch et al, 1995). Pero su omnipresencia se debe a que la persona se encuentra en una alerta permanente y esta actitud la vulnerabiliza: teme por el ataque en sí mismo y teme mientras que no hay presencia del ataque, pero es factible que sobrevenga. El estado de vulnerabilidad que genera la base de la ansiedad, hace que la persona sea más lábil para enfrentar situaciones críticas.

Wolpe y Rowan (1988) señalan que la emergencia de las sensaciones propias del pánico es consecuencia de un fenómeno de hiperventilación, resultando la crisis, una respuesta incondicionada. La hiperventilación es el resultado comportamental de cara a la situación de ahogo. La sensación de falta de aire estimula el automatismo de acelerar la respiración lo que intoxica el aire al reducir los niveles de dióxido de carbono en sangre, y genera las náuseas y mareos (Ceberio, 2014).

El circuito de ansiedad y miedo está coronado por una serie de construcciones cognitivas de corte negativo y catastrófico, que se haya enmarcada dentro de “esquemas mentales”. Estos esquemas son estructuras donde se conjugan el sistema de creencias, las escalas de valores, las categorizaciones, pautas familiares y socioculturales, entre otras (Ceberio, 2011) y desarrollan pensamientos negativos que incrementan la baja autoestima tan característica en las personas miedosas.

La tendencia a auto-monitorearse de forma continua, en busca de cualquier señal interna asociada al pánico hace más probable que se perciba alguna sensación que ponga en marcha nuevamente ese círculo vicioso (Schmidt et al, 2021). Por otro lado, desde una perspectiva interaccional, una regla categórica de este trastorno es: cuantas más crisis de pánico se producen, más miedo existe a volverlas a tener. La representación cognitiva se afina como esquema mental y genera el automatismo. Es así que surge el “miedo a sentir el ataque de miedo” como la llave efectora que abre las compuertas al efecto dominó sintomático. La ansiedad anticipatoria produce un miedo intenso y esto es lo que hace que una persona empiece a evitar cada vez más situaciones, incluso que evite el salir totalmente de su casa, adentrándose en la “prisión” de la agorafobia (Amarilla et al, 2022).

Problemas humanos e intentos de solución

Dentro del campo de los trastornos fóbicos y de pánico, uno de los aspectos clínicamente más relevantes se refiere al modo en que las personas

intentan resolver sus dificultades. El problema radica en cómo dichos intentos pueden, paradójicamente, contribuir a su sostén y cronificación. En el caso específico de los cuadros fóbicos, se observa que la cercanía o proximidad del estímulo fóbigeno suele ser el factor determinante para la aparición del síntoma. Las personas con este tipo de trastornos establecen un perímetro personal de seguridad —una distancia límite— a partir del cual pueden desenvolverse con cierta tranquilidad. No obstante, cuando se traspasa dicho umbral de “zona de confort”, se desencadena una respuesta sintomática que compromete su funcionamiento cotidiano (Nardone, 2016).

Por su parte, en los episodios de pánico con agorafobia, incluso una situación trivial —como salir de casa o ingresar a un espacio cerrado— puede actuar como desencadenante de una secuencia cognitiva anticipatoria de tipo catastrófico, seguida de reacciones fisiológicas intensas. Frente a este escenario, la persona intenta controlar la situación mediante una estrategia racional, convenciéndose de que es capaz de manejar lo que ocurre y que no le sucederá nada adverso. Este fenómeno está bien documentado en la literatura actual. Por ejemplo, Clark y Salkovskis (2021) explican que estas interpretaciones catastróficas alimentan un ciclo de anticipación ansiosa y evitación, convirtiendo incluso encuentros sencillos en detonantes sintomáticos. Además, un metaanálisis reciente de García et al. (2023) señala que las personas que intentan racionalizar su exposición sin apoyo terapéutico experimentan un mantenimiento o aumento de los síntomas agorafóbicos, debido a la validación interna de sus propios miedos.

Sin embargo, esta afirmación está sostenida en una negación implícita del temor real: la persona necesita convencerse porque, en el fondo, teme profundamente que ocurra aquello que desea evitar. Como lo señala Ceberio (2018), este proceso cognitivo se transforma en un refuerzo negativo que incrementa el efecto contrario: cuanto más se intenta persuadir de que no ocurrirá, mayor es la activación del miedo. Este tipo de estrategias, orientadas a reducir el malestar, derivan frecuentemente en la construcción de “profecías autocumplidas”. Como son definidas por Watzlawick, 2015 y Ceberio & Watzlawick (2025) y otros autores (Nardone, 2025; Milanese, 2021; Gasalla, 2022; Laso Ortiz, 2015; Wurm et al., 2013), estas profecías nacen de un esquema cognitivo anticipatorio que, al ser actuado, termina materializando en la realidad aquello que se deseaba evitar. En este marco, las conductas orientadas a suprimir el síntoma terminan contribuyendo a su mantenimiento. La paradoja reside en que el sujeto pone en marcha un repertorio de comportamientos que, lejos de resolver la dificultad, incrementan su intensidad y duración (Watzlawick, 2015; Ceberio & Watzlawick, 2025).

Desde una perspectiva sistémico-interaccional, se sostiene que los llamados intentos de solución fallidos constituyen uno de los principales mecanismos de sostén y reproducción del síntoma (Weakland et al, 2010). En efecto, es a partir de estos intentos, que buscan eliminar una dificultad, que se configura el pasaje hacia una problemática instalada. Según Watzlawick et al (2018), son precisamente estas soluciones ineficaces las que transforman una dificultad circunstancial en un problema estructural. El cambio de estatus lógico se produce cuando, al no generar una resolución efectiva, la persona incrementa su inversión en el mismo tipo de respuesta, repitiendo la acción fallida con la expectativa de un resultado diferente. Este fenómeno no solo no resuelve la

situación, sino que la consolida dentro del sistema personal y relacional del sujeto.

Las acciones reiteradas que no logran su propósito no solo fracasan en su objetivo resolutorio, sino que terminan por convertirse en parte constitutiva del problema. Cuanto más se insiste en aplicar la misma fórmula fallida, más se refuerza el circuito problemático. De este modo, los intentos de solución se instalan como generadores de la disfunción que originalmente buscaban neutralizar. A esto se suma que tales conductas —aunque ineficaces a largo plazo— tienen, en el corto plazo, un efecto de alivio emocional: operan como atenuantes del miedo o como mecanismos preventivos frente al ataque de pánico. Esta utilidad momentánea refuerza su repetición, instalando un patrón perceptivo-reactivo que alimenta la persistencia del cuadro clínico (Nardone, 2020).

A medida que se reiteran estos intentos de solución, se intensifican también los síntomas asociados: se incrementa la ansiedad anticipatoria, se exacerban las sensaciones de falta de control, se profundiza el sentimiento de indefensión y disminuye la autoestima. Este círculo vicioso genera un aumento progresivo de la angustia, que a su vez refuerza las conductas evitativas y defensivas, relanzando el ciclo desde su inicio. Se establece así una espiral patológica donde cada intento de resolver se convierte en un peldaño más en la consolidación del trastorno.

No obstante, el aprendizaje de soluciones eficaces permite su almacenamiento y posterior transferencia a situaciones similares, simplificando el abordaje de futuras experiencias problemáticas (Watzlawick et al., 2018). Sin embargo, cuando una estrategia previamente exitosa se aplica de manera automática a una nueva situación, sin evaluar su pertinencia o ajustar su implementación, puede convertirse en un obstáculo para la resolución del conflicto actual. En este marco, los problemas se conceptualizan como la cristalización de una “conducta-problema” que persiste en el tiempo, a pesar de los reiterados esfuerzos conscientes e intencionales por eliminarla o modificarla. Este patrón de persistencia genera un círculo vicioso que tiende a autoalimentarse: a mayor repetición del comportamiento ineficaz, mayor es la probabilidad de que los intentos por erradicarlo se tornen también ineficaces o incluso contraproducentes. Lo que se configura entonces es una retroalimentación de tipo positiva (en términos sistémicos), en la que el comportamiento “erróneo” y los intentos fallidos de solución refuerzan mutuamente su presencia y estabilidad. En lugar de extinguir el síntoma, estas tentativas contribuyen a su afianzamiento dentro del repertorio conductual del individuo.

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación consiste en explicar y agrupar en categorías, los intentos que los pacientes con trastorno de pánico -con y sin agorafobia- aplican en pos de creer solucionar su problema. Esta posibilidad de hacer un recuento de las tentativas, facilitaría las intervenciones terapéuticas e incrementaría la comprensión de los circuitos disfuncionales que se estructuran a partir de ellas. De lo que se desprende que la intervención terapéutica no residiría únicamente en eliminar la conducta-problema, sino en interrumpir este ciclo disfuncional de solución fallida mantenida. Ello implica identificar el patrón de retroalimentación, comprender las creencias y estructuras cognitivas que lo sostienen, y generar un quiebre en la

lógica que lo perpetúa. La finalidad es propiciar nuevas formas de acción, más ajustadas a las condiciones actuales del entorno, que permitan recuperar la flexibilidad adaptativa perdida en el intento repetitivo de aplicar una solución obsoleta.

Sostenimiento y cronificación del síntoma

La estereotipación de una solución va en contra de la creatividad. Los esquemas conceptuales guiados por el pensamiento lógico-racional (y en múltiples ocasiones, dicha lógica se muestra insuficiente) delimitan un rango demasiado restringido que dificulta la diversificación en términos cualitativos. Sin embargo, es en el ámbito cuantitativo donde se manifiesta una mayor expansión de actividades: se suele replicar insistentemente las mismas estrategias, incluso cuando los resultados no conducen a la meta prevista y desembocan en el fracaso.

El síntoma-problema se manifiesta como una conducta atípica, un comportamiento inusual que se aparta de los patrones esperables y operativos de respuesta ante distintas situaciones. Puede concebirse como una forma de denuncia y convertirse en una expresión explícita, una advertencia de que algún segmento del sistema comunicacional está funcionando de manera defectuosa. El síntoma posee un carácter alostático (McEwen, 2006; Sterling, 2020). En este sentido, actúa como una señal de alerta que, si es correctamente interpretada, puede orientar hacia la recuperación de la funcionalidad. Sin embargo, abordar el síntoma desde una perspectiva interaccional solo ofrece una visión parcial de las razones que subyacen a su aparición.

A los factores interaccionales se les debe aunar los inconscientes, comunicacionales, experienciales, históricos, bioquímicos, orgánicos, endocrinos, neurofisiológicos, cognitivos y emocionales, que convergen para constituir un trastorno bulímico, de pánico, anoréxico, depresivo, de obesidad, de drogadicción, psicótico, obsesivo compulsivo, familiar de pareja, etc. (Ceberio & Kerman, 2014). Cada uno de estos factores opera en sinergia con el resto, potencia y bloquea alternativamente los resultados finales. En semejante complejidad resulta sumamente difícil y utópico estructurar una hipótesis acerca del origen del síntoma medianamente certera. La hipótesis que se efectúa, es una concatenación de premisas que dependerá del trazado de distinciones del observador, en este caso, el terapeuta (Spencer Brown, 1973).

La reiteración persistente de estrategias ineficaces para la resolución de problemas encuentra sustento en una matriz de pensamiento anclada en los postulados de las ciencias positivistas, cuya hegemonía ha operado como paradigma sociocultural dominante (Ceberio & Watzlawick, 2006). Este modelo tradicional del conocimiento se caracteriza por una lógica lineal, causalista, analítica y reduccionista, que promueve la fragmentación de los fenómenos en partes constitutivas, con la ilusión de que la suma de éstas permitirá acceder a una comprensión global del sistema (Onnis, 1999). A ello se suma una estructura cognitiva binaria, sustentada en principios de oposición lógica y explicaciones unívocas (Morin, 1986, 1994), que consolidan una visión de la realidad como entidad objetiva y cuantificable.

En este contexto, la aplicación de soluciones preestablecidas, aprendidas y automatizadas, se impone como el modo de intervención, aun cuando tales respuestas han demostrado reiteradamente su ineficacia (Ceberio, 2014). Esta lógica, que responde a esquemas rígidos y memorísticos, forma parte de una epistemología clásica que limita la emergencia de alternativas innovadoras. La dificultad para generar soluciones efectivas no se encuentra exclusivamente en la falta de herramientas, sino en la estructura misma del modelo cognitivo que se activa frente al problema. El hemisferio izquierdo del cerebro, asociado al pensamiento racional, lógico y analítico, tiende a dominar en situaciones de búsqueda de soluciones, mientras que el hemisferio derecho—vinculado a la creatividad, la intuición y la emocionalidad—suele quedar relegado, aun cuando su activación sería decisiva en contextos complejos e inciertos (Urréa, 2010).

El sistema cognitivo no solo organiza contenidos, sino también procedimientos, es decir, configura estilos de procesamiento de la información que, en muchos casos, resultan disfuncionales cuando los problemas implican variables emocionales y relacionales significativas. Como señala Rosal Cortés (2015), los conflictos humanos rara vez se resuelven mediante la lógica formal, dado que están mediados fundamentalmente por emociones, creencias y contextos sociales específicos. Los intentos de solución no son únicamente actos individuales, sino emergentes del entramado interactivo del sistema relacional, por lo que es indispensable considerar la totalidad del contexto (Ceberio, 2011).

En este marco, la interrupción de los patrones disfuncionales y de las respuestas redundantes encuentra una vía privilegiada en el uso de intervenciones paradójicas. Particularmente en cuadros como el trastorno de pánico, la eficacia de la intervención se correlaciona con la capacidad de generar respuestas que difieran sustancialmente de las intentadas previamente. Desde la perspectiva de la cibernética de segundo orden, tales respuestas pueden definirse como intervenciones que rompen con la lógica homeostática del sistema, de lo que resulta una crisis estructural que permite la emergencia de nuevas configuraciones (Watzlawick et al., 2018). Este aumento de entropía desorganiza transitoriamente la estructura sintomática y permite una reestructuración de los esquemas de percepción y respuesta del sujeto.

METODOLOGÍA

En el marco de la aplicación de un protocolo de tratamiento sistémico para trastornos de pánico, se diseñó una investigación de tipo cualitativo, descriptivo y exploratorio, cuyo objetivo fue identificar los principales intentos de solución utilizados por los pacientes y su entorno (Hernández-Sampieri et al, 2023). A través de entrevistas semi-estructuradas (Flick, 2018), realizadas a una muestra de 30 pacientes con trastorno de pánico, durante el primer cuatrimestre del 2017, se categorizaron las estrategias de solución empleadas, en cuatro grupos: “intentos personales”, “intentos de acompañantes principales”, “intentos por parte de profesionales”, e “intentos de personas afectivamente significativas”. El estudio permitió comprender cómo estos esfuerzos fallidos no solo no resuelven la sintomatología, sino que en muchos casos contribuyen a su mantenimiento.

La muestra se estableció con aquellos pacientes que tenían síntomas de trastorno de pánico con y sin agorafobia desde 1 a 10 años, a la fecha de aplicación de las entrevistas; con crisis recurrentes que variaron entre una o dos semanales, una o dos mensuales en su gran mayoría (87%). Las edades variaron entre 20 a 52 años, de género masculino y femenino, y aproximadamente un 30% estaban medicados y todos habitaban en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Se aplicó en cada caso una entrevista sistémica semipautada en donde se exploró no solamente la historia y la dinámica del trastorno en la vida de las personas, sino que se preguntó sobre los intentos de solución efectuados y que, en su mayoría, 97%, eran inefectivos y en algunos casos de alivio momentáneo. El material reunido llevó a la confección de las cuatro categorías. El protocolo de intervención semi-pautado es el hemos presentado en otras investigaciones (Ceberio, 2014, 2018, 2024 a y b) y que reiteramos en esta oportunidad.

Para la obtención de datos para confeccionar las características personales en la antesala del trastorno y durante el mismo, se empleó el diseño de primera entrevista de corte sistémico y cognitivo. Este modelo de entrevista está basado en las premisas del modelo de la terapia breve sistémica estratégica de Palo Alto (Watzlawick et al, 2018; Watzlawick, 1976, Weakland et al, 2010). Las preguntas son tan solo una guía y de ninguna manera se tomaron como un texto cerrado de una entrevista pautada. La entrevista se categorizó como semi-pautada para dar lugar a la exploración creativa del terapeuta investigador. No obstante, cada investigador recibió las directivas de una guía en pos de unificar las acciones en la indagación (Jung et al, 2025).

Se creó una atmósfera de trabajo confidencial y colaborativa que posibilitó desarrollar la entrevista en un ambiente cálido y distendido (Andolfi, 1977). Para lograr el compromiso del paciente en el tratamiento, un primer paso fue construir con él una relación de confianza y empatía, y una forma de conseguirla fue el aceptar su temor como comprensible y justificado (Chappa, 2006). El modelo estratégico breve señala crear un contexto terapéutico contenedor y colaborativo evitando cualquier juicio de valor. La estrategia propuesta para acentuar la empatía mediante el ‘hablar el lenguaje del paciente’ (Watzlawick, 1967; Haley 1973) y se centralizó en la descripción de los síntomas y en el más exhaustivo detallismo del cuadro sintomatológico. El terapeuta tomó la posición del experto (*up position*), cuestión de que sus intervenciones tengan más estatus y mayor atribución de credibilidad (Ceberio & Watzlawick, 2006) por parte del paciente. De esta manera, se creó una fuerte alianza con el paciente, conjuntamente a una actitud positiva y de seguridad de poder resolver el problema.

Para el desarrollo de la entrevista, se delimitan una serie de pasos del modelo breve (Watzlawick, 2018; Weakland et al, 2010) que le permiten al profesional organizar el material y operar como una guía para su trabajo en este tipo de trastornos. Los pasos se inician con la “focalización del problema” y continúa con la “exploración de los intentos de solución”. Estos pasos se establecen a partir de preguntas recursivas y lineales. Como modelo de resolución de problemas, en el modelo estratégico breve se exige la definición clara de cuál o cuáles son los problemas. Las preguntas se centrarán en precisar una descripción de qué es lo que le está sucediendo a la persona tanto sincrónica como diacrónicamente.

En la exploración sobre los intentos de solución, se realizó una indagación exhaustiva de todos los intentos. No solamente se relataron los personales, sino que el entrevistador instó a pensar los intentos sugeridos por el entorno, tanto amigos, familia, vecinos, entre otros. Como también detectar dentro de este grupo, la relevancia y el poder que tienen los acompañantes antipánico (AA) y, por último, se explora cuáles fueron las tentativas de solución de otros tratamientos y propuestas de otros profesionales.

En algunos casos se puede llegar a observar una solución exitosa que no se llevó adelante (Kopec & Rabinovich, 2007; Rodero, 2025). Este período de la entrevista es muy importante, no solo porque es el eje creativo del modelo breve, sino porque muestra la dinámica cibernética: los intentos errados perpetúan el problema.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a las respuestas, se estableció una diversidad de 4 tipologías de tentativas de solución. Algunas -alrededor del 8%- dieron resultados positivos que mostraron eficacia en los intentos. En su gran mayoría, los resultados fueron fracasados, por tales razones llegan a esa instancia del proceso con el trastorno en plenitud sintomatológica y requiriendo atención psicoterapéutica. En la tabla nº 1 se presentan los datos recabados.

Tabla 1.
Intentos de solución

PERSONALES	ACOMPÑANTES	PROFESIONALES	P.A.C.
Evitación y huida El mantra “No me va a pasar” Negación Ritualismo Cábala Vitaminas y analgésicos Psicofármacos Ejercicios de relajación Recluirse en la casa Acostarse y dormir Pretextos y racionalizaciones Rezar Pensar en otras cosas	Hermanos/as maridos, esposas mejores amigos amigos que pasaron por el trastorno madres, padres. En ocasiones más temerosos que el protagonista. En general “hacen” por la persona afectada. Figuras de apego o tutores de resiliencia	Receta de fármacos y atención de: Médicos clínicos Neurólogos y Endocrinólogos Cardiólogos y Gastroenterólogos Otorrinólogos y Neumólogos Psiquiatras y Psicólogos Homeópatas Asistencia a: Grupos de fóbicos anónimos Videntes, tarotistas, brujos Yoga Terapistas corporales Terapistas florales	Familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. Consejos “útiles” (tengo un médico que atendió a mi tía...) Búsqueda de causas y porqués Explicaciones “Dormitivas” El síndrome del pastor: “tú puedes” Elección de acompañante

Con respecto a los “intentos personales”, sobre los 30 casos se observó que una de las soluciones intentadas fracasadas (Ceberio, 2016) es intentar enfrentar el miedo, diciéndose a sí mismo que puede superarlo, que nada le va a suceder, que es capaz y nada le puede pasar. Pero, se observó que cuanto más se lo repite, más se produce el efecto contrario ya que, al intentar controlar las sensaciones corporales, éstas se intensifican. Al paciente le es difícil

entender qué le sucede y se cuestiona reiteradamente incrementando su incertidumbre. Estas numerosas tentativas tienen como corolario el incremento de su sintomatología, potenciando la angustia inicial y desarrollando un aumento de la incapacidad, la impotencia, la desvalorización y la inseguridad que detonan aún más angustia y fundamentalmente ansiedad (Cía, 2007).

En los casos de los trastornos de pánico, la persona huye de donde se encuentra o evita asistir a otro lugar que no sea su hogar. Los trastornos de pánico con agorafobia, tratan de huir de donde se hallan o mirar donde se encuentra la salida de emergencia de un edificio, un restaurante o cualquier lugar público, o sentarse cerca de la puerta de salida de un cine (Pasto & Sevilla, 2000; Robins et al, 1984); Comparándolos con los trastornos fóbicos sociales se retiran cuando hay más de cuatro personas y evitan reuniones sociales, recitales, o cualquier reunión que los lleven a comprometerse a interactuar; mientras que los fóbicos específicos huyen cuando se sobrepasa la distancia límite o zona de confort, del objeto temido, se cruzan de vereda si ven un perro en su camino, pasan con cierta cautela si encuentra palomas en un cable de alta tensión (Carrion & Bustamante, 2003; Haydu et al, 2016).

Ante las crisis o los primeros síntomas, los sujetos experimentan un irresistible impulso a regresar a su casa – o a su lugar seguro-, en la certidumbre de que al hacerlo se sentirán mejor. Incluso un lugar dentro de la casa que puede ser una habitación específica como puede ser el dormitorio. Este puede ser el puntapié inicial para el desarrollo de la agorafobia, ya que, a partir de descubrir una mejoría al estar cerca de su hogar, el temor puede aumentar cuanto mayor sea la distancia hasta el mismo, fomentando el aislamiento (Chappa, 2006). En efecto, Craske & Barlow (2001) demostraron que la evitación agorafóbica es simplemente una forma de afrontar el pánico. Esta estrategia es una trampa puesto que conduce gradualmente al sujeto a incrementar las evitaciones hasta la completa incapacidad, ya que cada evitación confirma la peligrosidad de la situación evitada y prepara la siguiente evitación.

Se observó también que los pacientes apelan a lo que denominamos “el mantra”: repiten “No me va a pasar” tanto literal como metafóricamente, ya que este deseo es la base de todas las soluciones intentadas. Otros apelan al mecanismo de la negación (“A mí no me pasa nada”), o dormir como forma de olvido momentáneo. En esta misma dirección, usar pretextos y racionalizaciones como una forma de justificar el malestar, negando la verdadera esencia que es el miedo (“tengo náuseas porque no me cayó bien la comida”, “me mareo porque soy hipotensa”) o al ritualismo o cábalas: utilizar siempre el mismo recorrido si al haberlo usado no le acaeció el ataque, o utilizando alguna prenda o un objeto no le sobrevino el malestar (Ceberio, 2011).

También el uso de vitaminas o complejo vitamínico B12, en la creencia de fortalecer el sistema nervioso para solucionar el trastorno, analgésicos para solucionar cualquiera de los síntomas (“Tomo paracetamol, o aspirinas, o miorelajantes.... Me hacen bien”), o antiespasmódicos o digestivos para las puntadas en el estómago o las náuseas, o psicofármacos recetados o no tanto por médicos clínicos como por psiquiatras. Otros tratan de realizar ejercicios de relajación y meditación para aprender a relajarse intentando corroer el estado de tensión permanente y alerta hipervigilante. Este es uno de los intentos que resultan efectivos.

En lo que respecta a las “tentativas profesionales”, también se observó en los resultados que los pacientes han intentado la asistencia de multiplicidad de profesionales, tantos como la secuencia de síntomas que lo aquejan. Tengamos en cuenta que son varios los síntomas de corte orgánico (taquicardia, mareos, náuseas, sudoración, ahogo, presión en el pecho, temblequeo, visión borrosa, entre otros) que competen a diferentes especialidades médicas como Médicos clínicos, Neurólogos y Endocrinólogos, Cardiólogos y Gastroenterólogos, Otorrinos y Neumólogos, Psiquiatras y Psicólogos, Homeópatas. Como también a grupos de autoayuda como Grupos de fóbicos anónimos, o técnicas de yoga, relajación y respiración, meditación, mind fullness. También terapeutas corporales y florales. También en la muestra se observó, principalmente aquellos pacientes de larga data, fruto de la propia desesperación, el recurrir al pensamiento mágico y cabalístico. Atribuyen las causas de su pánico a orígenes maléficos, sobrenaturales, mágicos, con la creencia de que le habían realizado “trabajos” y asisten a brujas, tarotistas, videntes para solucionar su problema (Sarudiansky, 2013; Idoyaga Molina, 1999). La incertidumbre potencia la sintomatología ansiosa original. El paciente ronda de profesional en profesional, sin encontrar una definición a su problema (Ceberio, 2011, 2014).

Las sugerencias de las personas afectivamente cercanas (P.A.C.) son las que proporcionan amigos, vecinos, conocidos, compañeros de trabajo, familiares, entre los que se encuentran el hacer cosas (diligencias, mandados, tareas, etc.) que debería hacer la persona con pánico. En los datos recogidos se observó a lo que denominamos “recomendadores” de profesionales a pesar que no tengan nada que ver con la especialidad que competería al pánico (“¡Es un médico que es una eminencia!, curó a mi tía de diabetes”; “Es un médico muy bueno, es el que lo atiende a Maradona con el tema de la adicción”).

También se registró que algunos prescriben consejos “útiles” como “Porqué a la noche tomas un té de tilo”, “Tenes que no pensar”, “Vas a estar bien relajate”, “Trata de salir”, “Divertite, salí a pasear así te distraes”, “No comas mucho y no tomes alcohol”, ¡“Sos una chica inteligente cómo no vas a poder subir al ascensor!””. Se encuentran aquellos que juegan de terapeutas y realizan interpretaciones psicológicas en la búsqueda de causas y porqués: “Siempre fuiste miedoso, desde chiquito...”, “No quieres asumir responsabilidades y con el ataque eludís enfrentar la situación”, “¡Hay otras formas de pedir ayuda!”.

Otros realizan explicaciones “Dormitivas” (Bateson, 1976; Ceberio & Watzlawick, 2006) que explican una causa por la categoría donde se ve clasificado o categorizado el fenómeno, “Sos un hipocondríaco”, “Siempre fuiste medio fóbico, tenías miedo cuando rendías exámenes”. Mientras los hay “alentadores” que realizan lo que llamamos el aliento del Pastor de Iglesia: “¡tu puedes!”. Se puede comprender que estas afirmaciones atrapan a la persona en una encrucijada, ya que la impulsan a enfrentar el miedo sin contar con una estrategia adecuada, lo que inevitablemente conduce al fracaso. Además de la impotencia generada por su trastorno, el individuo experimenta una sensación aún mayor de frustración cuando su entorno cercano le indica qué debe hacer, pero no logra llevarlo a cabo. La mayoría de los entrevistados expresan sentirse incomprendidos. Su círculo social tiende a minimizar su sufrimiento y angustia, percibiendo su temor como algo absurdo o carente de fundamento. Por esta razón, con demasiada facilidad, quienes los rodean ofrecen consejos

superficiales o soluciones simplistas que no abordan la complejidad del problema.

Por último, entre todos los PAC, la persona afectada elige una o dos personas que pasan a ser los acompañadores principales en ese periplo doloroso que implican los ataques. El recuento sobre 30 pacientes arrojó algunos resultados interesantes por los cuáles se decidió estructurar una columna de datos independiente de los PAC. Estos acompañantes son los que ayudan, actúan protegiendo al protagonista y proporcionándole seguridad. La persona recurre a ellos de cara a situaciones que debe enfrentar y que es factible que pueda desarrollar un ataque. Las razones que llevan a la persona panica a adjudicar a alguien esa función distintiva, se halla en lo que claramente John Bowlby (1969, 1958, 2014) definió como “apego”.

Si bien esta figura está especialmente descripta en los primeros meses y años de vida, este modelo relacional se sistematiza y constituye una forma de interacción para toda la vida. En la adolescencia o la adultez siempre las personas en situaciones críticas buscan a seres referentes con los que se sienten protegidos y amparados (Bowlby, 2014). Esta misma conceptualización es llamada por Boris Cyrulnik (2022) “tutores de resiliencia”, aunque no siempre hace referencia a una figura de apego vinculada a un ser humano, también puede tratarse de un evento, una circunstancia o un espacio. No obstante, en la mayoría de los casos, los tutores son personas adultas que actúan como referentes identificatorios y modelos afectivos, interactuando de manera que potencian las capacidades del individuo resiliente. Lo más llamativo de esta dinámica es que dicha relación puede surgir de manera casual y efímera, sin requerir necesariamente una permanencia en el tiempo.

La idea de la figura de apego o tutor de resiliencia, le otorga sentido a la figura del AA (acompañante antipánico) y le permite al sujeto afectado cierta valía de sortear momentos o situaciones temidas. Lo que se observó en los datos recogidos es que los AA son un familiar muy próximo, madre, padre, cónyuge, hermano/a, como señala Chappa (2006), o amigos cercanos, como también personas que han sufrido el trastorno y con quienes se identifican. Barlow & Durand (2001) afirman que la ansiedad disminuye si la persona con el trastorno considera que un sitio o una persona son “seguros”, o “fuertes”, “inteligentes”, aun cuando no haya nada que la persona pueda hacer si algo malo sucediese.

Los A.A. en general son más miedosos que la misma persona afectada (Ceberio & De la Cruz, 2023). Sienten miedo de que la persona sienta el miedo a sentir el ataque de miedo. Por lo tanto, es factible entender que sostienen la sintomatología de la persona. También son descriptos como que “hacen” lo que debería hacer el protagonista: “Me voy al quiosco”, la respuesta de un acompañante fue “Deja que voy yo” o “Vamos, te acompaño”, “¿Estás segura que vas sola?”. Trámites, llamados telefónicos, entrevistas, compras en supermercados, y otras actividades que instalan al sujeto con pánico en una zona de comodidad donde no se ejerce la responsabilidad y el enfrentar sus temores. Todas expresiones que demuestran amor y preocupación pero que, paralelamente, le recuerdan a la persona con pánico, su incapacidad y sus miedos.

Es un lento proceso de empobrecimiento social y personal. Un indicador del grado de impotencia del paciente con este tipo de trastorno, se observa en el

llamado telefónico del pedido de consulta. Cuando es realizado por el acompañante se observa el grado de dependencia, la zona de confort, la imposibilidad. Un paciente con pánico que llama pidiendo tratamiento, demuestra cierto grado de autonomía y potencialidad al cambio. El vínculo que se establece es de una total asimetría: alguien manda y el otro se somete. El protagonista desarrolla un doble juego: es manejado por el AA pero a la vez tiene a su disposición un empleado que lo protege full time. En síntesis, el acompañante es uno de los locus de mayor desarrollo de intentos de solución fallidos.

Todas estas actitudes, tanto profesionales y personales, como de las personas afectivamente cercanas y los acompañantes, destruyen la autoestima del protagonista: paulatinamente va empobreciendo sus relaciones sociales, pierde su trabajo, ha abandonado la regularidad de la asistencia a sus estudios y su círculo se reduce a algunos miembros de su familia, unos pocos amigos, escasa vida social y poco lugar para el placer.

CONCLUSIONES

Una persona que padece un trastorno de pánico, tras haber acumulado una serie de esfuerzos personales infructuosos, llega a una fase en la que su vulnerabilidad aumenta, volviéndose más dependiente de su entorno. En este punto, comienza a recurrir de manera persistente a su círculo cercano en busca de respuestas que lo orienten hacia la recuperación. Estos intentos fueron agrupados en cuatro categorías: “iniciativas personales, intervenciones profesionales, esfuerzos de personas con un vínculo afectivo significativo (P.A.C.) y el apoyo brindado por el acompañante antipánico (A.A.)”.

Se analizó quiénes conforman el entorno del paciente y cómo se organiza su red de relaciones. Esto permite evaluar el grado de influencia que ejercen ciertas figuras cercanas, qué mensajes transmiten explícitamente y de qué manera estos contribuyen a perpetuar las dinámicas fallidas. Por lo tanto, la exploración no se limitó únicamente al individuo afectado, sino también a quienes lo rodean—familiares, amigos, vecinos y otros allegados—, ya que esto posibilitó comprender la estructura de su sistema relacional, identificar la influencia de personas clave y reconocer cómo sus intervenciones pueden reforzar el mantenimiento del problema. Tal como se ha analizado en este desarrollo, los intentos de solución no solo actúan como un sostén del problema, sino que también generan nuevas complicaciones derivadas del conflicto original. Su ineficacia los convierte, en sí mismos, en un obstáculo adicional. Es inquietante observar cómo, en los sistemas humanos, las personas tienden a adoptar un repertorio rígido de intentos de solución y a repetirlos de manera persistente, a pesar de su evidente inoperancia. Lo que se ha evidenciado es que la mayoría de estos múltiples intentos terminan por agravar la sintomatología, intensificando la angustia inicial y fomentando un incremento de la incapacidad, la impotencia, la desvalorización y la inseguridad, lo que a su vez retroalimenta aún más la angustia. Aunque estas acciones tienen la intención de revertir la conducta sintomática, su efecto es paradójico: el individuo termina sintiéndose incomprendido, percibiendo que nadie logra ponerse en su lugar.

La persona queda sometida al dominio del síntoma, en una posición subordinada a este, lo que le impide modificar la situación a pesar de sus

esfuerzos. Esto, a su vez, intensifica la sensación de desvalorización. A la angustia original se le suma la ansiedad provocada por la sensación de impotencia frente a la sintomatología y por la incapacidad de responder a las expectativas de su círculo afectivo (Beck & Emery, 1985). Si el terapeuta no examina en profundidad las soluciones intentadas, corre el riesgo de sumarse a la cadena de intentos fallidos. Todas estas razones justifican la importancia de que el profesional preste especial atención a este análisis.

La manera en que se construye la noción del problema influye directamente en los intentos por resolverlo. Por lo tanto, no se trata solo de modificar las estrategias utilizadas, sino también de transformar la percepción del problema en sí mismo. La lógica que subyace a estos intentos de solución suele estar regida por un pensamiento racional y un enfoque de resolución influenciado por los principios de la ciencia positivista, que conforman el paradigma sociocultural dominante. Sin embargo, estos intentos no dependen únicamente del individuo, sino que involucran a todo su sistema relacional, el cual insiste en abordar el problema de la misma manera, terminando por afianzarlo aún más. Cabe agregar que los problemas derivados del problema original, la intensidad de la aparición del problema, la frecuencia y la cantidad de años de convivencia con el trastorno, refuerzan el problema y complican resistencialmente aún más su resolución.

En resumen, de los dos puntos desarrollados, puede claramente observarse que la persona con trastorno de pánico se encuentra en una encrucijada entre dos flancos. Por una parte, sus voces internas que le dicen “No me va a pasar”, cuya trampa radica en que es una negación de una afirmación previa. Lo que aparece en la consciencia es el deseo de que no suceda el ataque, pero este deseo se asienta sobre el temor previo de que se sufra un ataque de pánico: es el miedo a sentir el ataque de miedo. Si se dice “no me va a pasar” es porque existe la creencia previa de que puede suceder, sino de lo contrario nadie expresaría ese deseo de la nada. Esta es la evidencia de la aleta hipervigilante de la persona panicosa. Por otra parte, se encuentran las voces exteriores. Voces de incompreensión de los síntomas de la persona. Voces que con la mejor intencionalidad alientan mediante el “Tú puedes”, desestimando o minimizando los miedos del protagonista. Este “aliento” no solo entrapa al protagonista haciéndolo sentir ridículo (algo tan simple no lo puede realizar), sino que le refleja su impotencia y su imposibilidad, además de llevar implícita la incompreensión de sus miedos.

El mantenimiento de los intentos de solución, además de la sistematización de operaciones mentales, ofrece un alivio momentáneo a la persona que sufre trastorno de pánico. Pero lo que en un comienzo es una forma aprendida para escapar al miedo, confirmada y reforzada por las experiencias y relaciones sociales, se convierte en una reacción espontánea e incontrolada: un sistema de percepción y de reacción frente a la realidad, rígido e incapaz de ser modificado por la razón. Sin embargo, no hay que olvidar que debe considerarse a la conducta-problema en contexto, es decir, mantenida por acciones entre individuos de un sistema, que, al intentar resolver esta situación difícil o molesta, la instauran aún más. Es por esto que deben tenerse en cuenta las acciones, actitudes y pensamientos del núcleo familiar/social del individuo. Esta encrucijada le muestra a la persona panicosa que si se escucha dentro de sí encuentra la impotencia y si escucha a su entorno encuentra la impotencia. Cada

pasaje situacional, hace que se enfrente con estas dos impotencias que socavan paulatinamente la autoestima y perpetúan aún más este circuito sintomático.

Todas estas manifestaciones, aunque bien intencionadas tanto por parte del entorno como del propio individuo, buscan modificar su comportamiento. Sin embargo, paradójicamente, generan el efecto opuesto. La persona afectada experimenta una profunda sensación de incomprensión y la impresión de que nadie logra ponerse en su lugar. Se encuentra sometida al dominio del síntoma, en una posición de subordinación ante él, lo que impide revertir la situación a pesar de sus intentos. Como resultado, a la angustia inicial se suma la ansiedad provocada por la sensación de impotencia frente a su padecimiento, así como la vergüenza o el sentimiento de ridículo por no poder cumplir con las expectativas de su círculo cercano.

Este panorama abarca dimensiones psicológicas, emocionales, endocrinológicas, interaccionales y sociales, conformando el complejo escenario en el que se desenvuelve una persona con trastornos de pánico. Por ello, se torna imprescindible la implementación de tratamientos que, en un corto plazo, logren desarticular la intensa y sofocante cadena sintomática de pánico. Si bien el presente estudio se limita a las categorías de intentos de solución en trastornos de pánico, es factible de aplicar el mismo formato en otras investigaciones que exploren otros trastornos. A la vez, es posible utilizar la misma metodología en pos de replicar el modelo en otros países y cotejar resultados, puesto que una limitación de la investigación refiere a que se encuentra reducida al contexto de Buenos Aires.

REFERENCIAS

Amarilla, S., Bertone, R. M., Cano, M. E., Rivarola, M., & Paredes, C. (2022). *Validation of the Spanish version of the Body Vigilance Scale*. European Journal of General Medicine, 19(1), 1–6. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12141>

APA (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Masson.

APA (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Author.

Barlow, D. & Durand, M. (2001). *Psicología Anormal: Un enfoque integral*. International.

Bateson, G. (1976) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Carlos Lohlé.

Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

Belloch, A.; Sandín, B & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología* (Vol. 2). McGraw-Hill.

Cía, A. H. (2002) *Trastorno de Ansiedad Generalizado*. Polemos.

Bowlby, J. (2014) *Vínculos afectivos*. Morata

Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss*. Vol. I Hogarth.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis* 39: pp. 350–73

Carbajal-Burgos, L. (2023). Abordaje de un caso con trastorno de pánico desde el enfoque de terapia breve estratégica. *KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria*, 1(1), 46-55. <https://www.revistasfiecyt.com/index.php/kiria/article/view/79>

Carrion, O & Bustamante, G. (2003). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Galerna.

Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (2025). *Conversaciones con Paul Watzlawick. Reflexiones sobre Cibernética, Constructivismo y Terapia breve*. Ediciones Morata.

Ceberio, M., & De la Cruz Gil, R. (2023). Acompañantes antipánico: ¿acompañantes terapéuticos?. *KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria*, 1(2), 16-31. <https://doi.org/10.53877/x87zmz67>

Ceberio, M.R. (2011) *Dentro y fuera de la caja negra*. Psicolibro

Ceberio, M. R. (2018) *Tratamiento de los Trastornos de Pánico: Uso de Prescripciones Paradojales y de Desviación como primer paso a reducir la sintomatología*. [Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires].

Ceberio M.R. & Watzlawick P. (2006) *La construcción del universo. Conceptos introductorios sobre epistemología, cibernética y constructivismo*. Herder.

Ceberio M.R. (2014) “Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico” en Medina, Raúl (2014) “Pensamiento sistémico”. Ed. UDG.

Ceberio M R, Kerman B. (2014) *En busca de las ciencias de la mente*. UFLO.

Ceberio, M. R. (2022). Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas. *Revista REDES*, (35), 99–116. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/131>

Ceberio, M. R. (2016) Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas. *Revista Redes*, 2.

Chappa, H. J. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico. Manual práctico*. Paidós.

Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.

Clark, D. A., & Salkovskis, P. M. (2021). *Cognitive processes in panic and agoraphobia. Journal of Anxiety Disorders*, 82, 102164. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102164>

Craske, M. & Barlow, D. (2001). *Panic disorder and agoraphobia*. En Barlow (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3a ed., pp. 1-59). Guilford.

Cyrulnik, B. (2022) *Sálvate la vida te espera*. Debolsillo.

Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula*, 35(1), 23-36.

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.

García, M. R., López, A. S., & Hernández, P. L. (2023). Estrategias no terapéuticas y su impacto en la agorafobia: Metaanálisis de intervenciones racionales versus control clínico. *Clinical Psychology Review*, 102, 102200. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102200>

Gasalla, J. M. (2022). Confiando en la confianza. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (110), 4-9. <https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2022/12/2-GASALLA-REV-110.pdf>

Haley, J. (1973) *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson*, M D, Norton. Versión cast. (1980) *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Amorrortu.

Haydu, V. B., Zacarin, M. R. J., dos Santos, A., Borloti, E., & Fornazari, S. A. (2016). Terapia de exposición de realidad virtual para el miedo y la fobia a conducir: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 67-81. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/16034>

Helbig-Lang, S., Lang, T., Petermann, F., & Hoyer, J. (2012). Anticipatory Anxiety as a Function of Panic Attacks and Panic-Related Self-Efficacy: An Ambulatory Assessment Study in Panic Disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(5), 590. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000057>

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (6ª ed.). McGraw-Hill Education.

Idoyaga Molina, A (1999): "La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina)". *Scripta Ethnologica*, XXI: 120-167. <https://www.redalyc.org/pdf/148/14818345001.pdf>

Jung, H. W., Jang, K. W., Nam, S., Kim, A., Lee, J., Ahn, M. E., Lee, S.-K., Kim, Y. J., Shin, J.-K., & Roh, D. (2025). *Digital Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder and Agoraphobia: A Meta-Analytic Review of Clinical Components to Maximize Efficacy*. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1771. <https://doi.org/10.3390/jcm1405177>

Kopec, D. & Rabinovich, J. (2007). *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Paidós.

Laso Ortiz, E. (2015). Terapia familiar en clave emocional, 1: breve revisión histórica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 631-662 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69931>

Mellado-Pastor, S., Del-Río-Sánchez, C., & Pastor-Morales, J. (2023). La influencia de la evitación experiencial y la fusión cognitiva en personas con diagnóstico de trastorno de pánico y agorafobia y TOC. *Apuntes de Psicología*, 41(2), 69–75. <https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1548>

Milanese, R. (2021). *El miedo engañoso de no estar a la altura: Estrategias para reconocer el propio valor*. Herder Editorial.

Morin, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Morin, E. 1986) *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Cátedra.

McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 367. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen>

Nardone, G. (2025). *El libro de las fobias y su curación*. Herder Editorial.

Nardone, G. (2016). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Herder.

Nardone, G. (2020). *Más allá del miedo. Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Paidós.

Pinheiro, J. D. (2022). Panic and Anxiety Disorder: Multifactorial Conditions. *Research, Society and Development*, 11(7), e49011730122. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30122>

Rispo, P. (2007). Como asistir a una persona con ataque de pánico. *Depsicoterapias.com*. <http://www.depsicoterapias.com/articulo>

Robins, L., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Grunberg, E., Burke, J. & Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210031005>

Rodero, B. (2025). *La ansiedad del esquimal: Una guía práctica para entender, afrontar y superar la ansiedad, el pánico y la agorafobia*. Arpa.

Rodríguez, A. (2024). Abordaje de pacientes con crisis de pánico en un contexto de medicina de empresa y salud ocupacional. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 8(1), 63-70.

Rosal Cortés, R. (2015). Revalorización de los potenciales del hemisferio cerebral derecho. las imágenes en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 39-71. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/405102>

Schmidt, N. B., Norr, A. M., Allan, N. P., Zvolensky, M. J., & Gonzalez, A. (2021). *Examining body vigilance and anxiety sensitivity: Relations to panic disorder and health anxiety*. *Behaviour Research and Therapy*, 144, 103922. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103922>

Sarudiansky, M. (2013). *Itinerarios Terapéuticos y Pluralismo Médico en el Tratamiento de la Ansiedad en el Área Metropolitana*. Universidad de San Luis.

Spencer Brown (1973) *Laws of the form*. Bantam Books.

Sterling, P. (2020). *What Is Health?: Allostasis and the Evolution of Human Design*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/11472.001.0001>

Urréa, H. (2010). El dominio de los hemisferios cerebrales. *Revista Ciencia Unemi*, 3(4), 8-15.

Watzlawick P. (2015) "La realidad inventada". Gedisa.

Watzlawick P., Weakland, Fisch R. (2018) *Change*. Ed. Norton & Company.

Weakland J., Fisch D., y Segal L. (2010) *La táctica del cambio*. Herder.

Wolpe, J. & Rowan, V.C. (1988). "Panic disorder: a product of classical conditioning", *Behav. Res. Ther.*, 26: 441-450. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90138-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90138-6)

Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., & Schüz, B. (2013). "How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?". *Psychology and Aging*, 28(4), 1088. <https://psycnet.apa.org/buy/2013-35546-001>

Yilmaz, S., Kabadayı, M., & Kubilay, D. (2025). A Review of Panic Disorder and Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy Research*, 14(1), 61-72. <https://doi.org/10.14744/JCBPR.2024.62723>