



Trastornos de pánico y agorafobia. Reducción de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos

Marcelo R. Ceberio

Licencia [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/)

Artículo

Trastornos de pánico y agorafobia.

Reducción de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos

Panic disorders, agoraphobia, and social phobias.

Reduction of cognitive distortions and automatic thoughts

Marcelo R. Ceberio¹

Laboratorio de Neurociencias y Ciencias Sociales.

Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina

Argentina

Trabajo original autorizado para su primera publicación en la Revista RIHUMSO y su difusión y publicación electrónica a través de diversos portales científicos

Marcelo R. Ceberio (2025) "Trastornos de pánico y agorafobia. Reducción de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos" En: RIHUMSO n° 28, año 14, (15 de noviembre de 2025 al 14 de mayo de 2026) pp. 13-39. ISSN 2250-8139. <https://doi.org/10.54789/rihumso.25.14.28.2>

Recibido: 10.02.2025

Aceptado: 17.10.2025

¹ Es psicólogo y obtuvo tres doctorados por las Universidades de Barcelona (UB), Kennedy (UK) y Buenos Aires (UBA). Es Master en Terapia Familiar (Univ. Autónoma de Barcelona) y Master en Psicoimmunoendocrinología (Univ. Favaloro). Se entrenó en el modelo sistémico en el MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto (USA), del que fue profesor e investigador; en el Minuchin For the family en Nueva York y en la Escuela de Terapia familiar de Barcelona. Trabajó como coordinador de residentes en la experiencia de Desinstitucionalización psiquiátrica en Trieste (Italia) y actualmente es Director académico e investigación de la ESA (Escuela Sistémica Argentina), dirige el Doctorado de la Univ. De Flores y el LINCIS (Laboratorio de investigación en Neurociencias y Ciencias sociales). Es profesor titular e invitado en diversas Universidades e institutos de Terapia familiar de Argentina, Latinoamérica, Europa y Estados Unidos. Es autor de numerosos artículos de divulgación y científicos y más de 40 libros. Correo: marcelorceberio@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4671-440X>

Resumen

Los trastornos de ansiedad son patologías muy acentuadas en la sociedad actual. Pero la ansiedad, si bien en niveles normales son parte de la emocionalidad de la vida, también va muy acompañada por trastornos del miedo llegando a constituirse en trastornos como Pánicos, agorafobias y fobias sociales y específicas. La presente investigación es parte de un estudio que tuvo por finalidad desarrollar las bases pragmáticas, pasos específicos y técnicas de un tratamiento en trastornos de pánico con y sin agorafobia, cuyo objetivo fue desde su inicio, reducir la sintomatología panica. Mediante un diseño cualitativo-descriptivo de tipo exploratorio, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a una muestra de 30 pacientes con trastornos de pánico con y sin agorafobia, residentes en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. En ella se recopilaban las principales distorsiones cognitivas en una primera entrevista. A la vez se muestran los resultados comparativos alrededor de las 10 sesiones, aplicando un modelo centrado en intervenciones sistémicas y prescripciones paradójicas, de desvío y otras técnicas sistémicas, en pos de la reducción de la sintomatología.

Palabras claves: ansiedad, pánico, agorafobia, distorsiones cognitivas, trastorno.

Abstract

Anxiety disorders are highly prevalent pathologies in today's society. Although anxiety, at normal levels, is part of the emotional experience of life, it is also closely linked to fear-related disorders, often developing into conditions such as panic disorder, agoraphobia, and social or specific phobias. The present research is part of a study aimed at developing the pragmatic foundations, specific steps, and techniques for treating panic disorders with and without agoraphobia, with the main objective of reducing panic symptomatology from the outset. Using a qualitative-descriptive exploratory design, semi-structured interviews were conducted with a sample of 30 patients diagnosed with panic disorder with and without agoraphobia, residing in Buenos Aires, Argentina. In the first interview, the main cognitive distortions were identified and recorded. Comparative results across approximately ten sessions are also presented, applying a model focused on systemic interventions and paradoxical, diversion, and other systemic techniques aimed at reducing symptomatology.

Keywords: anxiety, panic, agoraphobia, cognitive distortions, disorder.

Ansiedad, miedo, pánico y agorafobia

La ansiedad es un término muy empleado en Psicología que se ha asociado a otros conceptos como la angustia y el miedo. Esto genera confusión y le brinda ambigüedad a su definición, por lo que se considera necesario realizar una diferenciación de los distintos conceptos (Belloch et al, 1995). Cía (2007) sostiene que, además, la persona con ansiedad tiende a estar en un estado de hipervigilancia, inspeccionando de manera constante su entorno en busca de señales que sugieran una amenaza inminente o un posible daño personal. Este monitoreo selectivo lo lleva a enfocarse en estímulos que percibe como peligrosos, haciéndolos más evidentes, mientras desestima aquellos que indican seguridad o ausencia de riesgo (Cisler & Koster, 2010; Liu et al., 2024).

La American Psychiatric Association (2022) describe la ansiedad como forma de tensión que se produce en la anticipación a un peligro cuyo origen se desconoce. Por su parte, Lazarus (1976) la concibe como una interacción específica entre la persona y su entorno, la cual es interpretada como amenazante o desbordante en relación con sus recursos, afectando su bienestar.

La ansiedad es un término muy frecuente en psicología y a menudo se superpone, de modo impreciso, con conceptos como angustia o miedo, lo que puede generar confusiones en su definición. En los trastornos de ansiedad, los individuos suelen mantenerse en un estado de hipervigilancia: monitorean continuamente su entorno en busca de señales de amenaza, lo que favorece un sesgo atencional hacia estímulos percibidos como peligrosos y la negligencia de señales de seguridad (Cisler & Koster, 2010; Liu et al., 2024). Según la *American Psychiatric Association* (2022), la ansiedad se describe como una tensión anticipatoria frente a un peligro de origen desconocido. Además, la literatura reciente indica que la ansiedad se caracteriza como un estado orientado al futuro, con componentes cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales integrados (Kuaik & De la Iglesia, 2019).

González & Bolaños (2024) definen a la ansiedad, diferenciándola de otros estados emocionales, como un estado afectivo compuesto por una combinación de emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas. En cuanto a su dimensión subjetiva, la ansiedad se percibe como una experiencia emocional única y cualitativamente distinta de otros estados como la tristeza, la depresión, la ira o el abatimiento. Asimismo,

destaca que se manifiesta en distintos grados de aprensión, temor, pánico o inquietud (Ramírez-Carrasco et al, 2022).

Una visión más amplia es la propuesta por Franco Chóez y otros (2021), quienes describen la ansiedad como un sentimiento de temor, no preciso y muy desagradable, en donde la persona ansiosa se ve invadida por preocupaciones constantes, especialmente por peligros inciertos. En esta misma línea, Engler (1996), basándose en la teoría de los constructos de Kelly, plantea que la ansiedad es el reconocimiento de que los acontecimientos con los que nos enfrentamos se encuentran fuera del alcance de nuestro propio sistema de constructos.

Para H. Chappa (2006) la reacción de ansiedad requiere, necesariamente, de una atribución amenazante otorgada al objeto, situación o hecho con el cual el sujeto se enfrenta. Para poder procesar esa información entrante y realizar las evaluaciones pertinentes, el sistema nervioso debe poseer reglas o códigos de procesamiento que se activen en el momento de afrontar la situación o el estímulo temido. Estas reglas o códigos están contenidas en los esquemas. (Cotrim & da Costa Neto, 2023; Clark et al, 1999).

Mientras que en la actividad adaptativa los esquemas operan flexiblemente, en los desórdenes psicopatológicos se comprueba la operación de esquemas rígidos que se activan fácilmente aún frente a estímulos limitados en relación con su contenido (Chappa, 2006). Los sujetos que padecen ansiedad suelen desarrollar esquemas disfuncionales, caracterizados por pensamientos y creencias irracionales que contribuyen a la aparición y mantenimiento del trastorno (Jiménez Badillo, 2024). De acuerdo con Beck y Emery (1985), aquellos con trastornos de ansiedad presentan un sesgo cognitivo sistemático que los lleva a procesar de manera selectiva la información relacionada con peligros personales, debido a una activación específica de los esquemas almacenados en la memoria a retrógrada.

Es posible establecer una diferenciación entre ansiedad y miedo, aunque operativamente ambos términos tienden a confundirse. La ansiedad es una emoción natural que se experimenta ante situaciones en las cuales el individuo percibe una amenaza externa o interna (López García, 2011). Chappa (2006) y Delgado et al (2021) señalan que la ansiedad es un componente normal y habitual de la vida psíquica de

todo individuo. En este sentido, la ansiedad es impulsora y dinamiza a la persona frente a un desafío.

En cambio, el miedo, según Galende (2010), se define como una angustia generada por un estímulo incierto o amenazante, una sensación de extrañeza que puede modificar el ritmo de vida. De hecho, se sostiene que en el miedo siempre subyace la amenaza de destrucción y muerte. López García (2011) aclara que, en el miedo la persona es capaz de identificar el estímulo externo que representa un peligro y se prepara para anticiparlo o prevenirlo y enfrentarlo. En cambio, en la ansiedad el objeto amenazante es desconocido, lo que dificulta la capacidad de dar una respuesta efectiva. Desde nuestra perspectiva, consideramos que la ansiedad y el miedo son fenómenos cualitativamente diferenciados. La ansiedad, no deja de ser una reacción emocional y con ello, adaptativa, ante un estímulo que supone un reto a superar. Por otro lado, el miedo se genera cuando el sujeto detecta una situación, un objeto, un ser vivo o una persona que puede representar una amenaza para su integridad (Ceberio, 2018, 2014).

Dentro del territorio de los miedos disfuncionales, el pánico, puede definirse como una vivencia de miedo muy intensa que causa sensación de descontrol, de desvanecimiento en ausencia de un estímulo que represente un peligro real. Se presenta súbitamente y de manera involuntaria, acompañado de una serie de síntomas, cognitivos y diversas manifestaciones fisiológicas (Rodríguez, 2024; Delgado et al., 2021; APA, 2022). El inicio suele ser abrupto, alcanzando rápidamente su punto máximo de intensidad (Yilmaz et al., 2025). Durante el episodio, la persona experimenta una marcada sensación de amenaza, de muerte inminente y una imperiosa necesidad de huir (APA, 2022; Pinheiro, 2022; Ceberio, 2014, 2015; Chappa, 2006).

La edad promedio de inicio se sitúa entre los 20 y los 29 años, y si bien puede manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital, su aparición está frecuentemente asociada a eventos de pérdida o ruptura de vínculos significativos (Ceberio, 2014; APA, 2022). La cronicidad del cuadro es considerable: estudios longitudinales señalan tasas de remisión parciales del 39%, mientras que las tasas de recurrencia alcanzan el 82% en mujeres y el 51% en hombres (Essau et al., 2020). Los síntomas del pánico pueden ser acompañados por los signos de la agorafobia.

La agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por miedo o ansiedad intensa frente a situaciones en las que escapar podría resultar complicado o en las que no se

percibe la disponibilidad de ayuda en caso de presentar síntomas incapacitantes. 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). Estas situaciones incluyen espacios abiertos, recintos cerrados, o la posibilidad de salir solo del hogar. La respuesta de ansiedad suele ser persistente, desproporcionada al peligro real y conduce a conductas de evitación, lo que limita significativamente la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2019).

Desde la psicopatología clínica, Belloch (2020) subraya que la agorafobia no se limita al miedo a los lugares abiertos, sino que se vincula principalmente al temor a experimentar ataques de pánico en contextos donde sería difícil recibir ayuda. En la misma línea, Vallejo (2016) la describe como un trastorno que suele aparecer asociado al pánico y que se mantiene por los mecanismos de evitación y anticipación ansiosa. Por su parte, Barlow (2014) enfatiza el papel central de la vulnerabilidad psicológica y la sensibilidad a la ansiedad como factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la agorafobia.

Creencias y pensamientos automáticos

En la producción de la sintomatología panica, tanto con signos de agorafobia como no, son producidos y acompañados por una serie de pensamientos automáticos sostenidos por esquemas nucleares. Los marcos conceptuales orientan la forma en que se procesa, codifica, organiza, almacena y recupera la información. De este modo, los estímulos que coinciden con los esquemas previos son integrados y reforzados, mientras que aquellos que resultan incongruentes o irrelevantes tienden a ser desestimados u olvidados (Beck & Clark, 1988).

Desde otra perspectiva, Kelly (1955) introduce un concepto análogo al de esquema cognitivo, planteando que el conocimiento se estructura de manera jerárquica en un sistema de constructos personales o en una red semántica organizada de forma escalonada. En la cúspide de esta jerarquía se ubican los esquemas nucleares, que desempeñan un rol fundamental en la identidad individual y presentan una gran

resistencia al cambio. A su vez, las proposiciones cognitivas—es decir, la información que se toma en consideración—se corresponden con constructos específicos que se insertan en estas estructuras (Feixas & Miró, 1993b). Las creencias centrales son ideas fundamentales y profundas, consideradas por las personas como verdades absolutas que llevan a la persona a interpretar los hechos a través de su lente. Estas creencias pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias más funcionales (Clark & Beck, 2012). Los esquemas desarrollan pensamientos negativos que incrementan la baja autoestima tan normal en las personas miedosas (Ceberio, 2013). Autoinculpaciones, sentimientos de impotencia, sobregeneralizaciones, autocritica extrema, visión del todo o nada, son algunas de las fórmulas que invaden los pensamientos y estructuras conceptuales de las personas con trastornos fóbicos y panicosos.

En el ámbito de la terapia cognitiva existe una diversidad de enfoques que ofrecen una visión amplia y heterogénea del tratamiento. No obstante, todos los modelos comparten un elemento central: el reconocimiento del papel esencial de las cogniciones tanto en el origen de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de transformación terapéutica. Investigaciones recientes destacan que las cogniciones no operan de manera aislada, sino en interacción constante con emociones, creencias implícitas, expectativas y conductas (Tiba, 2024; Francis et al., 2024). En este sentido, el concepto de cognición se entiende en un sentido amplio: abarca ideas, constructos personales, imágenes mentales, representaciones, atribuciones y evaluaciones subjetivas. Así, no se restringe a un proceso exclusivamente intelectual, sino que se manifiesta como un entramado complejo de significados en el que confluyen pensamientos, emociones y acciones (Feixas & Miró, 1993; Tiba, 2024).

Uno de los principios fundamentales del constructivismo se sustenta en la célebre afirmación de Epicteto: “No son las cosas que nos preocupan, sino las opiniones que tenemos de estas” (Ceberio & Watzlawick, 1998, p. 133). Esta idea subraya que la realidad no es objetiva en sí misma, sino que es interpretada a través de la construcción subjetiva que cada individuo elabora. En otras palabras, no es el hecho en sí lo que genera malestar, sino la forma en que se percibe y se atribuye significado al acontecimiento. Tales cogniciones implícitas y las evaluaciones automáticas median la intensidad de la ansiedad, lo cual refuerza la relevancia de la interpretación subjetiva más que de la mera exposición al estímulo.

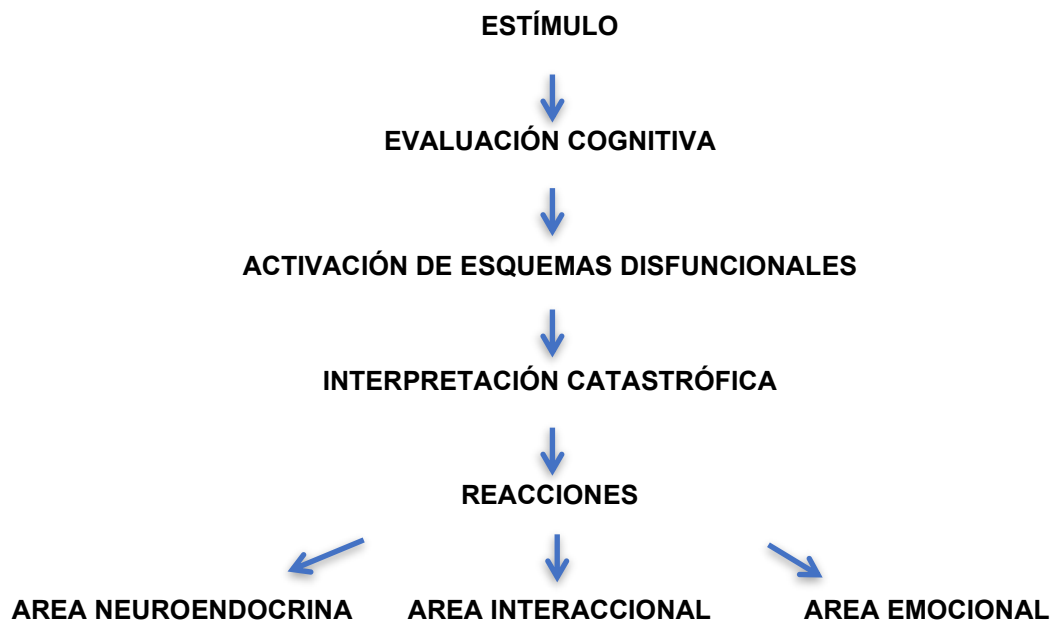
Este supuesto brinda sustento a una de las tesis principales del cognitivismo, basada en el principio de la “mediación”. Este proceso propone que la reacción ante un estímulo está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación con los objetivos personales —metas, deseos, valores— de cada persona. Así, los eventos vitales se interpretan a través de marcos o estructuras cognitivas que pueden llevar a pensamientos de malestar y a conductas desadaptativas (Prochaska & Norcross, 1999). Estudios recientes en terapia cognitivo-conductual (por ejemplo, en ansiedad generalizada, trastornos depresivos) muestran que cambios en creencias disfuncionales, actitudes automáticas negativas o cogniciones interpersonales preceden o median cambios en síntomas, lo cual apunta a la importancia de la cognición como mediador terapéutico (Gómez Penedo et al, 2021). Una revisión sistemática y metaanálisis fue realizada por Parsons et al (2021) que indica que uno de los mediadores de cambio más consistentes en la terapia para insomnio son las creencias disfuncionales sobre el sueño.

Creencias distorsivas en los trastornos del miedo

En el proceso de los trastornos de pánico, fobias sociales y agorafobias e inclusive los fóbicos, el estímulo cobra envergadura de acuerdo a la evaluación cognitiva que se realice que, generalmente, activa esos esquemas almacenados que poseen una atribución negativa y caótica (Zahler et al, 2022). A la interpretación catastrófica le suceden una serie de correlatos neuroendocrinos, emocionales e interaccionales que refuerzan la creencia inicial, constituyendo una profecía que se autocumple (Ceberio & De la Cruz Gil, 2023).

Los pacientes con pánico activan, en su percepción distorsiva del estímulo (gráfico 1), una serie de pensamientos automáticos negativos que serán chequeados como parte del protocolo de la primera entrevista. Son pensamientos o imágenes que surgen en el individuo espontáneamente y están asociados a afectos negativos, aceptándose como ciertos y no siendo sometidos a examen (Cía, 2002).

Gráfico 1



Nota: Fuente: Elaboración propia

Las distorsiones cognitivas, refieren a errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales (Ruiz Sánchez & Cano Sánchez, 2002). Las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos han sido estudiados en numerosos casos como el trastorno límite (Gopar Lemes, 2021), en adultos mayores (Quintanilla et al, 2024), en trastornos ansiosos (Jaramillo, 2024), en el estrés (Reinozo & Salcedo, 2022), entre otros.

Beck et al (1983), en su trabajo sobre la depresión, clasifican las siguientes distorsiones cognitivas, que en la presente investigación se han reiterado en numerosos casos y son fuente de recolección de datos en la primera entrevista como parte del protocolo. La recopilación se desarrolla con ejemplos de verbalizaciones de pacientes de la muestra:

1) *Inferencia arbitraria*: Se refiere al proceso de sacar una conclusión adelantada en ausencia de evidencia que la apoye o cuando es completamente contraria. Esta distorsión es relativa a la respuesta. Puede expresarse en dos formas: las Predicciones negativas que consisten en predecir o anticipar negativamente una situación antes de que suceda con la certeza de que la predicción es un hecho, por ej. “yo sabía que pasaría... seguro que me iba agarrar un ataque” (profecía autocumplida). O la Lectura de pensamientos que es la convicción de que uno sabe lo que el otro piensa o siente:

“Seguramente está pensando que estoy sudado y ansioso, no me acepta así en el trabajo nuevo”, “Ella me encanta, pero seguro me ve como un enfermo”.

2) *Abstracción selectiva*: Consiste en el proceso por el cual ante una situación se centra en un dato extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y se conceptualiza toda la experiencia en base a ese recorte. Por ejemplo, se toman solo los detalles negativos y se magnifican, no filtrando los aspectos positivos (visión en túnel): “Estuve todo el día con revoltijo de estómago” (cuando en realidad la persona estuvo un poco nauseosa una hora en la mañana); “Estoy cansada, agotada... estoy siempre con ataques” (cuando son síntomas aislados)

3) *Generalización excesiva o Sobregeneralización*: Es la tendencia a armar una conclusión a partir de un incidente simple y aislado, o un solo elemento de evidencia y aplicarla como regla general tanto a situaciones relacionadas como a otras inconexas. Las sobregeneralizaciones se expresan en forma de afirmaciones absolutas (como términos “siempre”, “nunca”): “Siempre estoy mal, nunca voy a mejorar”; “¿Siempre con la taquicardia!”

4) *Maximización y minimización*: es la tendencia a magnificar errores o deficiencias personales, sin tener en cuenta aciertos ni habilidades personales. Consiste en subestimar o sobreestimar un hecho, una persona, una situación. Es una forma de maximizar las consecuencias negativas que se anticipan (pensamientos catastróficos). A menudo estos pensamientos empiezan con las palabras “y si”: “Pensé... y si tengo un tumor”, “Es que me puedo infartar.... es el corazón que me latía increíble”, “Y si me desmayo... además de la vergüenza”, o ante un viaje “Y... tengo miedo de que pase algo (¿cómo qué?) y... si se cae el avión”. La tendencia a minimizar es exactamente lo opuesto, se minimizan los hechos o los propios recursos o capacidades: “No me puedo controlar”, “No podré salir”. O la Negación que es la tendencia a negar problemas, debilidades o errores. Es una distorsión cognitiva opuesta al catastrofismo.

5) *Personalización*: Es la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos por lo general evaluados como negativos y los asocia a él mismo a pesar de no existir ninguna conexión. Es un “narcisismo, pero en negativo”, ya que la persona se compara con su entorno colocándose siempre en el desvalor, por lo tanto, siempre saldrá en desventaja. Continuamente se debe probar la valía personal midiéndose a sí mismo con los demás, con lo cual cada comentario, mirada o experiencia es una pista para

analizarse: “No soy lo suficientemente bueno para un ascenso, me ven como enfermo (por el pánico)”, “Lo escuchan a ella, a mí no, yo no sé del tema (a pesar de que tiene mucha experiencia)”

6) *Pensamiento absolutista o dicotómico*: Esta forma de pensamiento se caracteriza por la tendencia a interpretar las experiencias en términos extremos y opuestos, sin considerar la existencia de matices intermedios. Quienes presentan este patrón cognitivo suelen ubicarse en los polos negativos al definirse a sí mismos, sin reconocer aspectos positivos o neutrales en su identidad. Es una tendencia a clasificar las vivencias dentro de una lógica binaria, en la que solo existen dos categorías contrapuestas. Un ejemplo común de este tipo de distorsión es la afirmación: *Siempre fui normal, pero ahora soy un desastre; no puedo salir a ningún lado porque temo tener un ataque de pánico.*

7) *Falacia de control*: esta distorsión cognitiva se basa en una percepción extrema sobre el control que una persona cree ejercer sobre los acontecimientos de su vida. Se presentan dos formas principales de esta distorsión. La primera es la sensación de impotencia, donde la persona se autopercibe como desprovista de control sobre su entorno, sintiéndose víctima de las circunstancias y atribuyendo su malestar a factores externos o a las acciones de los demás. Esta creencia genera frustración, resentimiento y una sensación de indefensión. La segunda es la ilusión de omnipotencia, en la que el individuo se siente responsable de todo lo que sucede a su alrededor y cree que debe satisfacer las necesidades de los demás. Cuando no logra cumplir con esas expectativas autoimpuestas, surge la culpa como sentimiento, de la que consecuentemente puede surgir el castigo como forma de reparación.

8) *Pensamiento del “debería”*: este tipo de distorsión se fundamenta en la imposición de normas inflexibles acerca de cómo se debe proceder; *Debería haber tomado el clonazepam antes de salir; No me sentía bien, no debería haber ido a la fiesta.* Si hay un error en la ejecución que implique el no cumplimiento de esas reglas, no se soporta, lo que puede desencadenar respuestas emocionales disfuncionales.

9) *Descalificación de lo positivo*: la persona transforma las calificaciones positivas del entorno en negativas, tal cual fuesen dadas por compromiso o por adulación: “Me dijo que lo iba a superar... pero en realidad lo dijo para hacerme sentir bien”, “Me felicitó... es porque se conforma con poco”

Cada una de estas distorsiones cognitivas tiene en común una tendencia a la desvalorización personal y a la baja autoestima. Los trastornos psicológicos presentan algunas de las tipologías de pensamientos negativos (Riso, 2006; Ceberio, 2013). En el caso del trastorno de pánico, la evolución del cuadro clínico suele estar acompañada por una disminución progresiva de la autoestima, lo que agrava aún más la sintomatología del paciente (Ceberio, 2014).

Objetivos

El objetivo principal del tratamiento en pánico con y sin agorafobia consiste en, principalmente, mediante las prescripciones paradójales y de desvío, provocar una reestructuración cognitiva natural, mediante el empoderamiento que implica prescribirle al paciente “buscar reproducir el ataque de manera voluntaria”.

Mediante esta propuesta, se trata de que el paciente identifique sus estrategias no adaptativas preponderantes (Cía, 2002), sus pensamientos y creencias negativos (distorsiones cognitivas), para cuestionarlos y reemplazarlos por creencias más racionales y positivas que constituyan una nueva y efectiva filosofía de vida (Prochaska & Norcross, 1999). Las intervenciones paradójales y de desvío constituyen formas de afrontamiento a través de la paradoja y llevan naturalmente a un empoderamiento del paciente, sumido en una total impotencia de su trastorno y, de esta manera, disminuyen tanto en la intensidad como en la cantidad de las distorsiones cognitivas (Ceberio, 2018).

Los enfoques cognitivo-constructivistas no consideran la existencia de una realidad objetiva, es decir, separada del individuo, sino que entienden que la percepción de la realidad está mediada por la subjetividad. Esquemas de valores y creencias, reglas familiares, sociocultura, entre otros, son parte del reservorio cognitivo que influencia la mirada. A diferencia de otros modelos, estos enfoques no otorgan siempre un papel preponderante a la cognición sobre la emoción o la conducta. En este marco, la terapia no se concibe como un proceso psicoeducativo orientado a corregir pensamientos equivocados, sino como un trabajo de reestructuración semántica. Desde esta perspectiva, Mahoney y Gabriel (1987) sostienen que la intervención terapéutica debe centrarse en la reconstrucción de significados, permitiendo que el individuo reorganice sus esquemas de interpretación de la realidad, buscando la construcción de la imagen de sí mismo necesaria para el mantenimiento de la coherencia interna (Guidano, 1995,

1990). Se busca aumentar la conciencia del modo en que una persona funciona, para ordenar la experiencia y poder así reorganizarla (Baringoltz, 2004).

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 las principales distorsiones cognitivas que como pensamientos intrusivos aparecían en ellos pacientes a los que se le aplicó el tratamiento (Hernández-Sampieri et al, 2023). A través de entrevistas semiestructuradas realizadas a una muestra de 30 pacientes con trastorno de pánico, durante el primer cuatrimestre del 2018, el estudio permitió identificar, entre otros datos, los pensamientos negativos y catastróficos que contribuyen a sostener la sintomatología panica.

El grupo de participantes estuvo conformado por 17 mujeres y 13 hombres, en un rango etario de 18 a 79 años. Todos los sujetos incluidos en el estudio cumplen con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV (APA, 2022) y cada uno de ellos había desarrollado 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%). Aproximadamente un 30% estaban medicados y todos habitaban en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Esta misma muestra de sujetos con las mismas características, fue parte de una investigación mayor (Ceberio, 2018), cuya finalidad fue aplicar prescripciones paradójales y de desvío en pacientes con trastornos de pánico con y sin agorafobia, como forma de reducir la sintomatología (Ceberio, 2018). Sobre esta misma investigación se elaboró “La ecuación de la resistencia al cambio. Aplicación de la escala de análisis de la resistencia al cambio como herramienta terapéutica” (Ceberio, 2017); Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión (Ceberio, 2020); Acompañantes antipánico: ¿acompañantes terapéuticos? (Ceberio & De la Cruz, 2023); Intentos de solución fracasados en Trastornos de Pánico con y sin agorafobia (Ceberio, 2025).

Atendiendo a los principios éticos de la investigación se efectúa un consentimiento informado en cada uno de los casos, para utilizar la información del historial clínico del

paciente en la presente investigación, garantizando la confidencialidad y anonimato (Hernández Sampieri et al, 2023).

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 y contabilizó estos pensamientos intrusivos y distorsiones cognitivas. 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, fue aplicado al cabo de entre 8 y 10 sesiones en el marco del tratamiento del pánico, observándose la reducción en intensidad y cantidad de las distorsiones cognitivas.

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, 1974; Watzlawick, 1976, Weakland et al, 1974). 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 et al, 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, 1998) 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 1976; Weakland et al, 1974) 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 (1) se centrarán en precisar una descripción de qué es lo que le está sucediendo a la persona tanto sincrónica como diacrónicamente.

Guía de preguntas (1)

1. ¿Cuál es el/los problemas?
2. ¿En orden de relevancia cual es el orden en que la persona desea solucionarlos?
3. ¿Desde cuándo el problema es problema?
4. ¿Cómo era su vida antes de los ataques de miedo?
5. ¿Estructura familiar de origen?
6. Conformación de la familia creada
7. Relaciones con los demás (familia, amigos, relaciones laborales)
8. Actividades desarrolladas (laborales, sociales, familiares)
9. ¿Cómo era su ritmo de vida? Acelerado, normal, lento, tranquilo, etc.
10. ¿Cuáles eran las características de su personalidad que considera principales?
11. ¿Era generoso, ayudador, busca agradar, se ocupa más del otro que de sí mismo?
12. ¿Sabía decir que no?
13. ¿O se colocaba en primer lugar, se ocupa más de sí mismo que de los demás?
14. ¿Considera que se valora?, ¿cómo estaba su autoestima?
15. ¿Cuándo surgió el problema, hubo alguna situación especial por la que paso el sistema?
16. ¿Este es un problema reciente o es algo que se ha venido presentando desde hace bastante tiempo?
17. ¿Hubo algo que generara este problema de forma abrupta o simplemente fue apareciendo como una cosa paulatina?
18. ¿Cómo fueron los primeros indicios de la aparición del problema?
19. ¿En qué contexto o sistemas se construye el problema?
20. Recuerda la primera vez que sucedió, haga una descripción detallada.
21. ¿Este es un problema que se presenta en cualquier momento o sólo en situaciones específicas? (dónde).
22. ¿En qué contextos el problema deja de ser problema?
23. Este problema, que otros problemas generó.
24. Con que intensidad se produce (chequear de 0/100%).
25. ¿Con que frecuencia aparece el problema? Por día, por semana, por mes, por año.
26. ¿Cuándo, en qué momento aparece?, en qué momento del día, en qué situación.

27. ¿Precede o antecede a una situación?
28. Hay síntomas (cantidad, calidad, orgánicos, psicológicos, etc.).
29. Cuanto tiempo hace que se produce (días, semanas, meses, años).
30. ¿Qué miembros del sistema están involucrados?
31. ¿Hay otras personas involucradas en este problema, que intentan ayudarlo, o es Ud. solo tratando de resolverlo? (quién).
32. Que piensa que los demás piensan del problema.
33. Quién es la persona más cercana a su problema.
34. A quien recurre buscando protección cuando está insegura o en los prolegómenos del ataque o a posteriori.
35. (Hay más personas involucradas) ¿Estas personas intentan ayudarte de alguna manera o no?
36. (Si intentan ayudarlo) ¿Cuándo recibe esa ayuda, la sensación cuál es: te sientes más o menos capaz de enfrentar el problema? (empezar a introducir una duda respecto a lo que ha venido haciendo).
37. ¿Quiénes más o menos implicados, quiénes más afectados, quiénes se hacen cargo, quiénes evaden, quiénes lo niegan?
38. ¿Para quienes no es problema?
39. ¿Porque le parece que sucede? (exploración de supuestos y base de intentos de solución).
40. ¿Qué emociones genera el problema?
41. ¿Cuáles son los pensamientos que lo invaden?
42. ¿Hay pensamientos negativos o catastróficos? (incentivar mencionando algunos como sobregeneralización, abstracción, todo o nada, etc.)
43. ¿Cuándo aparecen, en qué momento del día?
44. ¿Para qué le sirve el problema al sistema?
45. ¿A quién o quiénes le sirve sostener el problema? (no quiero la primera respuesta, quiero la segunda...).
46. ¿Pregunta del milagro (De Shazer 1992): si el problema se solucionase o más aún no existiese, que sucedería en el sistema: ¿quién estaría mejor, quien peor, etc.?
47. ¿Qué cosas diferentes se harían? (en emociones, acciones o pensamientos).
48. ¿Es la primera vez que consulta por este problema o ya habías consultado antes con otro profesional?
49. Si ya ha consultado, ¿Hubo algo de lo que ha trabajado anteriormente que le ayudó a solucionar el problema o la situación sigue igual?
50. (No ha consultado) ¿Qué le llevó a consultar esta vez, si es un problema que tienes hace tanto tiempo? (empezar a indagar si es o no un consultante resistente).
51. ¿Porque se consulta ahora?, ¿Hubo consultas anteriores?
52. En una escala de 0 a 10 como está la valoración personal. ¿y antes del pánico?
53. Cuanto tiempo piensa que durante el día está pendiente del ataque de pánico.

En el estado inicial, se evaluaron cinco factores (perfil de personalidad, intentos de solución, pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, resistencia al cambio, medición de autoestima) y estableciendo la comparación entre la sesión 1 y 10. Durante el tratamiento se aplicaron intervenciones sistémicas, cognitivas, farmacológicas y

anexas, y la aplicación de las prescripciones paradójales y de desvío, en la 1º sesión y desde la 2º hasta la 10º sesión.

Sobre estas premisas de una primera entrevista semipautada se enumeraron y recolectaron una serie de distorsiones cognitivas. Sobre este hallazgo se aplicó un modelo sistémico cognitivo, donde se aplican técnicas de intervención sistémicas de terapia breve, ericksoniana, como reformulaciones, uso de cuentos y metáforas, connotaciones positivas, psicodrama, preguntas circulares, uso del humor, técnicas de confusión, *one down* y *one up*, animar desanimando, ilusión de alternativas, evitar formas lingüísticas negativas, prescripción de una recaída, utilizar la resistencia y el diseño del genograma, y otras psicofarmacológicas, y anexas (técnicas de relajación). Pero el eje central de las sesiones se basa en la implementación de prescripciones de comportamiento paradójales, de desvío y directas, principalmente en la prescripción del síntoma de manera progresiva. Ya desde el primer encuentro se realiza la prescripción sintomática y se realizan chequeo telefónico midiendo el porcentaje en que apareció en síntoma durante la prescripción (si no apareció o si apareció en qué porcentaje).

Resultados

Se seleccionaron 9 distorsiones cognitivas sobre 30 pacientes afectados de trastorno de pánico, agorafobia y fobia social. En la tabla 1 se computaron las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos recabados en la primera sesión con el modelo de entrevista y de preguntas que se presentaron en el apartado anterior. En la tabla 2 se muestran los resultados después de transcurridas 10 sesiones aplicando el seguimiento del modelo estructurado y centrado en prescripciones. Tanto en una como en otra se observan las discriminaciones de pensamientos distorsivos por cada paciente, es decir, se recuenta la aparición o no de cada uno de los pensamientos automáticos en cada uno de los 30 pacientes de la muestra. La última tabla sirve como síntesis comparativa numérica de cada una de las distorsiones entre la primera entrevista y la décima.

Tabla 1

Distorsiones cognitivas (1º entrevista)

DISTORSION COGNITIVA			SESIÓN 1º						
PACIENTE	Inf. Arb	Abst selec	Sobregeneraliz	Max y min	Personalización	Pensam absolut	Falc de control	ensam del deber	Desc de lo positivo
1	1		1					1	1
2			1		1			1	
3		1		1					1
4	1		1		1				1
5	1			1		1			
6	1	1	1		1			1	1
7	1		1					1	
8	1	1					1	1	1
9	1	1	1		1				
10	1			1				1	
11	1					1		1	1
12		1	1						1
13	1		1					1	
14			1				1		
15	1			1		1			1
16		1		1					1
17	1				1			1	
18	1		1					1	1
19			1			1		1	
20				1					
21	1		1					1	1
22	1		1						
23	1		1		1			1	
24	1		1					1	1
25	1	1	1			1			
26							1	1	
27	1		1						1
28	1		1		1				
29	1			1	1			1	
30			1		1				
TOTAL	21	7	19	7	9	5	3	15	13

Nota: Fuente: Ceberio, 2018

Tabla 2

Distorsiones cognitivas (10º entrevista)

DISTORSION COGNITIVA			SESIÓN 10						
PACIENTE	Inf. Arb	Abst selec	Sobregenera	Max y min	Personalización	Pensam absolut	Falc de control	ensam del deber	Desc de lo positivo
1	1		1						1
2					1				
3		1							
4									
5						1			
6									
7									
8							1		
9		1	1		1				
10									
11									1
12									
13									
14			1				1		
15				1					
16		1							
17									
18								1	1
19									
20				1					
21	1								
22									
23					1			1	
24								1	1
25	1		1			1			
26									
27	1								
28	1								
29				1					
30			1		1				
TOTAL	5	3	5	3	4	2	2	3	3

Nota: Fuente: Ceberio, 2018

Solo 4 distorsiones sobre un total de 9 excedieron las 10. La “Inferencia arbitraria”, principalmente el predecir una situación anticipadamente y pensar lo que los otros piensan acerca de uno, en su mayoría muestran este tipo de mecanismos (21 casos sobre los 30). A la 10ª sesión se observó una notable reducción de la cantidad y de la intensidad (5) de esta perturbación ideacional, incrementando la positividad y la seguridad en los pensamientos. La sobregeneralización, también mostró en un alto puntaje (19), como la sensación de siempre encontrarse en pánico o la tendencia a sentir que nunca se mejorará de la sintomatología, de lo que deriva las acciones de control y parte de los intentos de solución que fracasan. La aplicación del protocolo de intervenciones dio una notable reducción (5) en la décima sesión. Los “pensamientos del debería” (15) como la “descalificación de lo positivo” (13), también sistematizados en la rumia mental de los pacientes se redujeron en la 10ª sesión (3 y 3 respectivamente).

Tabla 3

Reducción de las distorsiones cognitivas

DISTORSIÓN	COGNITIVA	1º	10º
Inferencia	arbitraria	21	5
Abstracción	selectiva	7	3
Sobre	generalización	19	5
Maximizar	y minimizar	7	3
Personalización		9	4
Pensamiento	absolutista	5	2
Falacia del	control	3	2
Pensamiento	del debería	15	3
Descaificar	lo positivo	13	3

Nota: Fuente: Ceberio, 2018

Discusión y conclusiones

Tal vez las distorsiones cognitivas sean uno de los elementos más dificultosos de disminuir en aparición y en intensidad, puesto que la persistencia en el tiempo genera una mayor instauración en la forma de procesar información de estos pacientes

(Ceberio, 2018). Si bien los resultados muestran una notable disminución, ello no quiere decir que hayan desaparecido. La sistematización de este tipo de artilugios mentales impide el cambio, puesto que automatizan el pensamiento anticipatorio en donde la persona piensa y siente que puede aparecer el ataque de pánico en cualquier momento. De esta manera se construyen profecías que se autocumplen que reafirman el pensamiento anticipatorio y distorsivo (Watzlawick, 1988; Ceberio, 2014, Gasalla, 2022; Nardone, 2025).

Es la génesis, en parte, de la alerta hipervigilante clásica en la persona con pánico. Sobre ella se establecen las funciones restrictivas fracasadas que se basan en una negación de una afirmación: “no me va a suceder”, es decir, es una negación de una afirmación previa (Ceberio 2014). Cía (2007) sostiene que, la persona con ansiedad tiende a estar en un estado de hipervigilancia, evaluando de manera constante su entorno en busca de señales que sugieran una amenaza inminente o un posible daño personal. Este monitoreo selectivo lo lleva a enfocarse en estímulos que percibe como peligrosos, haciéndolos más evidentes, mientras desestima aquellos que indican seguridad o ausencia de riesgo (Etchebarne, 2016).

Lo que realiza la persona con estos trastornos obedece a una lógica de pensamiento: se intenta restringir, negar o rogar que no suceda algo que ella misma está creando: es intentar negar algo que se afirma con antelación (Ceberio, 2014). Este es uno de los factores que muestra la efectividad de las prescripciones paradójales y de desvío: intervenir de manera opuesta al mecanismo que utiliza el paciente con estos trastornos: entonces lejos de negar o restringir, se trata de incrementar -mediante las tareas paradójales o de desvío-, y con esta estrategia quebrar el mecanismo sostenedor de las distorsiones cognitivas y con ello la disminución de la sintomatología (Watzlawick et al, 1974).

La disminución en intensidad y reducción cuantitativa de los pensamientos automáticos que se observa en los resultados, es reactiva a las prescripciones paradójales, pero no definitiva. Existe un 12% en la población de pacientes observada con cierto grado de adherencia a este tipo de distorsiones a lo largo de las diez sesiones. Tal cual un recurso parasitario se instaura con suma facilidad en el pensamiento del paciente panicoso y su desaparición es parcial. Su persistencia en el tiempo genera resistencia al cambio.

En los trastornos de pánico con y sin agorafobia o en las agorafobias propiamente dichas, puede prescribirse que frente a la tentativa de subir a un ascensor (elemento fóbico) la persona llevará un pañuelo en su bolsillo izquierdo que después de subir y apretar el botón del tercer piso, extraerá y se sonará tres veces la nariz. Este factor “extraño” para la cadena asociativa de pensamientos catastróficos opera como una idea “germen” que interrumpe la reproducción de la cadena *in crescendo* que genera el ataque. Cuando el paciente debe afrontar una situación temida que opera como un desafío a su integridad, inicia una serie de pensamientos anticipatorios distorsivos que caen uno tras otro como fichas de dominó. Esta cadena inexorable termina determinando el pánico (la profecía que se autocumple). Una distracción momentánea desestructura estas asociaciones e interrumpe el desenlace fatal (Ceberio, 2018).

Tanto la “inferencia arbitraria” como la “sobre generalización” seguidas por el “Pensamiento del debería” y “la descalificación de lo positivo”, son los pensamientos automáticos que más fueron utilizados por los sujetos de la muestra. Estas distorsiones generan la baja autoestima y construcciones de significado en dirección al deterioro personal y alienante. A lo largo de las 10 sesiones disminuyeron su frecuencia, aunque no desaparecieron por completo. De todas maneras, esa no fue una premisa que generara expectativa de cambio, puesto que la sistematización del pensamiento no logra revertirse de manera sencilla y logra aplacarse colocando en su lugar elaboraciones positivas.

Un último detalle, los pensamientos negativos oscilaron entre 2 y 4 por paciente, cuya mayoría rondaron en 3, es decir, el 30% de los 9 totales que se enumeraron. Si bien variaron entre los pacientes, cualquiera de ellos colabora y genera progresivamente el ataque y sostiene el deterioro de la autoestima instaurando aún más a la sintomatología.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Andolfi, M. (1977). *La terapia con la familia*. Astrolabio Ubaldini editore.
- Baringoltz, S. (2004). *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*. Lumiere.
- Barlow, D. H. (2014). *Manual clínico de los trastornos psicológicos*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclee De Brouwer.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1(1), 23–36. <https://doi.org/10.1080/10615808808248218>
- Belloch, A.; Sandín, B & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología* (Vol. 2). McGraw-Hill.
- Belloch, A. (2020). *Manual de psicopatología* (Vol. II). McGraw-Hill Interamericana
- Ceberio M. R. & Watzlawick P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios sobre epistemología, cibernética y constructivismo*. Herder.
- Ceberio, M. R. (2013). *Cenicientas y patitos feos. De la desvalorización a la buena autoestima*. Herder
- Ceberio M. R. (2014). Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico. En R. Medina. (Ed.). *Pensamiento sistémico*. UDG
- Ceberio, M. R. (2017). Ecuación de resistencia al cambio. Aplicación de la escala de análisis de la resistencia al cambio como herramienta terapéutica. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 101-117. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1351>

- 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. (2020). Uso de Prescripciones paradojales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión. *Calidad de Vida y Salud*, 13, 2-17. <https://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/272>
- Ceberio, M.R., & 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. (2025). Intentos de solución fracasados en Trastornos de Pánico con y sin agorafobia. *Revista Angolana de Ciencias*, 7(2). <https://doi.org/10.54580/R0702.02>
- 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.
- Cía, A. (2002). *Trastorno de Ansiedad Generalizado*. Polemos.
- Cisler, J. M., & Koster, E. H. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 203-216. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.003>
- Clark, D. M., Beck, A. T & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley y Sons.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Cotrim, D. M. S., & da Costa Neto, S. B. (2023). Esquemas Iniciais Desadaptativos como preditores de comportamentos disfuncionais. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 27(1), 1-26 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8974130>
- 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. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. McGraw Hill.
- Etchebarne, I. (2016, del 28 al 30 de julio). Terapia de relajación aplicada: una reconceptualización desde los desarrollos Cognitivo-Conductuales de 3ra generación y nuevas evidencias. [conferencia]. XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis. *Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual*, Alamoc. <https://pavlov.psyciencia.com/2017/04/Relajacion-aplicada-etchebarne.pdf>
- Feixas, G & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Paidós.
- Feixas, G., & Miró, M. (1993b). *Técnicas de evaluación cognitiva*. Paidós.
- Franco Chóez, X. E., Sánchez Cabezas, P. D. P., & Torres Vargas, R. J. (2021). Claves para el tratamiento de la ansiedad, en tiempos de covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(3), 271-279. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2097>
- Galende, E. (2010). La angustia, el miedo y la esperanza. *Revista Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/%E2%80%9Cangustia-miedo-y-esperanza%E2%80%9D>
- 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>
- Gómez Penedo J., Hilpert P., Grosse Holtforth M., Flückiger C. (2021). Interpersonal cognitions as a mechanism of change in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder? A multilevel dynamic structural equation model approach. *J Consult Clin Psychol*. 89(11), 898-908. <https://doi.org/10.1037/ccp0000690>
- González, R., & Bolaños, N. P. (2024). Neurociencia de las emociones: Revisión actualizada. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(2), 4527-4557. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10875
- Gopar Lemes, D. (2021). Distorsiones cognitivas en el Trastorno Límite de la Personalidad: revisión bibliográfica. Tesis de grado. Universidad de la laguna.

- Guidano, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad. La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 1, 2-3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v1i2-3.671>
- Guidano, V. (1995). La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Perspectivas Sistémicas*, 37.
- Haley, J. (1973) *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson, M D*, Norton.
- Haley, Jay. (1980). *Leaving home*. Prentice Hill.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2023). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Mcgraw-Hill.
- Jaramillo, T. B. (2024). Distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento como herramientas de post-diagnóstico e intervención en trastornos ansiosos. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 16, 92-115. <https://www.icpsi.cl/wp-content/uploads/2025/01/ACPI-2024.pdf>
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Norton.
- Kuaik, I. D., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: conceptualizaciones actuales. *Summa Psicológica*, 16(1). <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Lazarus, R. S. (1976). Discussion. En Serban G. (Ed.) *Psychopathology of human adaptation*. Plenum.
- Liu, C., Elhai, J. D., Montag, C., & Yang, H. (2024). Social anxiety and attentional bias to negative emotional information: the relationship and intervention. *BMC psychiatry*, 24(1), 508. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05938-2>
- López García, P. (2011). Ansiedad. Recuperado de https://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc12778.pdf
- Mahoney, M. J., & Gabriel, T. J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1: 39-59.
- Nardone, G. (2025). *El libro de las fobias y su curación*. Herder Editorial.

- Parsons, C. E., Zachariae, R., Landberger, C., & Young, K. S. (2021). How does cognitive behavioural therapy for insomnia work? A systematic review and meta-analysis of mediators of change. *Clinical Psychology Review*, 86, 102027. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102027>
- 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>
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1999). *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. Brooks/Cole Publishing Company.
- Quintanilla, A. L. M., Chang, C. D. T., & Franco Chóez, X. E. (2024). Emociones y distorsiones cognitivas en los adultos mayores del Centro Diurno del Cantón Montalvo. *Journal of Science and Research*, 9(CININGEC-). <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/3512>
- Ramírez-Carrasco, D., Escobar-Soler, C., Ferrer-Urbina, R., Caqueo-Úrizar, A., & Gallardo-Peralta, L. (2022). Rasgo o Estado: Efectos de la Temporalidad de la Ansiedad sobre Medidas de Bienestar. *Psykhé (Santiago)*, 31(1), 1-8. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22203>
- Reinozo, J. K. S., & Salcedo, D. R. N. (2022). Asociación entre distorsiones cognitivas y estrés laboral en profesionales de la salud pública. *Revista Científica*, 7(23), 171-192. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2022.7.23.9.171-192>
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva*. Paidós.
- 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.
- Ruiz Sánchez, J. & Cano Sánchez, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Úbeda: R & C.
- Tiba, A. (2024). Psychological construction as a theoretical principle for guiding cognitive-behavioral treatments. *Frontiers in psychology*, 15, 1363819. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1363819>

- Vallejo, J. (2016). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier.
- Watzlawick, P.; Beaving Bavelas J.; Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Norton.
- Watzlawick, P. (1976). *El lenguaje del cambio*. Herder.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada*. Gedisa.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1974). *Change - principles of problem formation and problem resolution*. Norton
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision, ICD-11). <https://icd.who.int>
- 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>
- Zahler, L., Sommer, K., Reinecke, A., Wilhelm, F. H., Margraf, J., & Woud, M. L. (2022). Correction to: Cognitive Vulnerability in the Context of Panic: Assessment of Panic-Related Associations and Interpretations in Individuals with Varying Levels of Anxiety Sensitivity. *Cognitive Therapy and Research*, 46(5), 1031-1031. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10273-x>