

Perfil de personalidad del paciente con trastornos de pánico con y sin agorafobia

Personality profile of patients with panic disorders with and without agoraphobia

Marcelo R. Ceberio

Laboratorio de Investigación en Neurociencias
y Ciencias Sociales,
Universidad de Flores, Universidad y Escuela
Sistémica Argentina
<https://orcid.org/0000-0002-4671-440X>
marcelorceberio@gmail.com

RESUMEN

Palabras clave
Pánico, Miedos,
Personalidad,
Síntomas,
Cambio

Los trastornos de ansiedad, principalmente agorafobias, fobias sociales y específicas, y los ataques de pánico, son trastornos que se presentan en el ámbito de la psicoterapia frecuentemente. Son patologías que acucian a la sociedad actual y que representan un factor de freno al ritmo acelerado con que se desarrolla la vida. 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. El objetivo, de lo que resultó un cuadro de triple entrada, radicó en describir las características de personalidad premórbidas del paciente con trastorno de pánico con y sin agorafobia. A su vez, entender el giro de 180° de estas características mediante el trastorno de pánico. Por último, construir una vía saludable y funcional de personalidad que sostengan los objetivos de un proceso terapéutico.

ABSTRACT

Keywords
Panic, Fears,
Personality,
Symptoms,
Change

Anxiety disorders —mainly agoraphobia, social and specific phobias, and panic attacks— frequently appear in the field of psychotherapy. These are pathologies that afflict contemporary society and act as a brake on the accelerated pace of modern life. The present research is part of a study aimed at developing the pragmatic foundations, specific steps, and techniques for the treatment of panic disorders with and without agoraphobia. From its inception, the goal was to reduce panic symptomatology. Through a qualitative-descriptive exploratory design, semi-structured interviews were conducted with a sample of 30 patients with panic disorder, with and without agoraphobia, residing in Buenos Aires, Argentina. The objective—resulting in a three-dimensional analytical framework—was to describe the premorbid personality traits of patients with panic disorder, with and without agoraphobia. Additionally, it sought to understand the 180° shift in these characteristics brought about by the panic disorder. Finally, it aimed to construct a healthy and functional personality pathway that could sustain the goals of a therapeutic process.

Citar como: Ceberio, R. M. (2026). Perfil de personalidad del paciente con trastornos de pánico con y sin agorafobia. *Revista Iberoamericana ConCiencia*, 11(1), e0367. <https://doi.org/10.70298/ConCiencia.11-1.e0367>

Introducción

Ansiedad y miedo: Relevancia clínica del trastorno de pánico

Los trastornos de ansiedad, tales como la agorafobia, las fobias sociales y específicas, y particularmente el trastorno de pánico, constituyen uno de los principales desafíos en el campo de la salud mental en el siglo XXI. Su impacto clínico y social ha cobrado creciente relevancia debido a su alta prevalencia, su tendencia a la cronicidad y su interferencia significativa en el funcionamiento psicosocial de quienes lo padecen (Rabasco et al., 2022).

El trastorno de pánico se caracteriza por episodios inesperados de intenso miedo acompañados de síntomas somáticos marcados, como palpitaciones, disnea y sensación de pérdida de control, que a menudo derivan en conductas evitativas, hipervigilancia interoceptiva y, en muchos casos, el desarrollo de agorafobia. Según estimaciones recientes, la prevalencia global anual del trastorno de pánico se sitúa entre el 1.6% y el 3.7%, con una mayor incidencia en mujeres (Curry et al., 2022; WHO, 2021). Esta diferencia de género ha sido atribuida tanto a factores biológicos como psicosociales, incluyendo la exposición diferencial a eventos estresantes y patrones de afrontamiento (McLean et al., 2011; Kuehner, 2017).

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). En ausencia de intervenciones terapéuticas eficaces, el trastorno tiende a consolidarse como una condición debilitante con repercusiones en la calidad de vida, funcionamiento ocupacional y social, y salud física. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y depresión mayor es elevada, así como la presencia de conductas de abuso de sustancias (especialmente ansiolíticos y alcohol), hipocondría y riesgo aumentado de

suicidio (Johnson, 1990). En los casos con agorafobia severa, la discapacidad funcional puede ser equiparable a la de otros trastornos mentales graves (Bandelow et al., 2022).

En relación con la carga asistencial, el trastorno de pánico representa una de las razones más frecuentes de consulta en servicios de salud mental y medicina general. Las personas afectadas suelen recurrir reiteradamente a atención médica ante la interpretación catastrófica de sus síntomas fisiológicos, lo que implica un elevado coste sanitario (Kroenke et al., 2021). Las encuestas y estudios epidemiológicos indican que los ataques o crisis de pánico pueden presentarse de forma aislada sin cumplir los criterios de trastorno de pánico, pero constituyen un marcador de riesgo para el desarrollo de psicopatología posterior —incluido, en algunos casos, el eventual establecimiento de un trastorno de pánico— si no se brinda contención o intervención adecuada (Goodwin et al., 2004; Kinley et al., 2011).

Si bien los trabajos clásicos han aportado bases epidemiológicas valiosas (Robins et al., 1984; Suárez Richards, 2006), las investigaciones contemporáneas insisten en la necesidad de enfoques diagnósticos más precisos, intervenciones basadas en la evidencia y estrategias preventivas integrales, que consideren no solo los síntomas, sino también los factores de vulnerabilidad y resiliencia individuales.

Actualmente, persiste un debate en torno a si el aparente incremento en los diagnósticos de trastorno de pánico obedece a una mayor prevalencia real o al refinamiento progresivo de los criterios nosológicos que permiten su identificación y diferenciación sintomática (Ceberio, 2014; APA, 2022). En la práctica clínica contemporánea, es habitual que los pacientes lleguen a la consulta utilizando el término “pánico” para describir manifestaciones somáticas inespecíficas como mareos, náuseas o taquicardia. Este fenómeno puede interpretarse como parte del proceso de popularización del lenguaje clínico, pero también como evidencia de la creciente legitimación del diagnóstico en el campo de la salud mental (Ceberio., 2025).

Durante las décadas anteriores, la falta de información específica sobre el trastorno generaba un fenómeno de itinerancia terapéutica, en el cual los pacientes consultaban múltiples especialidades médicas —endocrinología, cardiología, gastroenterología, psiquiatría, entre otras—, sin arribar a un diagnóstico concluyente. Esta situación frecuentemente derivaba en un aumento de la ansiedad basal, exacerbada por la incertidumbre diagnóstica (Ceberio, 2012). En contextos de mayor desesperación, no era inusual que se recurriera a explicaciones mágico-religiosas, como creencias en “hechizos” o “trabajos energéticos”, práctica todavía documentada en sistemas etnomédicos de atención en América Latina (Idoyaga Molina & Sarudiansky, 2011; Berenzon Gorn et al., 2020). Este fenómeno plantea una tensión diagnóstica: mientras anteriormente era necesario introducir un rótulo clínico con fines tranquilizadores y psicoeducativos, hoy en día es imperativo evaluar críticamente su uso, para evitar sobrediagnósticos o estigmatizaciones improductivas. En este contexto, se ha señalado que el pánico puede funcionar como una respuesta sintomatológica al exceso de estímulos, una forma de homeostasis defensiva frente al estrés crónico de la vida contemporánea (Ceberio, 2011; Tundo et al., 2022).

Desde el enfoque neurobiológico, se ha propuesto que el trastorno de pánico implica una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), responsable de la respuesta al estrés. La exposición reiterada a factores estresores activa mecanismos de alostasis, lo que conduce al desarrollo de un estado alostático crónico con niveles elevados de cortisol y catecolaminas (McEwen & Akil, 2020; Ceberio, 2013). Esta disfunción en la regulación neuroendocrina puede desencadenar y perpetuar el circuito sintomatológico característico del trastorno de pánico: una cadena que inicia en la amígdala cerebral y se extiende hacia estructuras límbicas e hipotalámicas, resultando en la secreción de adrenalina, noradrenalina y cortisol (Jakuszkowiak-Wojten, 2015).

El fenómeno del “miedo al miedo” es central en la etiopatogenia del trastorno. La anticipación ansiosa de una crisis activa el mismo circuito amigdalino que el episodio mismo, dando lugar a un cuadro de hipervigilancia somática e interpretaciones

catastrofistas que refuerzan el ciclo sintomático (Delgado et al, 2021). Este patrón puede derivar en conductas de evitación, dependencia de figuras de apego, reducción de la participación social, aislamiento progresivo y deterioro significativo de la autoestima (Ceberio, 2014; Cía, 2002). La cronificación del circuito del miedo, en ausencia de intervención terapéutica adecuada, conduce a un deterioro global del funcionamiento psicosocial del individuo. La persistencia de síntomas no resueltos genera un proceso de sensibilización ansiosa, donde incluso eventos de bajo impacto emocional pueden detonar respuestas desproporcionadas. En este sentido, diversos estudios han señalado que los intentos fallidos de solución que implementa el sujeto o su entorno tienden a reforzar el problema, consolidando su carácter resistente al cambio (Nardone, 1993; Ceberio, 2025).

El abordaje terapéutico del trastorno de pánico exige una mirada multifactorial que contemple las dimensiones neurobiológicas, cognitivas, emocionales y relacionales del paciente. Diversas investigaciones coinciden en que los tratamientos más efectivos combinan intervenciones psicoterapéuticas (como la terapia cognitivo-conductual, la terapia breve estratégica y el abordaje sistémico) con una adecuada evaluación del contexto psicosocial del paciente (Kopec & Rabinovich, 2007; Rabasco et al., 2022). La elección de herramientas terapéuticas debe basarse en un diagnóstico comprensivo del impacto funcional del trastorno, permitiendo así la formulación de objetivos clínicos individualizados y estrategias adaptadas a cada caso.

Antecedentes investigativos

En lo que respecta a la búsqueda de características premórbidas asociadas al trastorno de pánico, diversos estudios han explorado la presencia de rasgos de personalidad que funcionarían como factores predisponentes al desarrollo del cuadro. En este sentido, las propuestas teóricas de Guidano y Liotti (1983) y de Guidano (1990) constituyen un marco referencial temprano y significativo. Estos autores identificaron dos estilos centrales de construcción del self en personas con características fóbicas o pánicas: por un lado, un sentido del sí mismo estructurado en torno a la percepción de ser valioso y digno de afecto, basado en vínculos seguros y protectores con figuras

parentales; y por otro, un self definido como débil y vulnerable, vinculado a experiencias tempranas de restricción, amenaza o pérdida de autonomía. Estas configuraciones se manifiestan en patrones conductuales relacionales, como la inhibición, la evitación y la dificultad para la exploración y la iniciativa (Spinelli et al., 2000).

Desde una perspectiva empírica, Powers y Westen (2009) identificaron en una muestra clínica de 96 personas con trastorno de pánico cuatro subtipos de personalidad: funcionamiento alto, emocionalmente desregulado, evitativo/inhibido y somatizador, lo cual sugiere una heterogeneidad significativa en los estilos de afrontamiento y la estructura de la personalidad en este tipo de pacientes. A su vez, Bienvenu et al. (2001) analizaron los rasgos del modelo de los cinco grandes factores de personalidad en una muestra de 333 pacientes con diversos trastornos de ansiedad (fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno de pánico) y trastorno depresivo mayor, encontrando asociaciones consistentes entre alto neuroticismo, bajo nivel de extroversión y vulnerabilidad al desarrollo de cuadros de ansiedad.

Más recientemente, Vohma et al. (2010) investigaron sobre una muestra de 193 pacientes con trastorno de pánico y 314 controles sanos, hallando diferencias estadísticamente significativas en rasgos de personalidad, en particular en las dimensiones de neuroticismo, apertura a la experiencia y amabilidad. Este estudio resaltó la importancia de considerar no solo los síntomas clínicos sino también los estilos de personalidad como factores relevantes en la génesis y mantenimiento del trastorno.

En la última década, nuevas investigaciones han profundizado la

comprensión del vínculo entre rasgos de personalidad y pánico, incorporando enfoques dimensionales y transdiagnósticos. Hay investigaciones longitudinales que indican que *alto neuroticismo* y *sensibilidad a la ansiedad* funcionan como factores de vulnerabilidad para la aparición de trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico). Por ejemplo, Prince et al. (2020) sobre una muestra de 489 universitarios seguidos por 6 años, hallaron que *alto neuroticismo* al inicio predijo la aparición de trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno de pánico) y depresión. A su vez, Aldao et al. (2020) plantean que la desregulación emocional, junto con el afecto negativo crónicamente elevado, funciona como un factor transdiagnóstico común a distintos trastornos de ansiedad, siendo particularmente marcado en el trastorno de pánico. Asimismo, se ha señalado que la alexitimia, entendida como dificultad para identificar y expresar emociones, aparece con alta prevalencia en pacientes con pánico y actúa como mediador entre el trauma temprano y la intensidad sintomática (Marchesi et al., 2004).

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar el perfil de personalidad premórbido en la evaluación clínica y en el diseño de estrategias terapéuticas, no solo como una variable explicativa, sino como un componente dinámico que puede influir en la respuesta al tratamiento y en la evolución del trastorno. En esta línea se planteó la investigación, cuyo objetivo, de lo que resultó un cuadro de triple entrada, radicó en describir las características de personalidad premórbidas del paciente con trastorno de pánico con y sin agorafobia. A su vez, entender el giro de 180° de estas características mediante el trastorno de pánico. Por último, construir una vía saludable y funcional de personalidad que sostengan los objetivos de un proceso terapéutico.

estructuradas (Flick, 2018), durante el primer cuatrimestre del 2019, con el objetivo de categorizar una serie características de personalidad previas al desencadenamiento del trastorno.

En una segunda columna, se evaluaron cuantitativa y cualitativamente los resultados de la aparición de los síntomas del trastorno de pánico. Se partió de la hipótesis que los síntomas del trastorno de pánico producen un cambio de 180° sobre tales características de personalidad. En una tercera columna, se

Método

Diseño: 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 (Hernández Sampieri et al, 2023). Sobre trabajó sobre una muestra de 30 pacientes diagnosticados con trastornos de pánico con y sin agorafobia, residentes en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se aplicaron entre dos y tres entrevistas semi-

colocaron las metas a las que terapéuticamente se debería arribar como cambio en las características de personalidad originales de la persona afectada.

Participantes. 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.

Instrumentos. Se aplicó en cada caso entre dos y tres entrevistas sistémicas semipautadas, en donde se exploró la historia y la dinámica de la vida de los pacientes antes de la aparición del trastorno. El material que se reunió llevó a la confección de las categorías de personalidad premórbidas en pos de analizar rasgos que podrían haber influido en el desarrollo de una patología mental. Este concepto es útil para entender la evolución del trastorno y planificar el tratamiento. También permite establecer diferencias entre el funcionamiento previo y posterior a la enfermedad. El protocolo de intervención semi-pautado se ha presentado en otras investigaciones (Ceberio, 2014, 2018, 2024 a y b) y que reiteramos en esta oportunidad.

Procedimientos. 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).

Algunas de las premisas que pautaron el desarrollo de la entrevista fueron: crear una atmósfera de trabajo confidencial y colaborativa que posibilitó realizar 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 directividad (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 delimitaron una serie de pasos del modelo breve (Watzlawick, 2018; Weakland et al, 2010) que le permitieron al profesional organizar el material y operar como una guía para su trabajo en este tipo de trastornos. Los pasos de la exploración 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.

Atendiendo a los principios éticos de la investigación se efectuó 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).

sucesión de modificaciones actitudinales que establecen un giro de 180° en su vida, pudiendo afectar su funcionamiento social, familiar y laboral.

Resultados

A partir del trastorno de pánico acontece en la experiencia diaria del sujeto afectado, una

Mediante dos, tres entrevistas semi-pautadas y con una guía específica base de preguntas indagatorias, se recabaron una serie de características de personalidad presintomática. Cabe aclarar que la gran mayoría (89%) de las personas con trastorno de pánico de la muestra, se detectó que poseían estos signos de personalidad previos al trastorno; pero no todas las personas con este rango de personalidad indefectiblemente desencadenan un trastorno de pánico.

Hemos descripto y categorizado (Ceberio, 2014) un cuadro de triple columna en cuya primera columna se identificó el “Perfil de personalidad del paciente con pánico” donde se recabaron 14 características de personalidad previas a la instauración del trastorno. En una segunda columna se evaluaron y significaron los efectos de los síntomas del pánico sobre las características de personalidad premórbida. En esta se muestra la personalidad de la persona afectada por los síntomas de pánico y los resultados del cambio que generó el síntoma (se establece monitoreando la historia entre la primera y segunda entrevista y los efectos que el síntoma produce). Mientras en una tercera, “Recodificación del proceso terapéutico”, se diseñaron las metas en el

tratamiento de cada uno de esos signos en búsqueda de la funcionalidad y el equilibrio. Estos objetivos formaron parte de otra investigación que diseñó un modelo de abordaje en este tipo de trastornos. Por dificultades de la extensión del artículo, no se mostrarán aquí los resultados y solo plantearemos los objetivos del trabajo terapéutico, para publicar la investigación en un próximo artículo. Se cierra con esta tabla que aúna los resultados y los compara.

En los resultados observados sobre los 30 casos en la primera tabla, se observa un rango de mínima de 7 signos en la aparición de las características de personalidad por paciente y de máxima el total de los signos (14), con una media de aparición de 11,03, lo que hace el 80% del total de signos. También se observa que la “Omnipotencia” es la característica que se muestra en un 100% (30) que es la de máxima aparición sobre los 30 casos, conjuntamente con la “falsa valoración” (30 casos) y seguido por “vida activa” y “expansividad” con 28 sobre 30 casos. La “posición en up” muestra el valor menor de 14, casi el 50% de los casos.

Tabla 1
Perfil de personalidad previa al pánico

	OMNIPOTENTE	CONTROLADOR	OMNIPRESENTE	NO DECIR NO	PRESIÓN	INDIVIDUALISTA	INDEPENDIENTE	AYUDADOR	HIPEREXIGENCIA	R. ACCELERADO	FALSA VALOR	VIDA ACTIVA	EXPANSIVO	POSICIÓN UP	TOTAL
1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1			10
2	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	10
3	1		1		1	1	1		1	1	1	1	1		10
4	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	12
5	1		1		1			1	1	1	1	1	1		9
6	1	1	1	1	1			1		1	1	1	1		10
7	1	1	1	1	1			1	1		1	1	1	1	11
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
9	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		12
10	1		1			1	1		1	1	1	1	1	1	10
11	1		1	1	1				1	1	1	1	1		9
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1		12
14	1	1		1	1			1	1	1	1	1	1	1	11
15	1		1	1				1	1	1	1	1	1		9
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
17	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		12
18	1		1	1				1			1	1	1	1	8
19	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1		11
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
21	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1		11
22	1	1	1					1			1	1	1		7
23	1		1	1	1	1	1	1			1		1	1	10
24	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	13
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
26	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1		10
27	1		1	1	1	1	1	1			1	1	1		10
28	1			1	1			1	1	1	1	1	1		9
29	1	1	1	1	1	1	1		1		1				9
30	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	13
TOTAL	30	17	25	26	26	20	20	24	19	21	30	28	28	14	

Todos estos mismos valores se invierten en la segunda tabla, donde a través de los efectos de los síntomas del pánico, se genera un giro de 180% sobre las características de personalidad. Es decir, por ejemplo, la “impotencia” transforma a la “omnipotencia” inicial de personalidad, como

la “desvalorización” a la “falsa valoración” del inicio –puesto que se busca el reconocimiento en el entorno- y el “apartamiento” contra la “expansividad” del tipo de personalidad previa al pánico y así sucede con el resto de los signos. La mayoría de los signos aparecen en un rango que va de 7 (2), signos a 14.

Tabla 2
Perfil de personalidad con sintomatología panica

	IMPOTENCIA	CONTROLADO	AUSENTE	OBLG. AL NO	NO PRESION/DESPART X SIN	DEPENDIENTE	AYUDADO	NO EXIGENCIA	PARALIZACIÓN	DESVALORIZ.	VIDA S. NUA	APARTADO	POSIC. DOWN	TOTAL
1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	10
3	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
4	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	12
5	1		1		1		1	1	1	1	1	1		9
6	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1		10
7	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	11
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
9	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		12
10	1		1			1	1		1	1	1	1	1	10
11	1		1	1	1			1	1	1	1	1		9
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		12
14	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	11
15	1		1	1			1	1	1	1	1	1		9
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
17	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		12
18	1		1	1			1			1	1	1	1	8
19	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		11
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
21	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1		11
22	1	1	1				1			1	1	1		7
23	1		1	1	1	1	1	1		1		1	1	10
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
26	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1		10
27	1		1	1	1	1	1			1	1	1		10
28	1			1	1		1	1	1	1	1	1		9
29	1	1	1	1	1	1	1	1		1				9
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
TOTAL	30	17	25	26	26	20	20	24	19	21	30	28	14	

En la 3ª tabla es donde se observan los cambios significativos que se esperan mediante la recodificación en el proceso terapéutico. El giro de 180° se observó claramente con la aparición del síntoma, pero en forma paulatina y progresiva. Básicamente lo que se infiere es que el protagonismo de la actitud omnipotente se desmorona y se polariza en la impotencia. El síntoma del miedo se instaura demoliendo la

omnipresencia, la persona se repliega y se introvierte, colocándose en un down position con respecto al síntoma que se vuelve hegemónico. Lo que se registró es que la autoestima en este proceso sufre un grave deterioro. En general son personas que buscan la valoración en su entorno y hacen para que le quieran y reconozcan (Ceberio 2014).

Tabla 3
Cuadro comparativo y recodificación en el proceso terapéutico

	perfil de personalidad	síntoma -tirano y sabio-	proceso terapéutico
1	Omnipotente	impotencia	potencia
2	Controladores	controlados	controlar y dejarse controlar
3	Omnipresente	ausente	presente
4	no saber decir que no	'obligados' a decir que no	colocar límites espontáneamente
5	presión (interna y externa)	no presión o depresión	funcionar descomprimidamente
6	Individualistas	compartir por el síntoma	equilibrio
7	independientes en extremo	dependencia extrema	interdependencia
8	ayudadores asimétricos	ayudados/socorridos	dar y recibir
9	hiperexigencia para sí y los demás	no exigencia	exigencia productiva
10	ritmo acelerado	paralización extrema	ritmo normal
11	falsa valoración personal	desvalorización	autoestima óptima
12	Vida social activa	Vida social nula	Vida social equilibrada
13	Expansivo relacional	Apartado o replegado	Integrado relacional
14	Posición "up" relacional	Posición "down" relacional	Posición "up-down"

Discusión

Como se observa en el cuadro, la base de las características gira en torno a la "omnipotencia" que encadena al resto de las particularidades de la personalidad. La omnipotencia lleva a la omnipresencia, a controlar, a hiperexigirse y convertirse en un ayudador asimétrico (posición "up") y a no decir NO, relacionalmente, con la finalidad de obtener valoración y autoestima. Estas características de personalidad hacen a una tipología de persona de ritmo acelerado y omnipresente, con la vista colocada en el otro y en obtener reconocimiento. Desde ese estilo de personalidad, la vida social es muy activa con diversos contactos de grupos sociales.

En la segunda columna se muestran los efectos comportamentales sobre esas características de personalidad, es decir, las consecuencias que producen los síntomas pánicos, (que se los define como "tirano y sabio", porque la persona está a merced del despotismo sintomático y la sabiduría radica en una serie de cambios drásticos en la personalidad y en la vida de la persona). La perturbación sintomática provoca el cambio extremo que va de la omnipotencia a la impotencia. El síntoma inhabilita al paciente, lo empobrece relacionalmente (posición "down"), pasa a ser ayudado y obligado por su síntoma a decir NO, se vuelve dependiente del entorno y se enfrenta con la más cruda desestimación personal. La "sabiduría" del síntoma genera un giro de 180° por sobre el rango personalidad acelerado. La persona se aparta socialmente por la amenaza del ataque de pánico y termina anulando su vida social.

Cía (2002), además de estas características, añade la presencia de otros

rasgos como pensamiento rígido o dicotómico, lo cual lo conduce a autoimponerse reglas muy rígidas y guiar su conducta por el "debería" y un gran nivel de imaginación o visualización, generalmente centrado en lo negativo.

Coincidente con un perfil de personalidad controlador, un individuo con rango de pánico debe integrar los aspectos discrepantes de sí mismo a través de una estrategia del control. En principio, un control sobre el sentido de sí mismo, donde las emociones son excluidas de la activación de la conciencia y son experimentadas en el cuerpo, siendo pacientes propensos a desarrollar manifestaciones hipocondríacas. Y un control externo sobre los otros: sobre todas las personas de referencia protectoras. De modo que, la característica central de un individuo con trastorno pánico consiste en responder a los eventos discrepantes en forma de una activación emocional que oscila entre sensaciones angustiosas de constricción y sensaciones de temor a la desprotección (Spinelli et al 2000).

Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la presencia de desmoralización, que lleva a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias. Estos individuos suelen faltar al trabajo o a la escuela por sus continuas visitas al médico o a los servicios de urgencia, lo que puede dar lugar a despidos o expulsiones de centros educativos (DSM-IV TR. 2022).

La sensibilidad al reaseguramiento, motivo por el cual dependen de terceros para

superar la inseguridad, da lugar a una pérdida de autonomía, es decir, cuanto más los reaseguran más dependen. Por causa de su incontrolable miedo, estos sujetos llegan al abandono de toda actividad que exija un mínimo esfuerzo, responsabilidad o exposición personal. Son incapaces de salir solos, de la misma manera en que son incapaces de quedarse solos en su casa, volviendo a la situación insostenible, tanto para la persona como para los que lo rodean (Nardone & Watzlawick, 1990).

En la tercera columna se agregan los objetivos del proceso terapéutico, que debe tener por finalidad principal, el no retornar a los rasgos de personalidad precedente al ataque -puesto que estos fueron parte del motivo de la aparición del síntoma- sino se debe encontrar un punto intermedio, una verdadera reformulación de la personalidad del sujeto (Ceberio, 2014). La persona deberá alcanzar su potencia personal, no retornando a su naturaleza omnipotente, con lo cual estará "presente" en las diversas situaciones que enfrente y no omnipresente controlando todos los flancos. Pasará a regular su autoestima, interdependiendo con su entorno y no recurriendo a una dependencia en la búsqueda de reconocimiento. Logrará exigirse productivamente y no hiperexigirse auto-marcándose lo que le falta. Podrá de esta manera, salir de la paralización que implica el miedo al ataque para no retornar a la aceleración, sino para encontrarse en un ritmo medio y normal.

También el decir no y colocar límites espontáneamente implica salir del universo de la dependencia y pasar a funcionar de manera descomprimida y no bajo el yugo de la autopresión hiperexigente. En síntesis, cada una de estas piezas de personalidad se mueven en efecto dominó en un up-down permanente que sugiere un mejor nivel de adaptabilidad a la vida misma.

Las hipótesis en relación con los signos que se imprimen en las dos primeras columnas podrían describirse en función de una "polaridad sintomática", como si los síntomas de pánico actúan como un mecanismo compensatorio extremo, forzando una polarización de las características de personalidad preexistentes. Es decir, como se describió: la omnipotencia se transforma en impotencia, el control en descontrol, la omnipresencia en ausencia, y la autoexigencia extrema en una completa falta de exigencia,

evidenciando que el síntoma busca un reequilibrio forzado de rasgos desadaptativos previos.

Por otra parte, la impotencia y la desvalorización resultantes de las dificultades diarias y la dependencia del reaseguramiento externo crean un ciclo vicioso que agrava el trastorno de pánico. Cuanto más desvalorizado se siente el individuo, más busca la seguridad, lo que a su vez disminuye su autonomía y perpetúa su incapacidad para llevar a cabo actividades básicas. Además, el ritmo de vida acelerado y la omnipresencia característica de la personalidad premórbida contribuyen directamente al desarrollo del trastorno de pánico. El síntoma de pánico, al inducir paralización extrema y anulación social, sería una "sabiduría" intrínseca que fuerza una desaceleración necesaria para la supervivencia psicológica del individuo. Por último, la necesidad de control, tanto interno (sobre las propias emociones) como externo (sobre los demás), es una característica central en individuos con trastorno de pánico, y que la manifestación de síntomas hipocondríacos es una expresión somática de este control fallido sobre las emociones: los síntomas terminan dominando a la persona.

Conclusiones

En definitiva, el trastorno de pánico, visto a través de esta lente, no es meramente una patología a eliminar, sino un catalizador para un cambio necesario en la estructura de personalidad del individuo. El "up-down" permanente que sugiere una mejor adaptabilidad a la vida es la clave: una personalidad flexible, capaz de moverse entre los extremos y encontrar un punto medio de equilibrio, en lugar de aferrarse rígidamente a un perfil de omnipotencia y control. Las conclusiones se profundizan al considerar la relación entre la personalidad premórbida, la manifestación de los síntomas y la meta terapéutica, que no es la erradicación del síntoma per se, sino una reestructuración de la personalidad.

Se debe redefinir, entonces, el síntoma como un "agente de cambio": o sea el trastorno de pánico no debe ser visto únicamente como una patología incapacitante, sino como un "tirano" que impone límites drásticamente y un "sabio" que fuerza un cambio radical en la personalidad. La paralización extrema y la anulación social que provoca el pánico son,

paradójicamente, una interrupción necesaria del ritmo acelerado y la omnipresencia previos, permitiendo al individuo desacelerar y reevaluar su estilo de vida. Esta "sabiduría" del síntoma es crucial para romper el ciclo de autoexigencia y la búsqueda constante de validación externa, que caracterizaban a la personalidad "omnipotente".

La transformación de la omnipotencia en potencia adaptativa es un objetivo terapéutico fundamental que trasciende la omnipotencia, que encadenaba otras particularidades de la personalidad, hacia una "potencia personal" más equilibrada y resiliente. Esto implica un abandono de la necesidad de controlar todos los aspectos de la vida y de estar omnipresente, en favor de una presencia consciente y efectiva en las diversas situaciones. La potencia verdadera no reside en el control exhaustivo o la sobreexigencia, sino en la capacidad de responder de manera flexible a los desafíos, sin caer en la dicotomía de la paralización o la aceleración.

Es muy importante reforzar una autoestima y relacionalidad saludables, en la búsqueda de una "autoestima óptima" que no dependa del reconocimiento externo o de la búsqueda constante de valoración, sino que emerja de una autoaceptación genuina. Esto se logra al pasar de una dependencia extrema

a una "interdependencia" saludable con el entorno, donde el dar y el recibir son equilibrados. La capacidad de establecer límites espontáneamente y decir "no", es un indicador clave de esta nueva autonomía y una manifestación de la descompresión personal, liberando al individuo de la presión autoimpuesta y las expectativas ajenas. La "exigencia productiva" reemplaza la hiperexigencia desmedida, permitiendo un enfoque en el progreso y no en la constante insuficiencia.

La recuperación del equilibrio y la adaptabilidad culmina en el logro de un "ritmo normal" que se distancia tanto de la aceleración descontrolada como de la paralización extrema impuesta por el pánico. Este equilibrio se traduce en una mayor adaptabilidad a la vida, con mayor nivel de flexibilidad y resiliencia. En lugar de regresar a patrones rígidos que generaron el síntoma, la persona desarrolla una personalidad reformulada, capaz de integrar sus experiencias y vivir de manera más plena y auténtica. El proceso terapéutico más eficaz es aquel que se orienta a movilizar las piezas de la personalidad en forma coordinada, siguiendo el modelo "dominó" propuesto, regulando los desequilibrios entre aceleración e inmovilidad, dependencia e independencia, hiperexigencia y desvalorización, etc.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Texto revisado. (DSM-IV-TR)* American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2022). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 24(1), 59-70. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., Ledesma, R., & Galván-Reyes, J. (2020). Social Vulnerability and Emotional Distress in Older Adults: A Study in Primary Care Centers in Mexico City. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 31(2), 700-712. <https://dx.doi.org/10.1353/hpu.2020.0055>
- Bienvenu, O. J., Nestadt, G., Samuels, J. F., Costa, P. T., Howard, W. T., & Eaton, W. W. (2001). Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(3), 154-161. https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2001/03000/phobic_panic_and

[major depressive disorders and.3.aspx](#)

- Bonet, J. (2002) Eje hipotálamo pituitario adrenal, receptores corticoideos y trastorno depresivo. *Revista de la Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*. SAEM. 39(3). https://www.revistavertex.com.ar/de-scargas/403363_03_E-Vertex_Infopsi_Dr_Bonet_estres_Mar24_Gador.pdf
- Ceberio M. R. & Watzlawick P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios sobre epistemología, cibernética y constructivismo*. Herder.
- Ceberio M. R. (2005). El mundo de los miedos. Uso de prescripciones en los trastornos de fobias y pánico. *Revista Perspectivas sistémicas*. 32. Versión impresa
- Ceberio M. R. y Serebrinsky H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico*. Psicolibro.
- Ceberio M. R. (2013). *Más allá de la dicotomía cartesiana* en Kerman B. y Ceberio M.R. (2013) *En busca de una ciencia de la mente*. UFLQ.
- Ceberio M. R. (2014). Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico. en Medina, R. (2014). *Pensamiento sistémico*. Ed. UDG.
- Ceberio, M. R. (2025). Intentos de solución fracasados en Trastornos de Pánico con y sin agorafobia. *Revista Angolana de Ciencias*, 7(2), e070202- <https://doi.org/10.54580/R0702.02>
- Chappa, H. J. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico. Manual práctico*. Paidós.
- Cía, A. H. (2002). *Trastorno de Ansiedad Generalizado*. Polemos.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- Curry, C. W., Grant, B. F., et al. (2022). NESARC-III findings on panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 308, 89-97.
- Delgado, E., De la Cera, D, Lara, M., & Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Goodwin, R. D., Lieb, R., Höfler, M., Pfister, H., Bittner, A., Beesdo, K., & Wittchen, H.-U. (2004). *Panic attack as a risk factor for severe psychopathology*. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2207-2214. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2207>
- 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://dialnet.unirioja.es/ejemplar/221872>
- Guidano, V. & Liotti, G. (1983). *Cognitive process and emotional disorders*. Guildford
- Gorman, J. M., & Coplan, J. D. (1996). Comorbidity of depression and panic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 57, 34-41. <https://europepmc.org/article/med/8917130>
- 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.
- Haley, Jay. (1980) *Leaving home*. New York: Prentice Hill. Versión cast. (1989) *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.
- 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. (2002). *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales* de Argentina. Buenos Aires; CAEA-CONICET

- Idoyaga Molina, A., & Sarudiansky, M. (2011). *Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. Argumentos (México, D.F.), 24(66), 315-337.*
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018757952011000200012&script=sci_arttext
- Jakuszkowiak-Wojten, K., Landowski, J., Wiglusz, M. & Jerzy Cubała, W. (2015). Cortisol as an indicator of hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in patients with panic disorder: a literature review. *Psychiatria Danubina, 27(suppl 1), 445-451.*
<https://hrcak.srce.hr/file/384205>
- Johnson, J., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry, 47(9), 848-853.*
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.47.9.848>
- Kinley, D. J., Walker, J. R., Enns, M. W., & Sareen, J. (2011). *Panic attacks as a risk for later psychopathology: Results from a nationally representative survey. Depression and Anxiety, 28(5), 412-419.*
<https://doi.org/10.1002/da.20809>
- Kopec, D. & Rabinovich, J. (2007). *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica.* Paidós.
- McEwen, B. S., & Akil, H. (2020). Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. *Journal of Neuroscience, 40(1), 12-21.*
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.733-19.2019>
- Marchesi, C., Fontò, S., Balista, C., Cimmino, C., & Maggini, C. (2004). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy and psychosomatics, 74(1), 56-60.*
<https://doi.org/10.1159/000082028>
- Nardone, G. (1993). *Paura, Panico, Fobie. La Terapie in tempi brevi.* Ponte alle Grazie. Versión cast. (1997) *Miedo, pánico y fobias.* Herder.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1990). *L'arte del Cambiamento, manuale di terapia strategica.* Ipnoterapie senza trance. Ponte alle Grazie.
- Opazo Castro, R. (2006) *Prólogo desde la psicología.* En Chappa, H. J. *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico. Manual práctico.* (pp. 15-16). Paidós.
- Pilnik, S. D. (2025). El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Revista Del Hospital Italiano De Buenos Aires, 30(1), 7-12.* <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/1025>
- Powers, A., & Westen, D. (2009). Personality subtypes in patients with panic disorder. *Comprehensive psychiatry, 50(2), 164-172.*
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.006>
- Prince, E. J., Siegel, D. J., Carroll, C. P., Sher, K. J., & Bienvenu, O. J. (2020). A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults. *Anxiety, Stress & Coping, 34(3), 299-307.*
<https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845431>
- Puchol Esparza, D. (2003). *Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI.* Revista Psicología Científica.com.
- Rabasco, A., McKay, D., Smits, J. A., Powers, M. B., Meuret, A. E., & McGrath, P. B. (2022). Psychosocial treatment for panic disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Anxiety Disorders, 86, 102528.*
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618522000019>
- 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>

- Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W., & Schraufnagel, T. J. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry*, 66(Suppl 4), 16-22. <https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/18516-understanding-treating-panic-disorder-primary-care.pdf>
- Saizar, M. M., Sarudiansky, M., & Korman, G. P. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedade*, 25(2), 451-460. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/RxxlW74vtwMTJnDDrJ6pXXv/abstract/?format=html&lang=pt>
- Spinelli, F., Ocampo, E., Minacore, A., Castillo, J. & De Rosa, H. R. (2000). Pánico y Fobias: Un abordaje desde la perspectiva Cognitiva Posracionalista. Centro Vittorio Guidano.
- Suárez Richards, M. (2006). *Introducción a la Psiquiatría* (3ed). Polemos.
- Vohma, Ü., Aluoja, A., Vasar, V., Shlik, J., & Maron, E. (2010). Evaluation of personality traits in panic disorder using Swedish universities Scales of Personality. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.10.001>
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1974) *Change - principles of problem formation and problem resolution*-Norton. Versión cast. (1976) “*Cambio*”. Herder.
- Watzlawick, P. (1976): *El lenguaje del cambio*. Herder.
- Watzlawick, P.; Beaving J.; Jackson, D. (1967): *Pragmatics of human communication*. Norton. Versión cast. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.