

Artigo 1



IPaE
Subjetividades y Vínculos

CONGRESOS PI
Promoviendo la Investigación

**SUBJETIVIDADES Y VÍNCULOS:
PERSPECTIVAS INTEGRADORAS**

**SUBJETIVIDADES Y VÍNCULOS: PERSPECTIVAS
INTEGRADORAS**

**SUBJETIVIDADES Y VÍNCULOS:
PERSPECTIVAS
INTEGRADORAS
(LIBRO COORDINADO)**

ISBN: 978-628-95101-6-4

Subjetividades y vínculos: Perspectivas integradoras

1ª ed. – Colombia - 834 páginas

21 x 29.7 cm

ISBN DIGITAL: 978-628-95101-6-4



1. Conocimiento 2. Educación Adultos

3. Psicología 4. Salud Mental 5. Sexualidad

Derechos exclusivos de edición reservados para todo el mundo:

© **Congresos PI**

© **Sello Editorial: Editorial Congresos PI – Editorial PI**

© **Editora: Liliana Andrea Calderón Garzón**

© **Diseño y Artes de Tapas: Mayerly Ruiz Chávez**

ISBN DIGITAL: 978-628-95101-6-4

Colombia

2024

Ninguna parte de esta obra, incluyendo su diseño de cubierta, puede ser



Editorial
CONGRESOS PI

reproducida, almacenada o transmitida en forma alguna ni por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, por fotocopia, grabación o cualquier otro método, sin la autorización previa y por escrito de los titulares de los derechos. Cualquier incumplimiento de esta disposición podrá ser

considerado una violación a la legislación vigente sobre propiedad intelectual y derechos de autor, con las consecuencias legales correspondientes.

SUBJETIVIDADES Y VÍNCULOS: PERSPECTIVAS INTEGRADORAS

CRÉDITOS

CAPÍTULO SALUD MENTAL

Francisca Alvarado
Marisol Bejarano Peláez
Juliana Bezerra Lima-Verde
Liliana Andrea Calderón Garzón
Luis Cevallos-Terneus
Nery Esperanza Cuevas Ocampo
Beatriz Galván Martínez
Karol Nathalia Lara Espinosa
Jhony Alberto Moreno Requena
Melissa Judith Ortiz Barrero
Solimar Pérez Torres
Eduardo Pino
Diana Cecilia Puentes Puentes
Nathalia Quiroz Del Pozo
José Serra Taylor
Jair Soares dos Santos
Minerva Vanegas-Farfano
Jasmín Vargas
Rosa D. Zamudio G.

CAPÍTULO SEXUALIDAD

Juanita Bejarano Celis
Sandra Luz Espinosa Zamudio
Ángela Gisselle Lozano Ruiz
Ángela Yaneth Molina Viafara
Melissa Judith Ortiz Barrero
Laura Melisa Palacios García
Diana Cecilia Puentes Puentes
Santiago Naranjo Padilla
Nathalia Quiroz Del Pozo
Graciela Ramírez I

CAPÍTULO SALUD MENTAL



EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO (TRG) EN LA FIBROMIALGIA: UN ESTUDIO DE CASO

EFFECTIVENESS OF GENERATIVE REPROCESSING THERAPY (TRG) IN FIBROMYALGIA: A CASE STUDY

Jair Soares dos Santos
Juliana Bezerra Lima-Verde
Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT)
Departamento de Investigación
Brasil

RESUMEN

La fibromialgia es un síndrome complejo y debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo. No se conoce su etiología y el tratamiento es paliativo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. La TRG ha demostrado ser efectiva para el tratamiento definitivo de esta patología a través de sus cinco protocolos. El objetivo de este artículo es analizar y discutir los beneficios obtenidos mediante el exitoso reprocesamiento de experiencias en pacientes con fibromialgia, proporcionando una perspectiva única sobre el potencial terapéutico de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) en el manejo de esta condición. En este artículo, presentamos un estudio de caso de una mujer de 39 años que había sido tratada sin

CAPITULO SALUD MENTAL

éxito con terapias convencionales para la fibromialgia y que posteriormente se sometió a TRG. Se aplicaron cuestionarios cualitativos sobre varios aspectos de su calidad de vida, antes y después de la TRG, cada uno evaluado en una escala de 0 (pésimo) a 6 (excelente). Se obtuvieron los siguientes resultados antes y después de la TRG: satisfacción con la relación amorosa (3 a 6), satisfacción sexual (2 a 6), satisfacción con la vida (0 a 6), satisfacción con la apariencia física (0 a 6), confianza en la competencia profesional (0 a 6), sentimientos hacia el pasado (0 a 6) y optimismo hacia el futuro (0 a 6). Los resultados muestran que la TRG puede ser una opción efectiva para pacientes con fibromialgia que no responden a las terapias convencionales, mejorando tanto los síntomas físicos como los psicológicos y proporcionando beneficios duraderos incluso después del tratamiento. Esta terapia ofrece una perspectiva prometedora para abordar la fibromialgia y otros trastornos emocionales, destacando la importancia de tratar las causas subyacentes del sufrimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVES

Fibromialgia, reprocesamiento, generativo, calidad de vida, depresión, ansiedad, tratamiento.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a complex and debilitating syndrome that affects millions of people worldwide. Its etiology is unknown, and treatment is palliative with the goal of improving the quality of life of affected individuals. TRG has shown to be effective for the definitive

treatment of this condition through its five protocols. The aim of this article is to analyze and discuss the benefits obtained from the successful reprocessing of experiences in patients with fibromyalgia, providing a unique perspective on the therapeutic potential of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in managing this condition. In this article, we present a case study of a 39-year-old woman who had been unsuccessfully treated with conventional therapies for fibromyalgia and subsequently underwent TRG. Qualitative questionnaires were administered on various aspects of her quality of life before and after TRG, each evaluated on a scale from 0 (poor) to 6 (excellent). The following results were obtained before and after TRG: satisfaction with romantic relationship (3 to 6), sexual satisfaction (2 to 6), life satisfaction (0 to 6), satisfaction with physical appearance (0 to 6), confidence in professional competence (0 to 6), feelings towards the past (0 to 6), and optimism towards the future (0 to 6). The results demonstrate that TRG can be an effective option for fibromyalgia patients who do not respond to conventional therapies, improving both physical and psychological symptoms and providing lasting benefits even after treatment. This therapy offers a promising perspective for addressing fibromyalgia and other emotional disorders, emphasizing the importance of addressing the underlying causes of suffering to improve patients' quality of life.

KEYWORDS

Fibromyalgia, reprocessing, generative, quality of life, depression, anxiety, treatment.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas pueden causar experiencias difíciles en la vida cotidiana. Muchas personas dependen de medicamentos y, por eso, también enfrentan los efectos secundarios de estas sustancias. Esto frecuentemente resulta en baja funcionalidad y poca resiliencia para enfrentar situaciones estresantes, aumentando la susceptibilidad a trastornos de ansiedad y depresión. Esta situación puede llevar a los individuos a alejarse de las relaciones sociales, del trabajo, del ocio y de la familia. Este es el escenario enfrentado por las personas con fibromialgia (FM) (Oliveira et al., 2019).

La FM es un síndrome complejo y debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo. Caracterizada por dolor muscular generalizado y crónico, esta condición reumática no deformante plantea desafíos significativos para quienes la padecen, especialmente para las mujeres en el rango de edad de 30 a 50 años, quienes constituyen la mayoría de los casos (SBR, 2019). Además del dolor físico, la FM está estrechamente relacionada con síntomas psicológicos que pueden agravar la experiencia del dolor, lo que subraya la interconexión entre los aspectos físicos y emocionales de esta enfermedad (Guimarães, 2011). Debido a los diversos síntomas de la FM, especialmente el impacto en la calidad de vida de los pacientes, es esencial adoptar estrategias de tratamiento multidisciplinarias. Entre las actividades terapéuticas multidisciplinarias se incluyen: psicoterapia, farmacoterapia, actividad física, terapias de grupo, además de terapias alternativas a la medicina tradicional. Esto es necesario porque la mayoría de los pacientes no logra un control adecuado de la enfermedad solo con el uso de terapias convencionales (Costa et al., 2021).

En este contexto, la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) ha surgido como una alternativa prometedora para aquellos que no han logrado encontrar alivio con las terapias convencionales. A diferencia de las terapias tradicionales que se centran en tratar los síntomas físicos, la TRG adopta un enfoque más temporal (pasado, presente y futuro) al abordar la emoción subyacente detrás de la FM. Este enfoque innovador busca reconfigurar las respuestas emocionales del individuo ante el dolor, promoviendo así una recuperación más completa y duradera (Santos & Lima-Verde, 2023a).

En este artículo, presentamos un estudio de caso de una mujer que había sido tratada sin éxito con terapias convencionales para la FM y que posteriormente se sometió a TRG. El objetivo de este artículo es analizar y discutir los beneficios obtenidos a través del exitoso reprocesamiento de experiencias en paciente con FM, proporcionando una perspectiva única sobre el potencial terapéutico de la TRG en el manejo de esta condición.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La FM se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado acompañado de diversos síntomas, como problemas de sueño, fatiga, depresión, ansiedad, rigidez y mala condición física. Todos estos síntomas tienen un impacto significativo tanto en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria como en la calidad de vida de las personas con FM (Conte et al., 2018).

CAPITULO SALUD MENTAL

Chaitow (2002) amplía la explicación de la FM describiéndola como un trastorno caracterizado por dolor generalizado y varios puntos de alta sensibilidad repartidos por el cuerpo. Estos puntos, conocidos como puntos dolorosos (tender points), deben provocar dolor en al menos 11 de las 18 áreas específicas cuando se presionan, para que se considere un diagnóstico. Los puntos dolorosos se dividen en dos categorías: puntos de sensibilidad, donde el dolor se limita a los sitios específicos, y puntos gatillo, que causan dolor que se irradia a otras partes del cuerpo. En pacientes con FM, el dolor debe ser continuo y presente durante más de cuatro meses para ser clasificado como crónico.

Los indicadores epidemiológicos internacionales sobre la prevalencia de la FM muestran variaciones según los tipos de estudios, métodos y poblaciones analizadas. Sin embargo, la prevalencia oscila entre el 0,7% y el 5% en la población general. Un estudio brasileño identificó una prevalencia del 2,5% de la FM en la población, con una predominancia en mujeres, en la proporción de 8:1, y el 40,8% de los casos se encuentran en el rango de edad de 35 a 44 años. No obstante, la FM puede ocurrir en niños, adolescentes y personas mayores. En algunos países europeos, la prevalencia puede llegar hasta el 10,5% en la población adulta. Esta condición es frecuentemente observada en la práctica clínica diaria y es una de las principales causas de consultas relacionadas con el sistema musculoesquelético (Oliveira et al., 2019).

La enfermedad es considerada un factor relevante que impacta negativamente en la calidad de vida de una persona, ya que algunos de sus síntomas, como el dolor, la

inestabilidad del estado de ánimo y la pérdida del sueño, se consideran causas de muchos desajustes en la vida (Hamnes et al., 2012).

Lorena et al (2016) determinó que estas limitaciones están asociadas al proceso doloroso, siendo la principal causa de las dificultades para gestionar las demandas físicas, psicosociales y organizativas en el trabajo, lo que genera un efecto debilitante y negativo en la vida de muchas mujeres.

Los resultados de los estudios indicaron que el dolor es el principal factor limitante y el que más afecta a las personas, y que, ante una crisis dolorosa, se desencadenan otras cuestiones como la dificultad para mantenerse autónomo incluso para el autocuidado, la higiene personal, mejorar la apariencia y la autoestima. De hecho, el proceso doloroso es un factor limitante para el individuo; sin embargo, a lo largo del estudio, se observó la existencia de otros factores limitantes presentes en el contexto de la enfermedad de estas mujeres (Lisboa et al., 2018; Lorena et al., 2016).

Cuando nos referimos a la **FM**, no solo señalamos la enfermedad física, sino también la psíquica. No es raro encontrar cambios de humor, alternando entre estabilidad y tristeza, además de estados de ansiedad presentados en muchos momentos por estas personas (Felício et al., 2015).

Más allá del dolor crónico que interfiere en la calidad de vida, también se observan dificultades en el desempeño laboral y cambios en el estado de ánimo. La depresión es una comorbilidad psiquiátrica común en estos pacientes; aproximadamente el 30% de las personas diagnosticadas con FM presentan síntomas de depresión mayor en el

CAPITULO SALUD MENTAL

momento del diagnóstico, y se ha observado que existe un 74% de probabilidad de que desarrollen depresión a lo largo de la evolución de la enfermedad (Conte et al., 2018). Es posible observar que las mujeres con FM, además de tener una peor calidad de vida, presentan niveles altos de depresión, lo cual es muy preocupante para el cuadro fibromiálgico y para la calidad de vida del individuo (Letieri et al., 2013).

Además, es común la presencia de otras comorbilidades que agravan el sufrimiento y empeoran la calidad de vida. Entre las más frecuentes se encuentran el síndrome de fatiga crónica, el síndrome miofascial, el síndrome del intestino irritable y el síndrome uretral inespecífico. Este conjunto de síntomas, que varía entre las personas con FM, tiene un impacto negativo en sus vidas, impidiéndoles vivir con bienestar y salud (Oliveira et al., 2019).

Los trastornos psicológicos y funcionales, así como la sensibilización central, están interrelacionados en el contexto de la FM, formando un ciclo que se refuerza mutuamente. Para encontrar soluciones efectivas, es necesario romper este ciclo vicioso en algún punto, y una posible área de intervención es el aspecto psicológico. Los niveles de depresión se asocian de manera inversa con el apoyo percibido del entorno cercano, que incluye al cónyuge, la familia y los amigos. Por otro lado, los niveles de ansiedad tienen una correlación negativa más débil con el apoyo percibido del entorno familiar y social, aunque no se observa la misma relación con el apoyo percibido del cónyuge (Collazo et al., 2014).

Las mujeres con FM suelen presentar un perfil psicológico con altos niveles de exigencia personal. Generalmente, son perfeccionistas y pueden sufrir de trastorno

obsesivo-compulsivo, lo que las lleva a sobrecargarse de actividades y asumir un exceso de responsabilidades. A esto se suma la doble jornada laboral, que incluye el cuidado del hogar, la familia y el trabajo fuera de casa, haciendo que el día a día sea aún más pesado para quienes viven con FM. El dolor crónico que caracteriza a la FM es frecuente y difuso por todo el cuerpo, y, al ser invisible, no causa deformidades físicas ni secuelas evidentes, aunque requiere de una gran cantidad de medicamentos que a menudo no brindan alivio completo. Muchas veces, estas mujeres necesitan largos periodos de baja médica, lo que puede llevar a la desconfianza en el ámbito laboral y familiar, y, por tanto, experimentan violencia simbólica. A menudo sufren en silencio, enfrentando discriminación, prejuicios y exclusión social, lo que incrementa su vulnerabilidad física y social (Oliveira et al., 2019).

El aspecto emocional del síndrome de FM parece jugar un papel crucial en su etiología, lo cual la coloca dentro del espectro de las enfermedades psicosomáticas. En este contexto, el dolor surge como la repetición de alguna experiencia previamente vivida, la cual se reproduce de manera inconsciente (Kotaka, 2007).

El dolor corporal puede reflejar algo más profundo que permanece guardado dentro del individuo y que será descifrado cuando el paciente pueda expresar su angustia en palabras. En este sentido, la experiencia de pérdida y desamparo puede manifestarse en el cuerpo como dolor, siempre relacionado con episodios previamente vividos por el sujeto en otros momentos de su vida. El inicio de los síntomas del síndrome de FM frecuentemente está vinculado a algún factor desencadenante. Este puede estar relacionado con diversos elementos como el estrés, traumas emocionales o físicos, así

CAPITULO SALUD MENTAL

como alteraciones hormonales, que provocan dolor y trastornos del sueño. Por lo tanto, los traumas pueden ser de naturaleza física, como accidentes y agresiones, o emocional, como procesos de separación matrimonial, enfermedades y fallecimientos en la familia o en personas cercanas (Collazo et al., 2014).

Cuando los pacientes experimentan estrés, especialmente el emocional, sienten el dolor de manera más intensa, desencadenando una crisis. Este factor estresante actúa como un desencadenante para la aparición y/o empeoramiento del dolor (Silveira, 2021).

Los desafíos surgidos a raíz de este diagnóstico llevan a la comunidad médica a reconocer que hay aspectos que van más allá de su conocimiento. El médico se enfrenta a situaciones que desafían su comprensión y lo obligan a generar nuevo conocimiento. Frente a casos atípicos y enigmáticos como la FM, que no responden a los protocolos establecidos por las investigaciones patrocinadas por laboratorios y la medicina basada en evidencias, el médico se siente impotente y desorientado en su rol de experto (Guimarães, 2011). Según Lacan (1966), lo que es excluido del cuerpo por la ciencia, regresa como síntoma, ya que en el cuerpo que el paciente ofrece al médico como objeto de investigación coexisten placer y dolor. En este sentido, nos encontramos frente a una falla psíquica, donde la subjetividad se ve comprometida y el cuerpo se presenta como una forma de expresión. Resulta interesante investigar la historia de vida del paciente durante la anamnesis, y aún más interesante sería investigar si los desencadenantes actuales están relacionados con eventos pasados.

Es importante destacar que, en el contexto de la atención primaria de salud, los pacientes con FM a menudo son remitidos a especialistas, lo que puede dificultar la

implementación de un enfoque preciso y retrasa el inicio del tratamiento. Además, la ausencia de una estrategia clara de tratamiento conduce a que estos pacientes sean derivados a múltiples especialidades, sometiéndose a investigaciones exhaustivas y recibiendo la prescripción de diversos medicamentos para abordar diferentes síntomas. Este proceso no solo causa demoras en el diagnóstico, sino que también contribuye al aumento de la incapacidad física y, como resultado, incrementa el uso de recursos en el ámbito de la salud (Pernambuco et al., 2016).

El tratamiento de la FM se centra principalmente en aliviar el dolor, mejorar la capacidad física y estabilizar el estado emocional. Para lograr resultados más efectivos, se combina el uso de medicamentos, como antidepresivos, benzodiazepinas, analgésicos y inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que se utilizan para controlar los trastornos del sueño y los síntomas psicológicos. Además, se incluyen ejercicios aeróbicos que favorecen la relajación y fortalecen la musculatura, lo que ayuda tanto en los síntomas físicos como en los psicológicos, ya que estas actividades liberan endorfinas, hormonas que generan una sensación de bienestar. En los tratamientos actuales (medicamentoso y no medicamentoso) rara vez se aborda la causa subyacente que lleva a un individuo a desarrollar FM, su historia de vida o la posibilidad de una remisión completa de los síntomas. La literatura se centra principalmente en enfoques paliativos, ya que los pacientes son evaluados solo después de la manifestación de los síntomas (Silveira, 2021).

Tradicionalmente, las aproximaciones terapéuticas para el tratamiento de la FM se centran en los síntomas físicos, las alteraciones del sueño y del estado de ánimo,

CAPITULO SALUD MENTAL

combinadas con otras intervenciones como la fisioterapia y la psicoterapia, con el objetivo de que el paciente acepte la enfermedad y su condición. En este contexto, los pacientes suelen abandonar su trabajo, vida social, actividades de ocio y cualquier cosa que podría mejorar su vida, para dedicarse al tratamiento, estableciendo objetivos de vida limitados. Estas actitudes forman parte de las estrategias de evitación, las cuales están relacionadas con la persistencia del dolor y pueden dificultar la adhesión al tratamiento psicológico (Martins & Vandenberghe, 2007).

Es necesario un tratamiento más enfocado en las causas que llevaron a la persona a desarrollar la FM y no solo en el alivio de los síntomas, para que la calidad de vida de este individuo sea restaurada. Si los síntomas dentro de las crisis son, en realidad, resultados de factores emocionales desencadenantes, se hace necesario investigar y eliminar estos factores. Debido a los numerosos casos de FM resueltos con TRG mediante la resolución de problemas emocionales, creemos que la causa principal de este síndrome está estrechamente relacionada con eventos negativos ocurridos en la vida de estas personas, que desencadenaron síntomas como dolor corporal, depresión y ansiedad, entre otros (Santos & Lima-Verde, 2023b; Santos & Lima-Verde, 2023c; Pereira et al., 2024).

Esta terapéutica se basa en un proceso de reprocesamiento llevado a cabo mediante cinco protocolos: 1. Cronológico; 2. Somático; 3. Temático; 4. Futuro; 5. Potenciación (Santos & Lima-Verde, 2023a). Según estos autores, cada protocolo se describe de la siguiente manera:

1 – **PROTOCOLO CRONOLÓGICO:** este protocolo guía al paciente a través de un proceso de reprocesamiento que abarca su vida desde el nacimiento hasta el presente. El objetivo es identificar y reprocesar eventos traumáticos, bloqueos emocionales y creencias limitantes que hayan surgido a lo largo del tiempo. Esta reprocesamiento permite al individuo obtener una comprensión más profunda de sus experiencias pasadas y potenciar su bienestar emocional.

2 – **PROTOCOLO SOMÁTICO:** se centra en la conexión entre las experiencias emocionales y las manifestaciones físicas. El terapeuta asiste al paciente en la identificación y exploración de las respuestas corporales asociadas a recuerdos traumáticos o experiencias dolorosas revisadas en el protocolo cronológico. Este reconocimiento somático facilita la liberación de tensiones corporales y la integración mente-cuerpo, promoviendo el bienestar tanto físico como emocional.

3 – **PROTOCOLO TEMÁTICO:** enfocado en los temas más significativos y dolorosos de la vida del individuo. El terapeuta ayuda al paciente a identificar y reprocesar estos temas, lo que permite una comprensión más profunda de sus experiencias. Al explorar los temas más relevantes, la TRG busca estimular al individuo para transformar sus creencias limitantes y fomentar una visión más saludable y positiva de sí mismo y de su vida.

4 – **PROTOCOLO FUTURO:** este protocolo se enfoca en los miedos y preocupaciones respecto al futuro. El terapeuta ayuda al paciente a identificar y enfrentar estos temores, trabajando para cambiar las perspectivas negativas y promoviendo una visión más esperanzadora y positiva de lo que está por venir. El reprocesamiento de las

CAPITULO SALUD MENTAL

preocupaciones futuras permite al individuo desarrollar estrategias adaptativas y fortalecer su resiliencia emocional.

5 – PROTOCOLO DE POTENCIACIÓN: mediante este protocolo, el terapeuta anima al paciente a visualizar y trabajar hacia el mejor futuro posible. Es un proceso de imaginación guiada en el que se incentiva al individuo a visualizar sus metas, aspiraciones y objetivos alcanzados. Esta técnica de visualización positiva permite al paciente reforzar su motivación intrínseca, consolidar sus capacidades y orientar sus acciones hacia un futuro deseado.

Estos cinco protocolos de la terapia de reprocesamiento generativo proporcionan un enfoque terapéutico integral y fundamentado para el tratamiento de problemas psicológicos. Los reprocesamientos cronológico, somático, temático, futuro y de potenciación tienen como objetivo tratar la causa subyacente de los síntomas, proporcionando una transformación profunda y duradera. El reprocesamiento se concibe como un método destinado a reevaluar eventos vividos de manera objetiva para recuperar y neutralizar emociones, considerando que el procesamiento inicial fue la experiencia directa del evento. Se plantea la hipótesis de que estos eventos, mal procesados por la mente humana, son la causa de problemas somáticos de origen indefinido, como la FM (Soares, 2021 e 2022).

DATOS GENERALES DE LA PERSONA

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 09.08.1984

Nivel de escolaridad: educación secundaria completa

Edad Ocupación/Profesión: vendedora en tienda de ropa femenina

Nacionalidad: brasileña

Fechas de la evaluación: 22.02.2022 e 15.06.2022

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 39 años, después de recorrer un largo camino de tratamiento para la FM con técnicas convencionales, nos buscó para su tratamiento. Aceptó participar en un proyecto con TRG y firmó un Formulario de Consentimiento Informado al inicio del tratamiento. En ningún momento se le solicitó ni se le recomendó que suspendiera el tratamiento convencional. La paciente continuó con su tratamiento convencional como lo había estado haciendo durante muchos años. Ella informó que había estado viviendo con un diagnóstico médico de FM durante 5 años y también tenía depresión, ansiedad, ideación suicida y dificultades para dormir. Experimentaba crisis de 1 a 2 veces al mes, a pesar del seguimiento médico farmacológico y psicológico, incluyendo el uso diario de duloxetina (30 mg) y tramadol (37,5 mg) durante las crisis. Realizaba caminatas y hidroterapia regularmente, pero las interrumpía durante las crisis, y tenía terapia

CAPITULO SALUD MENTAL

cognitivo-conductual (TCC) una vez por semana. La misma refirió haber sido diagnosticada con depresión y ansiedad en el momento del diagnóstico de FM. Sin embargo, afirmaba que solo sobrevivía, con crisis de ansiedad y depresión precediendo a los dolores corporales, lo que afectaba su trabajo y calidad de vida. Reveló haber sufrido abusos físicos y sexuales por parte de su padrastro durante la infancia y adolescencia, lo que la llevó a salir de casa y casarse a los 16 años. La misma refirió que también sufrió abusos por parte de su primer marido, tanto físicos como sexuales, y que esto se reflejó en su vida hasta el inicio del tratamiento con la TRG, sintiendo desencadenantes emocionales cada vez que se hablaba o se escuchaba sobre el tema. Estos hechos resultaron en la separación de su esposo, y en esa ocasión, la paciente inició un tratamiento psicológico con la TCC, sin una mejora aparente en su calidad de vida. Alrededor de los 30 años, comenzó a sentir dolores corporales inexplicables, consultando a varios médicos de diversas especialidades sin encontrar un diagnóstico preciso. El diagnóstico de FM llegó a los 34 años, después del nacimiento de su tercer hijo de su segundo esposo.

Este informe clínico se enmarca en un estudio empírico, longitudinal y observacional con un seguimiento de 5 años, siendo el primero realizado con la TRG. Las observaciones previas, al mostrar mejoras significativas en la calidad de vida de más de mil personas y al compartir varias características comunes en sus resultados, suscitaron la necesidad de un análisis más detallado de estas observaciones.

MÉTODOS

El estudio de este caso específico se desarrolló a través de un proyecto para tratar a pacientes diagnosticados con FM utilizando la TRG. Se realizaron numerosas descripciones de otros casos clínicos que fueron solucionados mediante la TRG en este mismo proyecto. Para ello, reunimos un grupo de terapeutas que fueron seleccionados y capacitados para este fin. Estos profesionales localizaban a los pacientes a través de una plataforma digital donde los mismos se inscriben para participar en proyectos como este. Los participantes son asignados aleatoriamente a los terapeutas. Esta paciente, entre muchos otros participantes, presentaba el diagnóstico médico de FM, realizaba el tratamiento convencional (psicológico y farmacológico) y obtuvo éxito al final del tratamiento con la TRG, razón de nuestra publicación.

TÉCNICAS

Para el estudio de caso, se realizó una anamnesis en la primera sesión de la TRG, donde fue posible conocer la historia de vida de esta paciente. A continuación, se aplicó un cuestionario cualitativo sobre diversos aspectos de su vida, tales como: relación amorosa, satisfacción sexual, satisfacción con la vida, satisfacción con la apariencia física, confianza en la competencia profesional, sentimientos hacia el pasado y optimismo hacia el futuro, siendo cada uno evaluado en una escala de 0 (pésimo) a 6 (excelente). El mismo cuestionario se aplicó al final del tratamiento. Las sesiones de TRG se realizaron en modalidad en línea y con una frecuencia semanal.

CAPITULO SALUD MENTAL

La técnica de TRG utiliza 5 protocolos específicos: cronológico, somático, temático, futuro y potenciación. Estos protocolos se aplicaron en este orden y se distribuyeron a lo largo de las 12 sesiones a las que la paciente fue sometida. Cada protocolo siguiente comenzaba solo después de que el anterior se hubiera completado por completo.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados fueron obtenidos en la primera y última sesión mediante la aplicación de los cuestionarios mencionados previamente. El primero se llevó a cabo antes de iniciar el primer protocolo de TRG, y el segundo inmediatamente después de completar el último protocolo de TRG. En cuanto a los cuestionarios aplicados antes y después del tratamiento con TRG, los resultados fueron alentadores para la participante. Incluso frente a las crisis de FM, la relación amorosa de la participante se encontraba en una calificación mediana (3), al igual que su satisfacción sexual dentro de la relación (2). Después del tratamiento con TRG, estos valores alcanzaron la calificación máxima (6). En cuanto a la satisfacción con la vida, se obtuvo una calificación de 0 antes del tratamiento y calificación máxima (6) después del tratamiento con TRG. En cuanto a la satisfacción con la apariencia física, la participante otorgó una calificación de 0 antes del tratamiento con TRG y calificación máxima (6) después de la TRG. En cuanto a la percepción de su competencia profesional, la participante otorgó calificaciones de 0 y 6, respectivamente, antes y después del tratamiento con TRG. En lo que respecta al pasado y al futuro, es decir, cómo enfrentaba todo lo que habían experimentado y lo que está por venir, la participante otorgó calificaciones mínimas (0) para ambos aspectos antes del

tratamiento y calificaciones máximas (6) después del tratamiento. Después de la octava sesión, la paciente informó que ya no experimentaba más crisis de FM. Después de 12 sesiones de TRG, la paciente dejó de tomar la medicación bajo supervisión médica y fue dada de alta del TRG.

En lo que respecta a los cuestionarios cualitativos sobre la percepción del individuo en relación a su calidad de vida, los aspectos aquí descritos, como se mencionó en la descripción del caso, se refieren a una autoevaluación subjetiva antes y después del tratamiento con la TRG. Los resultados mostraron avances positivos en todos los parámetros evaluados (tabla 1). Según se mencionó anteriormente, el seguimiento es de 5 años y, aún después de 2 años del tratamiento con TRG, la paciente reporta no haber tenido más crisis de FM. Seguimos monitoreando.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos para este caso clínico coinciden con los resultados obtenidos en trabajos anteriores que utilizaron la TRG como tratamiento para la FM. En estos casos, las terapias convencionales fueron utilizadas inicialmente como tratamiento de elección para la FM, sin éxito. La remisión de los síntomas y crisis de FM se logró después del tratamiento con TRG (Pereira et al., 2024; Santos & Lima-Verde, 2023b e 2023c).

El cuestionario aplicado abarca siete áreas importantes de la vida de un ser humano y refleja su calidad de vida. Este mismo cuestionario ha sido utilizado en otros

CAPITULO SALUD MENTAL

proyectos que buscaban tratar, mediante la TRG, a personas con depresión, ansiedad e ideas suicidas, além da FM (Lima-Verde et al., 2024; Lima-Verde & Santos, 2024; Pereira et al., 2023; Santos & Lima-Verde, 2023d, 2023e, 2023f; Santos & Lima-Verde, 2024; Santos et al., 2023).

La calidad de vida es un concepto que ha cobrado importancia creciente en la actualidad. Se ha convertido en un indicador clave para evaluar tanto las condiciones de salud como los efectos de los tratamientos e intervenciones. Este concepto se basa en la percepción individual sobre diversos aspectos de la vida, que abarcan un ámbito amplio y complejo. Estudios han demostrado que, a mayor gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, menor es la calidad de vida del individuo. No obstante, el campo de estudio de la calidad de vida aún se encuentra en desarrollo, ya que se la considera en relación con la salud, la vivienda, el ocio, los hábitos de actividad física y la alimentación. Es ampliamente aceptado que todos estos factores contribuyen a una percepción positiva del bienestar (Freitas et al., 2023).

En cuanto a su satisfacción con su relación amorosa y sexual, la participante cambió positivamente su visión sobre la relación después de la TRG. Según Myers (2000), el matrimonio es un factor que contribuye a la felicidad más que el trabajo o la situación económica. En cuanto a la salud mental, las personas más felices en su matrimonio tienden a tener tasas más bajas de depresión, mientras que la principal fuente de angustia está relacionada con la ruptura de una relación íntima (Reis & Gable, 2001). La satisfacción en las relaciones amorosas se entiende como una evaluación cognitiva favorable de una relación específica, que surge después de compararla con

otras relaciones similares que poseen características consideradas positivas o aceptables (Wachelke et al., 2004). La calidad de los vínculos conyugales se analiza como una valoración global y subjetiva de un individuo sobre su relación romántica, y se compone de diversos elementos que representan esta calidad para el individuo, como la intimidad, el amor, la comunicación, el compromiso y la sexualidad (De Andrade & Garcia, 2012).

Arriaga (2001) indica que una persona se considera satisfecha con su relación cuando los componentes de la misma superan las expectativas, y la satisfacción se incrementa cuando hay mayor involucramiento emocional entre los cónyuges, así como mayor confianza, fidelidad, integridad, afecto, pasión, interdependencia y apertura a la comunicación. Por lo tanto, la satisfacción en las relaciones amorosas, derivada de evaluaciones positivas del vínculo amoroso, tiende a contribuir a la calidad de vida y, consecuentemente, a la salud mental.

La satisfacción con la relación es un factor crucial en la evaluación del bienestar psicológico del individuo, ya que las personas satisfechas en sus relaciones amorosas tienden a experimentar de manera positiva otros aspectos de la vida (Wachelke et al., 2004). Además, García y Maciel (2008) señalan que los elementos del compromiso romántico (como la sexualidad, la intimidad y el compromiso, por ejemplo) también pueden estar influenciados por factores de naturaleza religiosa, los cuales pueden contribuir de manera positiva o negativa a la satisfacción conyugal.

En cuanto a su satisfacción con la vida, la participante alcanzó la puntuación máxima en el cuestionario después de recibir tratamiento con la TRG. Según Pavot y

CAPITULO SALUD MENTAL

Diener (1993), la satisfacción con la vida es un proceso de evaluación en el que las personas juzgan la calidad de sus vidas basándose en sus propios criterios personales. La satisfacción con la vida está íntimamente relacionada con la forma en que una persona se adapta al contexto en el que vive, y está conectada a sus estrategias de afrontamiento. Tran y Chantagul (2018) encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas se asocia de manera positiva y significativa con los niveles de satisfacción con la vida. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se asocian de forma negativa y significativa con la satisfacción con la vida. Yang et al. (2018) señalan que la satisfacción con la vida es un recurso que abarca la autonomía, el control, las creencias, las emociones positivas, la regulación emocional, la capacidad para resolver problemas, la adaptación y el equilibrio a lo largo del ciclo de vida.

La satisfacción con la apariencia física también experimentó cambios positivos máximos, demostrando estar estrechamente relacionada con su imagen corporal renovada y autoestima. La imagen corporal y la autoestima son dimensiones de la salud que a menudo se estudian conjuntamente. La persona está encarnada en su familia, comunidad y sociedad, ya que desde una edad temprana, su imagen corporal se moldea por el entorno, reflejando sentimientos y valores percibidos, y configurando sus actitudes y personalidad (Condessa & Anastácio, 2019). Las mujeres son las principales afectadas por una percepción distorsionada de su imagen corporal (Condessa et al., 2022). Dado que se trata de una representación, la imagen corporal abarca los niveles físico, emocional y mental de cada individuo en cuanto a la percepción de su propio cuerpo. Según los autores, la imagen corporal se percibe a través de los sentidos y comprende

tanto figuraciones como representaciones mentales, pero no se limita únicamente a una percepción o representación simple (Veras, 2010).

En cuanto a la confianza de la participante en su competencia profesional, después del tratamiento con TRG, los resultados fueron prometedores. La competencia profesional puede definirse como la movilización, particularmente por parte del profesional en su acción productiva, de un conjunto de conocimientos de naturalezas diversas que forman competencias intelectuales, técnico-funcionales, comportamentales, éticas y políticas, de manera que generen resultados reconocidos individual o colectivamente (Souza et al., 2021). En el contexto de una persona con problemas mentales, es evidente la aparición del síndrome del impostor. Aquellos que lo experimentan tienen la percepción de ser impostores, atribuyendo sus éxitos a factores externos y no reconociendo sus propias habilidades. Esto resulta en dificultades para aceptar elogios o reconocimientos, lo que lleva a ansiedad, estrés y falta de autoconfianza en el entorno laboral (Bezerra et al., 2021).

Finalmente, al hablar de los resultados de la participante sobre sus sentimientos hacia su pasado y futuro, que coincidían con los síntomas de depresión y ansiedad, es notable que ella asignó la calificación más alta. Las personas afectadas por síntomas depresivos y de ansiedad tienden a mostrar formas ineficaces de regulación emocional, lo cual mantiene una respuesta emocional negativa, propiciando el desarrollo de la rumiación y una baja flexibilidad conductual. La rumiación se define como un patrón de pensamiento pasivo y repetitivo fuertemente vinculado con afectos negativos como tristeza, culpa, miedo, angustia y estrés (Abbasi et al., 2014). Este pensamiento rumiativo

CAPITULO SALUD MENTAL

surge a raíz de situaciones pasadas o futuras, reales o imaginarias, que tienen el potencial de causar sufrimiento. Además, las personas con altos niveles de rumiación pueden experimentar dificultades para resolver problemas, prolongando sus episodios depresivos (Sánchez & Vázquez, 2012).

La percepción personal puede indicar cómo el problema afecta la vida de la persona y también lo que considera como una vida saludable (Arruda et al., 2015). Las personas que sufren del síndrome de FM también experimentan síntomas físicos cuya causa aún se desconoce. En este sentido, muchos pacientes han sido ignorados o considerados fantasiosos debido a los síntomas que describen, lo cual les causa gran sufrimiento al sentir que expresan en la consulta médica algo que la ciencia biológica no reconoce (Kotaka, 2007).

Aragón (2010) menciona que el tratamiento del dolor opera en la superficie, utilizando fármacos que actúan en la interfaz entre la neuroendocrinología y las emociones. Slompo y Bernardino (2006) destacan que medicamentos como analgésicos e inductores del sueño son formas de silenciar el cuerpo y, por ende, las cuestiones que desencadenan el dolor. Sin embargo, la FM se caracteriza por su resistencia a estos medicamentos (Santos & Rugde, 2014). Aunque útiles para aliviar temporalmente los síntomas, estos tratamientos no logran eliminarlos. Los medicamentos tienen una función paliativa centrada en el individuo, pero no pueden resolver el dolor, el cual está arraigado no solo en el cuerpo individual, sino también en el contexto social.

Este caso, con una descripción típica de una mujer con FM, ilustra la travesía de una persona que sufre dolor en busca de un diagnóstico y tratamiento. La resolución de

este caso y de muchos otros similares tratados con la TRG demuestra que la FM puede resolverse sin recaídas (Pereira et al., 2024; Santos & Lima-Verde, 2023b e 2023c).

Los resultados muestran que la TRG puede ser una opción efectiva para pacientes con FM que no responden a las terapias convencionales, mejorando tanto los síntomas físicos como los psicológicos y proporcionando beneficios duraderos incluso después del tratamiento. Esta terapia también ha sido utilizada con éxito en pacientes con depresión, ansiedad e ideación suicida (Lima-Verde & Santos, 2024; Pereira et al., 2023; Santos & Lima-Verde, 2023d, 2023e, 2023f; Santos & Lima-Verde, 2024; Santos et al., 2023). La TRG ofrece una perspectiva prometedora para abordar la FM y otros trastornos emocionales, destacando la importancia de tratar las causas subyacentes del sufrimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbasi, F., Yosefi, Z., & Maroufi, M. (2014). Prediction of postpartum depression: Rumination, attachment style and forgiveness. *New York Science Journal*, 7(3), 6-13. <http://www.sciencepub.net/newyork>.
- Aragon, L. E. P. (2010). Fibromialgia: Perspectivas de um campo problemático. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 155-169.

CAPITULO SALUD MENTAL

- Arriaga, X. B. (2001). The ups and downs of dating: fluctuations in satisfaction in newly formed romantic relationships. *Journal of Personality & Social Psychology*, 80(5), 754-765.
- Arruda, G. O., Santos, A. L., [Teston, E. F., Cecilio, H. P., M., Radovanovic, C. A. T., & Marcon, S. S. \(2015\).](#) Associação entre auto percepção de saúde e características sócio demográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (1), 61-8.
- Bezerra, T.C.G., Barbosa, L.H.G.M., Vione, K.C., Athayde, R.A.A., Gouveia, V.V. (2021). Escala Clance do Fenômeno do Impostor: Adaptação Brasileira. *Psico-USF*, 26 (2),333- 343.
- Chaitow, L. *Fibromyalgia Syndrome a Guide to Treatment*. São Paulo: Manole, 2002.
- Collazo, E., Aragonés, M.A.,& Muñoz, D. (2014). Trastornos de personalidad en los cónyuges de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 21(5): 235-41.
- Condessa, I. C., & Anastácio, Z.C. (2019). Estudo exploratório dos níveis de satisfação com a imagem corporal em adolescentes - pensando no direito ao “bem-estar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD *Revista de Psicología*, 2, 315-326. DOI:<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2019>.
- Condessa, I., Anastácio, Z. C., & Antão, C. (2022). Imagem Corporal, Autoestima E Adesão À Atividade Física: Um Estudo Com Jovens Em Período Covid-19.

International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD
Revista de Psicología, 1 (2), 71-8.

Conte, M.S., Dumbra, G.A.C., Roma, D.V.P., Fucuta, P.S., & Miyazaki, M.C.O.S. (2018).
Medicina, 51(4), 281-90.

Costa, T. M.; Silva-Rodrigues, F. M.; Peres, F. D. B.; & Padula, M. P. C. (2021).
Experiences and quality of life of women with fibromyalgia. *Brazilian Journal of*
Development, 7(6), 54365-79.

De Andrade, A. L., & Garcia, A. (2012). Desenvolvimento de uma medida
multidimensional para avaliação de qualidade em relacionamentos românticos –
Aquarela-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 634-643.

Felício, M.D.C., Martins-Silva, P.O., Oliveira, G.M.B.R., & Macedo, AD. (2015).
Representações sociais de conjugalidade e fibromialgia: desdobramentos na
dinâmica conjugal. *Temas psicol.* 23 (4), 987-1002.

Freitas, P.H.B., Meireles, A.L., Ribeiro, I.K.S., Abreu, M.N.S., Paula, W., & Cardoso, C,S.
(2023). Symptoms of depression, anxiety and stress in health students and impact
on quality of life. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 31, 1-13.

Garcia, A., & Maciel, M. G. (2008). A influência da religião na busca do futuro cônjuge:
Um estudo preliminar em comunidades evangélicas. *Psicologia: Teoria e Prática*,
10(1), 95-112.

CAPITULO SALUD MENTAL

Guimarães, I. C. (2011). *Psicanálise e dor: o que (re)vela a fibromialgia*. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 144p..

Hamnes, B., Mowinckel, P., Kjekken, I., & Hagen, K.B. (2012). Efeitos de um programa multidisciplinar de uma semana de autocuidado para pacientes com fibromialgia: um estudo controlado randomizado. *BMC Musculoskelet Disord*. 13(189), 1-9.

Kotaka, E. T. (2007). *Fibromialgia: Um Novo Sentido Para a Dor de Existir*. <http://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/10431/1/50505690.pdf>.

Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y Medicina. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manatinal.

Letieri, R.V., Furtado, G.E., Letieri, M., Góes, S.M., Pinheiro, C.J., Veronez, S.O., Magri, A.M., & Dantas, E.M. (2013). Pain, Quality of Life, Self-Perception Of Health, And Depression In Patients With Fibromyalgia Treated With Hydrokinesiotherapy. *Rev Bras Reumatol*. 53(6), 494-500.

Lima-Verde, J.B., & Santos, J.S. (2024). Depression, Neuroplasticity and Generative Reprocessing Therapy (TRG): Case Report. In: *2nd European Congress of Neurology and Neuropsychiatry*, London, p.25.

Lima-Verde, J.B., Santos, J.S., & Pereira, A.G. (2024). Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7.

- Lisboa, L.L., Soneharac, E., Oliveira, K.C.A.N.O., & Azevedo, S.C.A.G.D.A. (2018). Kinesiotherapy effect on quality of life, sexual function and climacteric symptoms in women with fibromyalgia. *J Women Aging*. 30(4), 299-309.
- Lorena, S.B., Pimentel, E.A.S., Fernandes, V.M., Pedrosa, M.B., Ranzolin, A., & Duarte, A.L.B.P. (2016). Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Rev. dor*. 17(1), 8-11.
- Martins, M. A.; & Vandenberghe, L. (2007). Intervenção psicológica em portadores de Fibromialgia. *Revista Dor*, 8 (4): 1103-12.
- Myers, D. G. (2000). *The american paradox*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Oliveira, J.P.R., Berardinelli, L.M.M., Cavaliere, M.L.A., Rosa, R.C.A., Costa, L.P., & Barbosa, J.S.O. (2019). O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Rev Gaúcha Enferm*. 40, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180411>.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>.
- Pereira, A. G., Lima-Verde, J.B., & Santos, J.S. (2024). Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15.
- Pereira, A.G., Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde*

CAPITULO SALUD MENTAL

Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC. 15(28), 1-18. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008>.

Pernambuco, A.P., Fernandes, L.A., Carvalho, N.M., Fonseca, A.C.S., & Reis, D.A. (2016). Análise do perfil biopsicossocial de participantes de um programa de educação em saúde específico para a fibromialgia. *Rev Conexão Ciência.* 11(2):92-102. DOI: <https://doi.org/10.24862/cco.v11i2.441>.

Reis, H., & Gable. S. (2001). Toward a positive psychology of relationships. *The positive person and the good life.* Washington, D.C: American Psychological Association.

Sánchez, Á., & Vázquez, C. (2012). Sesgos de Atención Selectiva como Factor de Mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *Terapia psicológica*, 30(3), 103-117. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300010>.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023a). Terapia de Reprocessamento Generativo: abordagem terapêutica alternativa e transformadora no tratamento de problemas da mente. In: *Revista Medicina Integrativa.* <https://revistamedicinaintegrativa.com/?s=trg>.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023c). Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Melhoria da Qualidade de Vida de Paciente com Fibromialgia. In: 16th International Congress of Clinical Psychology, Córdoba, Espanha. *Advances in Clinical Psychology*, 3. p.245.

- Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023d). Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG): Uma Abordagem Eficaz para Transtornos Mentais. In: *I Congresso Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção Básica*, Curitiba, Paraná, p.41.
- Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023e). Transformação Psicossocial: Como a TRG Resgatou uma Paciente com Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. In: *I Congresso Internacional – Saúde Mental na Contemporaneidade: Diálogos sobre o Tema Suicídio*, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023f). Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation: A Case Resolved by Generative Reprocessing Therapy (TRG). In: *4th International of Integrative Medicine*, Porto, Portugal.
- Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023b). Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS*. 5 (3), 1-12.
- Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2024). Repensando a saúde mental: o potencial transformador da terapia de reprocessamento gerativo. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 25, Almada, Portugal, p.102-3.
- Santos, J.S., Lima-Verde, J.B., & Miranda, M.E.L.C. (2023). Generative Reprocessing Therapy (TRG): A Promising Approach in Mental Health. In: *11th European Conference in Mental Health (ECMH)*, Ljubljana, Eslovênia, p.175.

CAPITULO SALUD MENTAL

Santos, N. A., & Rudge, A. M. (2014). Dor na psicanálise: Física ou psíquica?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 450-468. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5>.

Silveira, L.S. (2021). A experiência da fibromialgia para o paciente e sua família. Trabalho de conclusão de curso. Universidade de Fortaleza, 44p.

Slompo, T. K. M. S., & Bernardino, L. M. F. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 263-278. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006002006>.

Soares, J. (2021). *Terapeuta de Resultados - Relatos incríveis de vidas transformadas*. Sodrê Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 287p.

Soares, J. (2022). *O Poder de Transformação da TRG - Terapia de Reprocessamento Generativo*. Sodrê Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 226p.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (2022).

Souza, A. P., Costanogueira, R. J. C., Silva, R. O., Souza, K. M. P., & Souza, L. R. M. P. (2021). Valores Pessoais e Competências Profissionais: Perspectivas de Pesquisa. *European Academic Research*, 9 (1), 114-141.

Tran, V. A., & Chantagul, N. (2018). Influence of Coping Style on Life Satisfaction Among Vietnamese Undergraduates of Psychology, Mediated by Stress, Anxiety, and Depression. *Scholar: Human Sciences*, 10(2), 174–187.

Veras, A. L. L. (2010). Development and construction of body image in contemporary: a cognitive-behavioral perspective. *Revista Brasileira De Terapias Cognitivas*, 6 (2), 94-117. DOI: 10.5935/1808-5687.20100017.

Wachelke, J. F. R., Andrade, A. L. de; Cruz, R. M., Faggiani, R. B., & Natividade, J. C. (2004). Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Revista Psico-USF*, 9(1), 11-18.

Yang, C., Xia, M., Han, M., & Liang, Y. (2018). Social support and resilience as mediators between stress and life satisfaction among people with substance use disorder in China. *Frontiers in Psychiatry*, 9 (2), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00436>.

RESEÑA AUTORES

JAIR SOARES DOS SANTOS, BRASILEÑO

Es psicólogo y doctorando en Psicología por la Universidad de Flores (UFLO) en Argentina. Es el desarrollador de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) y presidente del Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) ubicado en la ciudad de Recife, Brasil. Ha estado perfeccionando esta técnica desde 2010 y actualmente cuenta con más de 40 mil alumnos que ejercen como terapeutas TRG en Brasil y en el mundo. Fundó el Departamento de Investigación del IBFT en el año 2023 y ha publicado varios trabajos que muestran la eficacia de la TRG en la resolución de problemas emocionales, como depresión, ansiedad, fibromialgia, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, entre otros. Además de su participación en numerosos

CAPITULO SALUD MENTAL

congresos, ha publicado los siguientes artículos científicos con su equipo: 1. Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS*. 5 (3), 1-12, 2023; 2. Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15, 2024; 3. Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC*, 15(28), 1-18. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008>2023; 4. Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7, 2024. También é autor dos seguintes livros sobre TRG: *Terapeuta de Resultados - Relatos incríveis de vidas transformadas* (2021) e *O Poder de Transformação da TRG - Terapia de Reprocessamento Generativo* (2022).

JULIANA BEZERRA LIMA-VERDE

Brasileña, es terapeuta de Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) y doctoranda en Psicología por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) en Argentina. Actualmente se desempeña como directora científica del Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) ubicado en la ciudad de Recife, Brasil. Además de su participación en varios congresos, ha publicado los siguientes artículos científicos con su equipo: 1. Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS*. 5 (3), 1-12, 2023; 2. Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15, 2024; 3. Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho.

Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC, 15(28), 1-18. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.00082023>; 4. Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7, 2024.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer al Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) por el apoyo financiero y tecnológico brindado para la ejecución de este y otros proyectos.

ANEXOS

Tabla 1: Niveles de Calidad de Vida Antes y Después de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG).

| PARÁMETRO | ANTES DE LA TRG | DESPUÉS DE LA TRG |
|---|-----------------|-------------------|
| Satisfacción con la Relación Amorosa | 3 | 6 |
| Satisfacción Sexual | 2 | 6 |
| Satisfacción con la Vida | 0 | 6 |
| Satisfacción com la Apariencia Fisica | 0 | 6 |
| Confianza de su Competencia Profesional | 0 | 6 |
| Sentimientos hacia el Pasado | 0 | 6 |
| Sentimientos hacia el Futuro | 0 | 6 |
| 0 = péssimo | | |

CAPITULO SALUD MENTAL

6 = excelente