

PSICOTERAPIA, ENERGÍA VITAL Y SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS EN EL HIPOTIROIDISMO*

Psychotherapy, vital energy and symptoms in psychosomatic Hypothyroidism

Recibido: Agosto 12 de 2014 – Aceptado: Septiembre 23 de 2014

José Domingo Flórez Moreno** y Enver Augusto Burgos Hernández***

Universidad del Salvador de Buenos Aires: USAL. y Universidad de León de España: IAEU.
Fundación Universitaria Los Libertadores

Para citar este artículo / To reference this article:

Flórez, J. & Burgos, E. (2014). Psicoterapia, energía vital y síntomas psicossomáticos en el hipotiroidismo. *Cultura Educación y Sociedad* 5(2), 141-159.

Resumen

Anteriormente se encontró que el hipotiroidismo se acompaña de la relación de síntomas psicossomáticos y alteraciones de la energía vital en el área de la tiroides, de acuerdo a esto, en esta fase se realiza tratamiento psicoterapéutico incluyendo esta energía. El objetivo es describir los resultados obtenidos de las mediciones hormonales, psicossomáticas y de la energía vital en cada participante, antes, durante y después del tratamiento psicoterapéutico. Se utilizó un diseño de caso cuasi-único con línea de base múltiple entre respuestas en tres mujeres observadas en las mismas variables y con medidas repetidas. Se encontró que el nivel hormonal en una de las mujeres que estaba demasiado alto disminuyó notoriamente al igual que el hipotiroidismo, y en las otras dos este desapareció, mejorando la energía vital y su conductancia, disminuyendo los síntomas psicossomáticos según las entrevistas y el cuestionario SCL90-R.

Palabras Claves

Energía Vital, Psicoterapia, Síntomas Psicossomáticos, Hipotiroidismo.

Abstract

Previously we found that hypothyroidism is accompanied by the relationship of psychosomatic symptoms and alterations of vital energy in the area of the thyroid, according to this, at this stage psychotherapy including this energy is made. The objective is to describe the results of hormonal, psychosomatic measurements and vital energy in each participant before, during and after psychotherapy. Design of quasi-single case multiple baseline between responses observed in three women in the same variables and repeated measures was used. We found that the hormone levels in women was too high Decrease well as hypothyroidism, and in the other two it disappeared, improving vital energy and conductance, reducing somatic symptoms according to interviews and questionnaire SCL90 –R.

Keywords:

Vital Energy, Psychotherapy, Psychosomatic Symptoms, Hypothyroidism.

* El presente artículo fue derivado del proyecto de investigación Psicoterapia y trabajo energético: como tratamiento y prevención de los síntomas psicológicos y físicos en algunas disfunciones tiroideas.

** Doctorando en Psicología en la Universidad del Salvador de Buenos Aires: USAL. Magíster en Salud Mental y Clínica Social Universidad de León de España: IAEU. Director e investigador del grupo Psicología Integral y Desarrollo Humano de la Fundación Universitaria Los Libertadores, Bogotá, Colombia. Correspondencia: jdflorezm@libertadores.edu.co

*** Médico Cirujano. Esp. en Terapias Alternativas Universidad Manuela Beltrán. Coinvestigador del grupo Psicología Integral y Desarrollo Humano Fundación Universitaria Los Libertadores. Correspondencia: captorm@hotmail.com

Introducción

El hipotiroidismo es un tipo de alteración funcional de la glándula tiroidea diferente a las alteraciones de tipo morfológico, que junto con el hipertiroidismo hace parte de las disfunciones tiroideas. Éste se caracteriza por la hipo-actividad de la glándula tiroidea, lo que genera un déficit en la producción de hormonas tiroideas T3 (Triyodotirona) y T4 (tiroxina) respecto a la hormona hipofisaria TSH (Hormona estimulante del tiroides). Según tamizajes poblacionales previos, la prueba inicial se constituye bajo los niveles de TSH, indicando Hipotiroidismo cuando están altos. No obstante, aunque la TSH esté en niveles altos las hormonas tiroideas pueden estar normales, lo cual da lugar a la forma sub-clínica de ésta. Según tamizajes poblacionales previos, la prueba inicial se constituye bajo los niveles de TSH, indicando Hipotiroidismo cuando están altos. No obstante, aunque la TSH esté en niveles altos las hormonas tiroideas pueden estar normales, lo cual da lugar a la forma sub-clínica de ésta.

Según las estadísticas reportadas por la Asociación Americana de Endocrinología el 2% y el 5% de la población de adultos en el Reino Unido y Estados Unidos respectivamente, presentan algún tipo de disfunción. A nivel mundial tienen una prevalencia del 5 al 15% en la población general, (García, Ocaña y Torres, 2008), representando entre el 30% y el 40% de los problemas en endocrinología clínica (García, Rios & Galofré, 2006). La mayoría tienen una base genética, sin embargo, para su desarrollo son determinantes los factores ambientales. En Colombia se carece de datos epidemiológicos de estas alteraciones, aun así, el hipotiroidismo puede generar un deterioro significativo de la salud y la calidad de vida de quien lo padece (Builes, Rosero y García, 2006). Asi-

mismo, la mayor asociación se da entre el hipotiroidismo y síntomas psicósomáticos de depresión (Barlow, & Durand, 2007).

Los síntomas psicósomáticos reflejan interrelaciones no lineales, multicausales y complejas de los sistemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales de una enfermedad, en este caso el hipotiroidismo. Estas interrelaciones son inestables e incluso caóticas, dando lugar al surgimiento de cualidades emergentes que no se explican de manera fragmentada, sino que tienen en cuenta la propiedad de cada una de las partes a partir del sistema como un todo (Lemos, Restrepo & Richard, 2008). En ese sentido, en la investigación previa realizada por los autores del presente estudio se encontró que los síntomas psicósomáticos derivados de la depresión, ansiedad, hostilidad y psicoticismo según los resultados del cuestionario de 90 síntomas, fueron lo más prevalentes en el grupo de mujeres de la muestra que tenían alguna disfunción tiroidea, al igual que se encontró relación de las disfunciones tiroideas con las alteraciones en la energía vital y los niveles hormonales en el área del tiroides (Flórez J., & Gallego, 2012), y gracias a la aclaración de dichas alteraciones se fundamenta el planteamiento de la presente propuesta que se describe después de mencionar los conceptos en relación a esta.

En concordancia con lo anterior el estudio de Ortiz y de la Espriella (2004) revela que las disfunciones tiroideas están asociadas con síntomas psicológicos y psiquiátricos de ansiedad, depresión y en menor grado psicóticos. Otros estudios realizados en Cuba por Méndez, Hernández, Morejon y Rodríguez (1996) y en Chile por Valdivieso, Kripper, Ivelic, Farde-lla, Gloger & Quiroz, (2006) reportan que los participantes de sus investigaciones presentaron irritabilidad, nerviosismo,

depresión, temblores, palpitaciones, sudoración, debilidad muscular etc. Asimismo concuerdan, que la mayor asociación se da entre el hipotiroidismo y los síntomas psicofisiológicos de la depresión, y el hipertiroidismo y los síntomas psicofisiológicos de ansiedad. Lo anterior tiene relación con lo dicho por Freud acerca de que el síntoma físico tiene derivaciones psíquicas, y que este debía ser descifrado (Freud, 1980); algo que es necesario tener en cuenta en caso de hipotiroidismo.

Síntomas Psicosomáticos

La investigación actual respecto a los síntomas psicosomáticos o “trastornos psicosomáticos se basa en dos principios: multifactorial y multidisciplinar” (Sandín & otros, 1995 en González & Landero, 2008, p.7). Se considera a estos síntomas como “dolencias físicas cuya aparición, mantenimiento o agravamiento puede relacionarse con factores psicológicos” (González & Landero, 2008, p.7). Teniendo en cuenta lo multifactorial y multidisciplinar es que se incluye la energía vital en este proceso, la cual es fácil entender desde el aporte que hace la física cuántica a la salud física y psíquica de los sujetos.

En esta investigación no se tiene solo en cuenta al síntoma aparentemente evidente del cual hay que aliviar al paciente, ya que esto no sería suficiente:

El alivio de los síntomas no es más que el principio. Estamos interesados en el estado interno y las causas energéticas de este estado interno. Dos pacientes que exhiben lo que la medicina occidental llama la misma enfermedad, pueden tener, en realidad, dos etiologías totalmente distintas, y por lo tanto, requerirán dos estrategias de tratamiento completamente diferente (Hammer, 2007, p.4).

En ese sentido, siendo esta una propuesta desde la psicología que tiene en cuenta la energía vital, nos recuerda los postulados de la antigua medicina China, ya que:

Tanto la psicología como la medicina china consideran al síntoma como una señal de cuestiones inesperadas, profundas, y no como un fenómeno desagradable que deba ser eliminado. Los síntomas son la oportunidad para examinar la propia vida, o reconsiderar los propios valores o costumbres, para evaluar la propia personalidad y las relaciones, expandir la consciencia y cambiar. La meta de la psicología humanista es el crecimiento; y la meta de la medicina China es la prevención de la enfermedad mediante el conocimiento de las leyes naturales, que incluyen los cambios sobre uno mismo para vivir en mayor armonía con estas leyes. Una y otra están menos interesadas en la eliminación de los síntomas que en cómo utilizar su significado (Hammer, 2007, p.5).

Teniendo en cuenta el significado y la complejidad del sujeto, el cual no es solo carne y hueso, ni un conjunto de hormonas que hay que nivelar para que se sienta bien consigo mismo y con su entorno, es que se ve la necesidad de tomar elementos del nuevo paradigma de la ciencia, el cual está basado en los postulados de la física cuántica, dándole la importancia que merece la energía vital en la salud de los sujetos, donde se tiene claro que es necesario “reequilibrar también la mente, el cuerpo vital y el cuerpo físico” (Goswami, 2008, p. 265), siendo necesario que el sujeto elabore aspectos de su vida y supere la frustración. Así se contribuye a “integrar la acción del cuerpo físico, el cuerpo energético y el cuerpo mental” (Goswami, 2008, p. 265), cuer-

pos que según Goswami son mediadores de la consciencia (2008).

En sí, el doctor Goswami desde la física cuántica en su investigación nos habla de cinco cuerpos de la consciencia, que denomina el cuerpo físico, el cuerpo vital, el mental, el intelecto supramental y el de gloria, y al entender esta mirada que no solo se queda en el aspecto físico del sujeto, se levanta un velo ante nuestros ojos (2008):

Verá de inmediato que los diferentes paradigmas empleados por los diferentes profesionales de la salud no son sino una manera de hablar de los diferentes niveles de la enfermedad y de la sanación. Y, entonces, comenzará a vislumbrar una manera de integrar los diferentes modelos, una manera que le proporcionará un paradigma definitivo de la salud, un paradigma holista, que es de lo que trata la medicina integral (Goswami, 2008, p.69).

Al entender esto, queda más fácil comprender lo que nos plantea Wilber en la psicología integral (Wilber, 2007a), facilitándose así incluir la energía vital en esta, lo que contribuye a prevenir y a intervenir de manera holista a los sujetos. “La enfermedad, según este punto de vista, es una progresión que va de energía a materia. El hecho es que este proceso es a la vez psicológico y somático en todas sus fases” (Hammer, 2007, p.62).

Energía Vital o Campo Vital

El concepto de energía vital es poco utilizado por los psicólogos, esto depende del enfoque con que se mire y de la importancia que se le dé a lo multidisciplinar y a la transdisciplinariedad, la cual enriquece y permite entender la relación de

la energía vital y la psicología gracias a los aportes de la física cuántica (Flórez J.D & Gallego 2011). Recordemos que Jung mencionó que la psicología necesitaba tener en cuenta las nociones de *energía* (Jung, 1995), posteriormente Reich & Lowen en la Bioenergética tuvieron en cuenta lo que es el cuerpo y la energía en los sujetos, teniendo esto que ver con los bloqueos o alteraciones de la energía en los cuerpos de las personas cuando en esta existe algún tipo de tensión, siendo la tensión “consecuencia de la imposición de una fuerza opresión en el organismo, que reacciona a ella movilizándolo su energía” (Lowen, 1985).

Otros autores utilizan el término energía al referirse a la “fatiga o pérdida de energía” en relación a la depresión (DSM IV); en ese sentido, esta propuesta incluye la energía vital en la psicología, integrando factores psicológicos que contribuyen a disminuir la dicotomía cuerpo-mente y psíquico que tanto ha limitado el estudio y el tratamiento del hipotiroidismo. Continuando con lo energético en la psicología la doctora Klimenko también ha investigado respecto al tema, tiene en cuenta los aportes de la física cuántica en el mundo y en el ser humano, nos dice:

(Nosotros en la vida cotidiana acostumbramos a pensar que la energía es un producto de la materia y que los cuerpos físicos tienen un campo electromagnético); realmente es todo lo contrario: los cuerpos físicos existen gracias a este principio sutil, energético, informacional, que permite la configuración de cuerpos materiales y su permanencia durante un tiempo. No hay duda: nuestro universo y nosotros mismos tenemos una naturaleza energética, informacional... (Klimenko, 2011, p.168).

Este principio sutil tiene relación con lo que plantea el doctor Goswami, físico que nos dice que “las formas físicas representan los campos morfogenéticos del cuerpo vital, y están vinculadas a medida que cambian con los movimientos del cuerpo vital (Goswami, 2008, p. 135), en su tesis manifiesta que “es necesario el cuerpo vital, pues tiene los moldes originales de las funciones biológicas, los campos morfogenéticos que representan los órganos del cuerpo físico. Una vez hechas las representaciones, los órganos ponen en marcha los programas que llevan a cabo las funciones biológicas. (Goswami, 2008). En sus investigaciones, Goswami explica que no solo tenemos un cuerpo físico, sino que también tenemos el cuerpo vital, el cual esta alrededor del cuerpo físico, siendo este energético y sutil (2008).

La energía vital es parte del cuerpo vital, y es tan importante que tiene relación con la consciencia (Goswami, 2008), ya que según este autor, la consciencia es la mediadora que interactúa entre la mente y materia, entre *la energía sutil* y el cuerpo. Es decir, la energía vital es parte de la integralidad y complejidad de los sujetos.

Entender esto a nivel de la psicología y de la ciencia en general todavía cuesta, ya que aún estamos convencidos de que el paradigma Newtoniano o materialista es la verdad absoluta. En ese sentido, la doctora Klimenko nos continua diciendo: “Hoy en día no se vive en una realidad objetiva que contiene en sí misma el sentido de todas las cosas, y que existe independientemente de la percepción de quien observa. La realidad ha dejado de ser única e igual para todos y el conocimiento ha dejado de tomarse como la representación exacta de lo real. Lo aprendido ya no es verdadero de manera

absoluta” (Klimenko, 2011, p.170). Esto también lo manifiestan autores formados en las ciencias naturales como Bohm, (1998), Prigogine, (2002), Wilber, (2007b) & Hammer (2007), entre muchos otros.

Por tal motivo, es que en este artículo no solo se tiene en cuenta lo que dicen los niveles hormonales en relación a la glándula tiroides y el hipotiroidismo, si no, que se incluyen aspectos sutiles o energéticos en el tratamiento de esta alteración hormonal al igual que los síntomas psicosomáticos de las personas de la muestra.

Según Goswami, “como todo médico y todo paciente sabe, para sanar hace falta vitalidad, energía vital. La energía vital no es producto de la química corporal. La química es local, pero los sentimientos de la energía vital, el sentimiento de estar vivo, es completamente no-local” (2008, p.128), teniendo esto relación con la visión integral de Wilber (2000, 2007a, 2007b). Esta energía en la tradición China se conoce como Chi y corre a través de los canales y resonadores de acupuntura o meridianos, la misma energía que la medicina Ayurveda denomina Prana y circula por los nadis y centros energéticos, o energía que irradia las glándulas del cuerpo humano (Carvajal 2010).

Otra postura es la del biólogo Rupert Sheldrake, quien postula la existencia de campos no físicos o morfogenéticos (generadores de forma) que son corrientes eléctricas o electromagnéticas que contienen la información para darle estructura a los organismos vivos y se asemeja al campo vital o campo L, descrito por Burr (Capra, 2003), relacionándose esto también con lo que plantea la doctora Klimenko, en cuanto a que “los cuerpos físicos existen gracias a este principio sutil, energético” (2011, p.168).

Tratamiento psicoterapéutico y energía vital

El trabajo de la energía vital como complemento a la psicoterapia se propone teniendo en cuenta que hasta el momento se ha encontrado que esta energía se ve afectada con las condiciones tiroideas (Flórez J., & Gallego, 2012) y en problemas psicológicos como la depresión. En el mismo sentido, científicos, psicoanalistas y bioenergéticos como es el caso de Bohm (1998), Hammer (2007), Reich (1954) & Lowen (2004) entre otros, han aportado información valiosa acerca de cómo lo energético se relaciona con la salud y bienestar de las personas.

A la psicoterapia que se utilizó con la muestra se le sumó el trabajo de la energía vital, la cual fue consciente de que la alteración y desequilibrio de esta energía tiene relación con el hipotiroidismo y con sus síntomas psicósomáticos, siendo necesario incluir esta energía para que circulara equilibradamente e influyera en las hormonas relacionadas con la glándula tiroides. Al incluir la energía vital en la complejidad del sujeto vemos que ésta se altera en la glándula tiroides cuando una persona tiene hipotiroidismo (Flórez J.D., & Gallego, 2012), existiendo relación con el nivel hormonal y con los síntomas psicósomáticos, los cuales tienen relación con el pasado de las personas.

En síntesis, el tratamiento psicoterapéutico que incluye la energía vital es una de las variables a tener en cuenta que se explica en la metodología, y para lograr lo propuesto con esta psicoterapia se pretende responder al siguiente planteamiento:

¿Qué influencia tiene una psicoterapia que trabaje aspectos de la energía vital, para el tratamiento del hipotiroidismo en tres mujeres menores de 31 años de edad, que no desean iniciar un tratamiento farmacológico?

Objetivos

1. Describir los resultados obtenidos de las mediciones hormonales, psicósomáticas y energéticas en cada participante, antes, durante y después del tratamiento psicoterapéutico en el que se incluyó el trabajo de la energía vital.
2. Analizar la influencia que tuvo el tratamiento psicoterapéutico con el trabajo de la energía vital en la condición hipotiroidea de la muestra, desde lo hormonal, psicológico y energético.

Metodología

Muestra

Tres mujeres menores de 31 años diagnosticadas con hipotiroidismo, de las cuales ninguna se encontraba bajo tratamiento farmacológico.

Tipo de investigación, estudio y diseño

Diseño de caso casi único con línea de base múltiple entre respuestas o intra-sujeto (Kratowill, Mott & Dodson, 1984; Kazdin, 2001) de tres mujeres observadas en las mismas variables y condiciones. Se implementaron medidas repetidas (León & Montero, 2001) en la que las participantes no fueron seleccionadas al azar (Kerlinger & Howard, 2002).

Variables medidas e instrumentos:

Variable Independiente: Tratamiento psicoterapéutico con trabajo de la energía vital.

Operacionalización:

Reestructuración cognoscitiva a través del diálogo socrático, elaboración de duelos y traumas, aplicación de la bioenergética de Lowen (2004), regeneración y armonización de la energía vital de la glándula tiroides a través de la visualización de la energía vital y de la activación de dicha glándula movilizándolo la energía del meridiano Triplerecalentador¹, el cual esta interconectado con la glándula tiroides.

Variable Dependiente: Hipotiroidismo.

Operacionalización:

Valores de las hormonas TSH, T4 y T3 (libre y total), mediante el método de electroquimioluminiscencia; observación de la energía vital de la tiroides (surcos, alteraciones, vacíos u oquedades), mediante la capturas del campo de la energía vital con la cámara GDV. Medición con el Dermatron de la conductancia energética del meridiano de acupuntura San Jiao (triple-recalentador) en los dedos anulares de las manos, de acuerdo con valores de normalidad (40-60), inflamación (>60-100) y degeneración (<40-0), lo cual indica cómo se encuentra el punto de control endócrino, teniendo en cuenta lo propuesto por Voll (1977).

¹ Por este canal energético fluye la energía directamente asociada con la glándula Tiroides (Hammer, 2007)

Otro aspecto en la operacionalización es el Autoreporte de síntomas psicosomáticos mediante la entrevista semiestructurada y el cuestionario de 90 síntomas SCL90-R de Derogatis (2002).

Procedimiento

Fase 1 (Línea de Base múltiple-antes del tratamiento): consistió en la aplicación del cuestionario de 90 síntomas (pretets), una evaluación de la conductancia energética del meridiano Triplerecalentador con el dermatron, la primera captura con la cámara GDV de la energía vital. Asimismo, se recibieron los exámenes de la función tiroidea con los cuales fueron diagnosticadas las participantes antes del inicio del tratamiento.

Fase 2 (Tratamiento y medidas repetidas): el tratamiento psicoterapéutico tuvo una duración de seis meses con una sesión semanal. Se realizaron exámenes en seis ocasiones, una por mes. También se hicieron dos capturas de la energía vital, dos evaluaciones de la conductancia energética del meridiano Triplerecalentador y dos entrevistas semi-estructuradas a los tres y seis meses de tratamiento. Al finalizar el tratamiento se realizó la segunda aplicación del cuestionario de 90 síntomas (postets).

Resultados

Los resultados se ordenan primero individualmente y de la siguiente manera: en relación a la glándula tiroides vemos en la participante 1 sus valores hormonales y la evolución de estos en el transcurso de los meses (tabla 1), seguidamente vemos la descripción de su entrevista semiestructurada, manteniendo el mismo orden en la participante 2 y 3. Posteriormente

se dan los resultados a nivel grupal, mostrando primero la evolución de la energía vital de las tres participantes en la figura 1, seguidamente vemos la conductancia energética del meridiano triplerecalentador en cada participante el cual se asocia energéticamente con la glándula tiroides (figura 2), continuando con los resultados de los síntomas psicosomáticos antes y después del tratamiento en esta segunda fase de la investigación (figura 3).

Aclaremos que los niveles de TSH varían constantemente así estos estén normalizados, pero estos cambios son muy notorios cuando existe una disfunción tiroidea, de lo contrario las variaciones se darán pero no significativamente y no indicarán algún tipo de patología, igualmente, si la persona no tiene una buena salud mental los cambios en la TSH se verán influenciados (Flórez J., & Gallego, 2012).

Resultados intrasujeto:

En la tabla 1 se indican la disminución de los niveles hormonales de la participante 1, encontrándose muy alta la TSH antes de iniciar el tratamiento (27.05), durante el tratamiento estos variaron significativamente entre 7.31, 15.07, 11.94, 9.29 y 11.24, teniendo esto relación con lo que vivenciaba la participante en cuanto a eventos que la regresaban o le recordaban situaciones difíciles y desagradables de su pasado, alterando esto significativamente los niveles de TSH en los próximos exámenes; por ejemplo, en el transcurso de una de las semanas la participante 1 se encontró con una pareja con la que aún no había elaborado su separación, estos niveles hormonales se volvieron a subir notoriamente, sucediendo lo contrario cuando ya comenzaba y había superado aspectos de su pasado y de su vida sentimental.

Tabla No. 1
Valores hormonales de la TSH, T3, T4 y Diagnósticos médicos de la participante 1

Participante	Valores de Referencia	TSH (0.27-4.2)	T3 (0.85-2.02)	T4 (4.5-12.5)	T3 libre (2.0-4.4)	T4 libre (0.93-1.7)	Seguimiento mensual
1	Valores Obtenidos	27.05		No fueron tomados			Antes de iniciar tratamiento
	Valores Obtenidos	7.31	1.24	7.54	2.53	1	1er mes
	Valores Obtenidos	15.07	1.15	6.62	2.75	0.866	2do mes
	Valores Obtenidos	11.94	1.25	7.63	3.34	0.986	3er mes
	Valores Obtenidos	9.29	1.23	7.06	2.86	0.98	4to mes
	Valores Obtenidos	11.24	1.19	7.53	3	0.98	5to mes
	Valores Obtenidos	6.04	1.03	7.05	3.44	1.12	6to mes

Fuente: esta investigación. Nótese que los niveles hormonales (TSH) fueron disminuyendo: de 27.05 antes iniciar la primera fase del proceso a 6.04, faltando por elaborar los abusos sexuales que tuvo esta participante.

Al finalizar la primera parte del proceso los niveles de la TSH en la participante 1 registraron 6.04, cifra significativa en comparación cuando la paciente no había comenzado a elaborar aspectos de su vida, siendo esto diferente a las otras personas de la muestra, ya que éstas si alcanzaron a nivelar el promedio hormonal en los seis primeros meses de psicoterapia de acuerdo con los parámetros de normalidad establecidos (0.27 - 4.20). Esta participante elaboró aspectos de su vida como la muerte de su madre cuando tenía 11 años, al igual que mejoró su relación laboral y elaboró vivencias que tuvo con sus parejas anteriores.

En esta persona se vio la relación entre el desequilibrio hormonal y los síntomas psicosomáticos, los cuales se explicaran más adelante y que después de esta fase del proceso aún persisten pero en menor grado, posiblemente porque en esta etapa la consultante no había expresado aún los tres años de abuso sexual que tuvo desde los 8 a 11 años de edad y por lo tanto no se había trabajado este aspecto, al igual porque fue la participante que más tenía elevado la TSH en comparación con los niveles estandarizados como normales, ya que cuando los niveles de TSH se encuentran muy elevados estos requiere mayor atención y tiempo para que se comiencen y lleguen a nivelar, y no supuestamente se nivelan con el paso del tiempo cuando existen traumas y fracasos, sucede es todo lo contrario, aumentarían en caso de que esta sea la tendencia, o disminuirían saliéndose del promedio normalizado dependiendo del diagnóstico del sujeto. En todo caso para seguir aclarando miremos a continuación lo que esta participante manifestó en las entrevistas.

Descripción de las entrevistas semi-estructuradas de la participante 1

La participante 1 antes de iniciar el tratamiento reportó cansancio, fatiga, dificultad para levantarse, nudo en la garganta e irritabilidad. Se encontraba con sobre peso, adicionalmente manifestó no haber elaborado el duelo por fallecimiento de la madre, tuvo discusiones con las personas de trabajo y un accidente que le generó un esguince. A los tres meses de tratamiento presentó discusiones y ruptura sentimental con su pareja, lo cual fue abordado con la psicoterapia y el trabajo de la energía vital junto con el manejo del duelo. A los seis meses del tratamiento la consultante nuevamente presentó discusiones con su pareja pero finalmente tras el trabajo psicoterapéutico asumió una posición diferente respecto a su relación, con la cual se logró mayor independencia afectiva y emocional. Después del tratamiento manifiesta sentirse más tranquila y no añorar a su madre. En síntesis, la participante 1 reportó disminución de los síntomas psicosomáticos, lo cual se aclarará en la figura 3.

Continuando con la participante 2, en la tabla 2 se corrobora que los valores de la TSH de esta participante antes de iniciar el tratamiento estaban en 5.98, no encontrándose estos tan elevados como en la participante 1. Los valores de la TSH de la participante 2 también llegaron a cambiar significativamente durante el proceso, con una evolución favorable y logrando después de seis meses de psicoterapia nivelarlos en 4.18 (ver Tabla 2).

Tabla No. 2

Valores hormonales de la TSH, T3, T4 y Diagnósticos médicos de la participante 2

Participante	Valores de Referencia	TSH (0.27-4.2)	T3 (0.85-2.02)	T4 (4.5-12.5)	T3 libre (2.0-4.4)	T4 libre (0.93-1.7)	Seguimiento mensual
2	Valores Obtenidos	5.98		No fueron tomados			Antes de iniciar tratamiento
	Valores Obtenidos	6.28	1.22	5.94	4.15	0.859	1er mes
	Valores Obtenidos	5.95	0.89	5.4	3.09	0.774	2do mes
	Valores Obtenidos	5.04	0.981	6.80	2.53	0.953	3er mes
	Valores Obtenidos	7.35	1.15	5.84	2.89	0.86	4to mes
	Valores Obtenidos	6.65	1.28	7.22	3.44	1.04	5to mes
	Valores Obtenidos	4.18	1.13	5.98	2.80	0.79	6to mes

Fuente: esta investigación. Los niveles de la TSH antes del proceso en esta fase estaban en 5.98 y después se nivelaron a 4.18.

Descripción de las entrevistas semi-estructuradas de la participante 2

La participante 2 antes de iniciar tratamiento manifestó cansancio, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, debilidad general, dificultad para conciliar el sueño y para levantarse, depresión, llanto, nudo en la garganta, dolor de cabeza, pérdida del cabello, cólicos menstruales y estreñimiento. También reportó que se encontraba con poco sentido de vida, mucho estrés psicosocial y laboral y haber tenido años antes de iniciar el tratamiento tres abortos y la ausencia de su figura materna, siendo ella esta figura para su hermana menor. A los tres meses de tratamiento manifestó estrés y tristeza por conflictos interpersonales y dificultades con la vivienda.

Con la psicoterapia y el trabajo de la energía vital la consultante 2 elaboró

duelos, disminuyó los niveles de estrés y mejoró sus hábitos alimenticios, al igual que le ayudo que su madre que vive en estados unidos la viniera a visitar por unos días y así superar con ella aspectos del pasado. A los seis meses del tratamiento esta participante reporta mejoría en el sueño y disminución total de algunos de los síntomas psicosomáticos como dolor de cabeza, estreñimiento, cólicos y tensión muscular, asimismo manifiesta que se siente más vital y alegre y tener mejor comunicación con su madre. En adición, en la psicoterapia se trabajó el perdón con respecto a los abortos que tuvo con lo cual la participante afirma sentirse más identificada con su feminidad.

En cuanto a la participante 3, los valores que arrojaron sus exámenes endocrinos fueron los siguientes (tabla 3):

Tabla No. 3
Valores hormonales de la TSH, T3, T4 y Diagnósticos médicos de la participante 3

Participante	Valores de Referencia	TSH (0.27-4.2)	T3 (0.85-2.02)	T4 (4.5-12.5)	T3 libre (2.0-4.4)	T4 libre (0.93-1.7)	Seguimiento mensual
3	Valores Obtenidos	4.92		No fueron tomados.			Antes de iniciar tratamiento
	Valores Obtenidos	4.79	1.25	10.06	3.45	1.39	1er mes
	Valores Obtenidos	3.83	1.32	8.86	3.30	1.18	2do mes
	Valores Obtenidos	3.81	1.33	8.90	3.25	1.15	3er mes
	Valores Obtenidos	4.60	1.52	9.54	4.06	0.86	4to mes
	Valores Obtenidos	3.04	1.02	6.72	3.62	1.22	5to mes
	Valores Obtenidos	3.28	1.24	8.34	3.74	1.02	6to mes

Fuente: esta investigación. La TSH antes de iniciar la primera fase de la psicoterapia se encontraba por encima del promedio, 4.92, y después de esta fase se nivelaron en 3.28.

En la tabla anterior vemos que la TSH de la participante 3 se encontraba en 4.92 cuando fue diagnosticada con hipotiroidismo, aunque ésta no estaba tan elevada la consultante fue medicada pero no ingirió el medicamento y decidió buscar otras opciones. Mientras la primera parte del proceso transcurría, los niveles hormonales fueron disminuyendo en relación a su evolución. La sujeto 3 también perdió a su mamá en su adolescencia y con la psicoterapia elaboró el duelo del fallecimiento de su madre y los abusos sexuales que padeció. Esta participante logró sin mucha dificultad nivelar la TSH, manteniéndose esta en el promedio en los últimos exámenes (3.04 y 3.28), relacionándose esto con la disminución de su sintomatología (figura 3) y mejoría de su energía vital (figura 1).

Descripción entrevistas semi-estructuradas de la participante 3

La tercera participante durante la línea de base reportó que se sentía muy triste, lloraba en promedio tres veces por semana, manifestó sentir mucha ansiedad y por esta razón comía demasiado. Reportó dolores de cabeza constantes, dolores de piernas y presión en el pecho, sudoración, debilidad, tensión muscular, dificultad para levantarse en las mañanas y sobre peso. Manifestó haber sido abusada sexualmente más de tres veces durante su niñez y más de 4 veces en la adolescencia. Antes del proceso expresó ser pobre en auto-esquemas y estar muy estresada con el estudio.

A los tres meses de psicoterapia comenzó a sentirse más segura e inició a trabajar de manera independiente, su peso fue disminuyendo así como su ansiedad y tristeza.

En seis meses del tratamiento manifestó sentirse más cómoda con su imagen corporal y su vida en general, sintiéndose con más energía y motivación, lo cual se evidencia con la disminución de los síntomas psicósomáticos (figura 3).

Resultados Intersujetos:

No se pretende medir la energía vital, ya que según Goswami (2008) los instrumentos físicos y la energía vital interactúan directamente pero pertenecen a dos mundos diferentes, y el truco que recomienda para analizarla y tener un dato que contribuye a su comprensión es el siguiente:

Las formas físicas representan los campos morfogenéticos² del cuerpo vital, y están vinculadas a medida que cambian con los movimientos del cuerpo vital, estaremos midiendo indirectamente los fenómenos del cuerpo vital. Esto es lo mismo que hacemos para detectar el pensamiento. ¿Podemos saber si alguien está pensando? Sí. Observando la actividad cerebral con un dispositivo de imágenes por resonancia magnética o con tomografía por emisión de positrones (Goswami, 2008, p. 135).

En ese sentido, la intensidad de la energía vital es capturada con la cámara GDV y se proyecta al computador para ser analizada teniendo en cuenta los píxeles (puntos de luz o intensidad de energía), esto lo vemos registrado en

la figura 1. En esta figura se observa en las tres participantes la energía vital en la totalidad del área y en la zona tiroidea, la cual fue mejorando notoriamente, disminuyendo la deficiencia energética, la alteración o el surco de la línea de base, quedando esta zona con mayor energía vital después del proceso. De acuerdo a lo observado en la figura 1, esta energía se evidencia más armoniosa y simétrica después de los seis meses de tratamiento en las tres participantes, asimismo, disminuyeron las alteraciones y la deficiencia energética, siendo esto favorable para la conductancia de la energía vital.

En cuanto al valor del área de la energía vital de acuerdo a la evolución energética vista en la figura 1, se obtuvo en la participante 1 un valor de 25920 antes del proceso y después de este 31997 (analizado en píxeles o puntos de luz), lo cual indica que aumento y mejoró en equilibrio el área energética.

En la participante 2 se obtuvo un pre de 25674 y un pos de 32254, y en la participante 3 se registró un área energética con un pre de 22637 y posterior al proceso subió a 32598, viéndose mayor equilibrio y proporción de la energía (ver figura 1).

Una de las zonas que en la figura 1 evolucionó favorablemente y tiene relación directa con el hipotiroidismo, pertenece al centro energético de la garganta llamado por la medicina energética Vishuddi (glándula tiroidea), el cual se fortalece y mejora cada vez que nos expresamos con verdad, integridad y creatividad, éste se relaciona con los siguientes arquetipos: el comunicador, cuando su funcionamiento es armonioso, y el niño silencioso cuando su energía se encuentra alterada (Wauters, 1997), te-

² Es necesario el cuerpo vital, pues tiene los moldes originales de las funciones biológicas, los campos morfogenéticos que representan los órganos del cuerpo físico. Una vez hechas las representaciones, los órganos ponen en marcha los programas que llevan a cabo las funciones biológicas (Goswami, 2008)

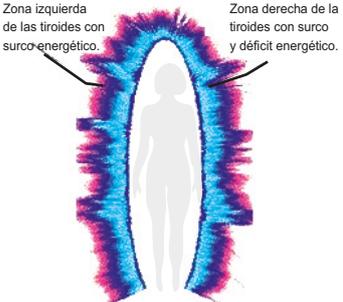
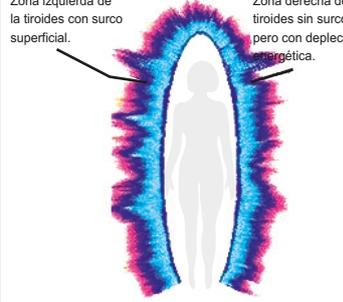
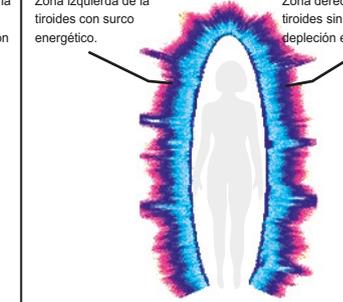
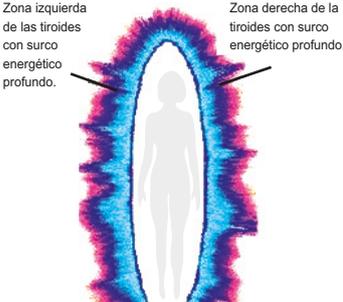
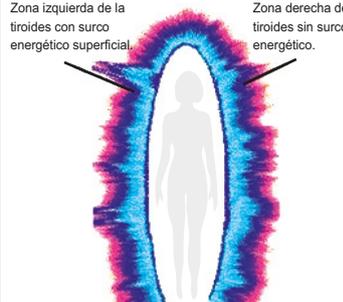
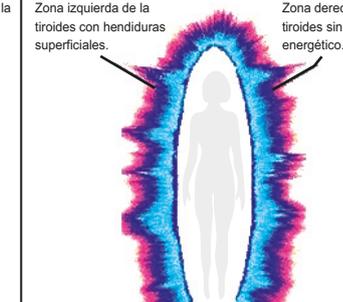
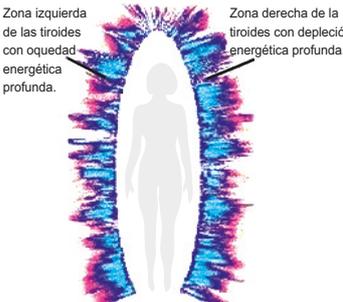
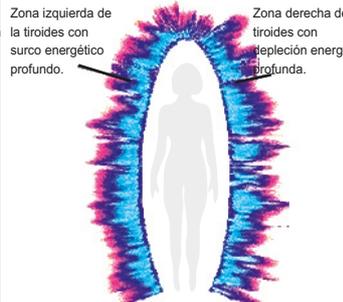
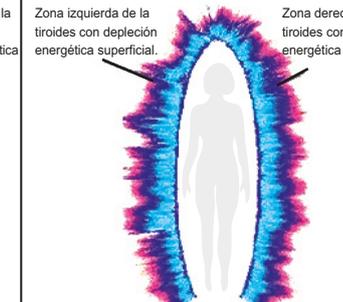
	Capturas Kirlian de Línea de Base en las 3 Participantes	Capturas Kirlian a los 3 Meses del Tratamiento en las Participantes	Capturas Kirlian a los 6 Meses de Tratamiento en las Participantes
Participante No. 1	<p>Zona izquierda de las tiroides con surco energético.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides con surco y déficit energético.</p>	<p>Zona izquierda de la tiroides con surco superficial.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides sin surco pero con depleción energética.</p>	<p>Zona izquierda de la tiroides con surco energético.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides sin surcos ni depleción energética.</p>
Participante No. 2	<p>Zona izquierda de las tiroides con surco energético profundo.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides con surco energético profundo.</p>	<p>Zona izquierda de la tiroides con surco energético superficial.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides sin surco energético.</p>	<p>Zona izquierda de la tiroides con hendiduras superficiales.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides sin surco energético.</p>
Participante No. 3	<p>Zona izquierda de las tiroides con oquedad energética profunda.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides con depleción energética profunda.</p>	<p>Zona izquierda de la tiroides con surco energético profundo.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides con depleción energética profunda.</p>	<p>Zona izquierda de la tiroides con depleción energética superficial.</p>  <p>Zona derecha de la tiroides con depleción energética moderada.</p>

Figura 1. Evolución de la energía vital de las participantes

Fuente: esta investigación. Se registra la energía vital antes, durante y después del tratamiento en las tres participantes, notándose en el área del tiroides equilibrio y mayor energía vital después de esta fase del proceso.

niendo esto relación con el hecho de que “cuando la energía entra, tenemos una exultante sensación de libertad (libertad de palabra, de expresión); cuando sucede lo contrario, sentimos frustración” (Goswami, 2008, p.187). Por lo tanto, en esta propuesta la psicoterapia dirigida al manejo del hipotiroidismo tuvo en cuenta tanto los aspectos energéticos como

psíquicos relacionados con este centro energético (Vishuddi-glándula tiroides).

En cuanto a la conductancia de la energía vital, en la figura 2 se detalla lo que se registró con el dermatron en cada dedo anular de las tres participantes, el cual es otro de los instrumentos que aporta al análisis de la energía vital.

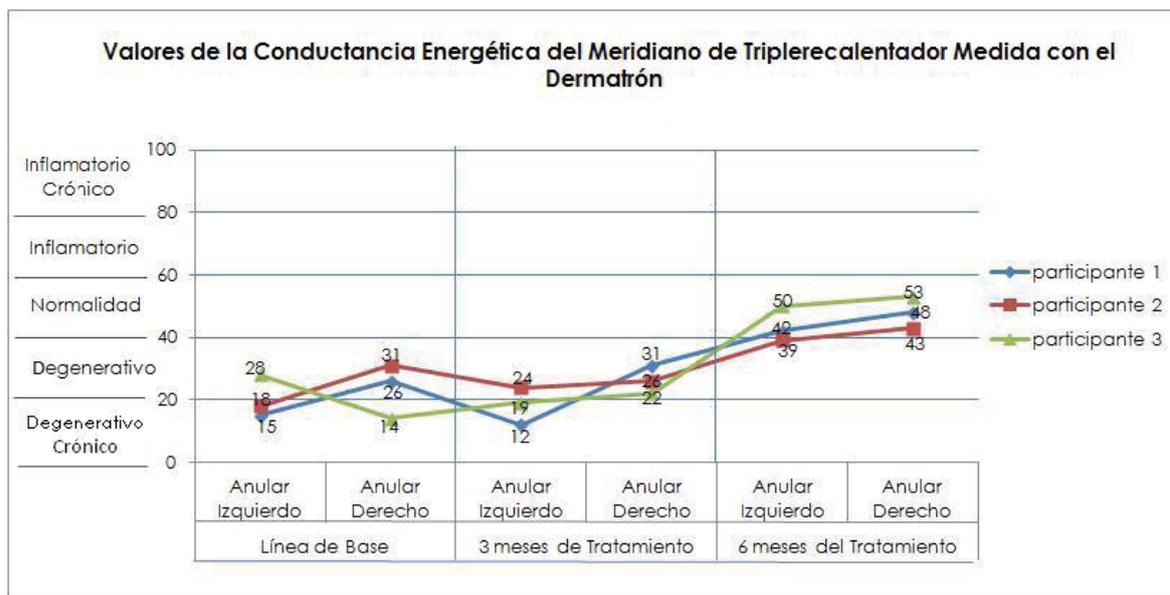


Figura 2

Fuente: esta investigación. Valores de la Conductancia Energética del Punto de Control del Sistema Endocrino del Meridiano Triplerecalentador. Este punto de control se encuentra en ambos dedos anulares, el cual se relaciona directamente con la glándula tiroides (Hammer, 2007). La conductancia energética antes del proceso indicaba degenerativa crónica y degenerativa, y después de los seis meses de psicoterapia se normaliza.

El promedio ideal de la conductancia energética desde el dermatón debe estar entre 40 – 60, y de acuerdo a los datos que se tomaron a las participantes, en la figura 2 se observa que durante la línea de base y a los tres meses de tratamiento, las tres participantes presentaron antes de iniciar el proceso valores de conductancia degenerativa crónica y degenerativa (15-14, 18-26 y 28-31), lo cual indica que la energía de ese canal o meridiano se encontraba débil, fluyendo lenta y en pocas cantidades, no queriendo decir con esto que no haya energía circulando por el meridiano, sino, que existen bloqueos en éste. No obstante, a los seis meses de tratamiento se nota aumento en los valores de la conductancia energética, siendo estos más notables en las participantes 1 y 3 en la cuales los valores indican normalidad (42-48 y 50-53), favoreciendo esto al equilibrio y circulación energética-

ca, lo que en términos orientales se entiende como el equilibrio entre el Yin y el Yang, contribuyendo esto a que la energía vital en el meridiano Triplerecalentador no se obstruyera, teniendo esto relación con el hecho de que “el Ki³ (Yang) mueve la sangre (Yin)” (Korngold & Beinfield, 2006, p. 66).

El síntoma físico como nos lo dijo Freud tiene consecuencias psíquicas (Freud, 1973), y el mejoramiento de la conductancia energética también influye en la disminución de los síntomas, ya que el síntoma físico no solo tiene relación directa con el órgano, también tiene que ver con los fluidos como la sangre (Korngold

³ Energía vital o Ki, es “un concepto unificador, sintetizador, que pone énfasis en el único lazo que nos une, y no en los aspectos menos significativos que tienden a dividirnos y a dispersarnos” (Hammer, 2007, p. 43). El Ki es energía sutil no visible al ojo físico.

& Beinfield, 2006) y las mismas hormonas. Corroborando esto el hecho de que “los fluidos son el estado intermedio de la sangre generando el Ki y del Ki transformando la sangre. Ki, fluidos y sangre pueden situarse en el continuo Yin-Yang como manifestaciones diferenciadas de la fuerza vital unitaria, que también es Ki, conllevando a que a mayor equilibrio de la fuerza vital, más elementos tiene la persona para disminuir y superar sus síntomas” (Korngold y Beinfield, 2006, p.67).0

Desde la medicina oriental “la sangre también se considera el medio de la mente, ya que transporta la información que regula las funciones del cuerpo (en términos occidentales esto representa los mensajeros químicos u hormonas)” (Korngold & Beinfield, 2006, p.66), relacionándose esto también con el hecho de que la muestra que cambió pensamientos desadaptativos hayan bajado los niveles hormonales que estaban por encima del promedio.

En cuanto a los síntomas psicosomáticos vistos por medio de los percentiles del cuestionario de 90 síntomas tenemos (figura 3):

En la figura 3 se observa que las escalas con mayores percentiles antes del tratamiento fueron sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo con promedios de 70, 72 y 80 respectivamente. Después del tratamiento las escalas sintomáticas que estaban muy elevadas y que más disminuyeron fueron somatización de 60 a 18, ideación paranoide de 72 a 40 y psicoticismo de 80 a 30. En general todos los síntomas de las participantes evaluados con el cuestionario SCL90-R después del tratamiento disminuyeron, coincidiendo estos con el hecho de que en las entrevistas semiestructuradas manifestaron sentirse mejor y haber elaborado algunos duelos y traumas, al igual que también mejoró la energía vital en la región de la tiroides y en la totalidad del área energética (figura 1).

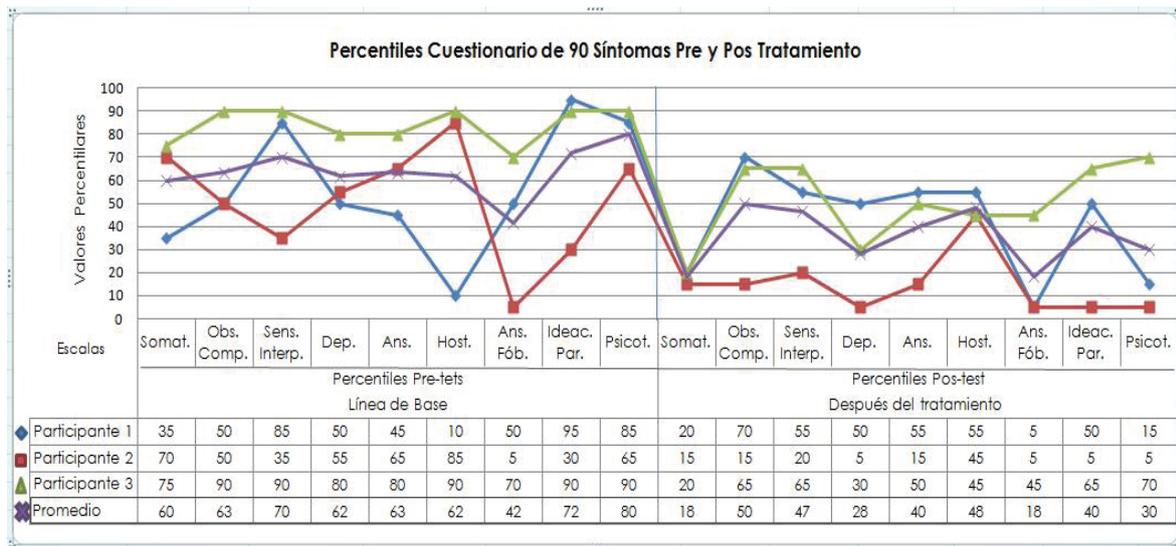


Figura 3. Síntomas Psicosomáticos Antes y después del Proceso Psicoterapéutico

Fuente: esta investigación. Percentiles del Cuestionario de 90 Síntomas Pre y Pos-Tratamiento que indican que estos disminuyeron favorablemente.

Discusiones

La investigación se orientó en saber la influencia de un tratamiento psicoterapéutico que tiene en cuenta aspectos energéticos para el manejo del hipotiroidismo en tres mujeres menores de 31 años de edad, que no deseaban iniciar un tratamiento farmacológico, teniendo como objetivo describir los resultados de las mediciones hormonales y la evaluación de los síntomas psicosomáticos y la energía vital en cada participante, antes, durante y después del tratamiento en sus primeros seis meses.

Recordemos que Jung mencionó que la psicología necesitaba tener en cuenta “las nociones de energía” al igual que también nos habló de la energía vital (Jung, 1976), en ese sentido y tomando de otra disciplina, la física cuántica de hoy cuando se refiere a la salud, al bienestar y a la vitalidad de los sujetos también lo manifiesta: “para sanar hace falta vitalidad, energía vital. La energía vital no es producto de la química corporal. La química es local, pero los sentimientos de la energía vital, el sentimiento de estar vivo, es completamente no-local” (Goswami, 2008, p.128). De acuerdo a lo anterior, hoy en día, desde la complejidad del sujeto, (Morín, 2011) y la psicología integral (Wilber, 2007a), se aclara porque la necesidad de no quedarnos solamente en el materialismo científico, facilitando así la inclusión del estudio y comprensión de la energía vital en el ser (Lipton & Bhaerman, 2010).

En ese sentido, las tres participantes de esta fase de la investigación disminuyeron los niveles de la TSH, siendo el promedio ideal de 0.27 a 4.20; las participantes 2 y 3 los nivelaron a 4.18 y 3.28 lo cual indica ya no tener hipotiroidis-

mo, corroborándose esto con la mejoría de la energía vital en la zona del tiroides (figura 1), y relacionándose con la disminución de la sintomatología (figura 3), lo cual se analizó con el cuestionario de 90 síntomas (SCL90-R), encontrándose que las escalas con mayores percentiles antes del tratamiento fueron sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo con promedios de 70, 72 y 80, y después de este disminuyeron a 47, 40 y 30, siendo esto un indicador de mejoría.

La escala sintomática que más disminuyó fue la de somatización, de 60 a 18, pero en general todos los síntomas de las participantes evaluadas con el cuestionario SCL90-R después del tratamiento disminuyeron, relacionándose esto con la mejoría descrita en las entrevistas semi-estructuradas. Con respecto a la participante 1 también se disminuyeron los niveles hormonales en ella, quedando estos en 6.04, no alcanzando el promedio estipulado posiblemente porque en los primeros seis meses la consultante no había expresado ni elaborado lo referente al abuso sexual que en su pre adolescencia vivió durante tres años consecutivos, ya que la consultante erróneamente pensaba que no había sido abusada, igualmente porque esta fue la persona de la muestra que más tenía elevado la TSH antes del tratamiento (27.05).

Se tuvo en cuenta que los síntomas psicosomáticos reflejan interrelaciones no lineales, multicausales y complejas de los sistemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales de una enfermedad. En ese sentido, es que no se da por terminado la investigación, sino que se piensa en otra fase para realizar empoderamiento de lo logrado y permitir que la participante 1 elabore lo referente a

sus abusos sexuales que no se trabajaron por lo ya explicado en el texto, y así ver si se corrobora también en ella la relación de que desaparezcan las frustraciones con el equilibrio hormonal en relación a la glándula tiroides o centro energético de la garganta.

También se tuvo en cuenta que las “disfunciones tiroideas están asociadas con síntomas psicológicos y psiquiátricos de ansiedad, depresión y en menor grado psicóticos” (Ortiz & de la Espriella, 2004), lo cual también manifestaron las participantes. Se recalca la relación que tuvieron las tres participantes en cuanto a que todas tuvieron frustraciones con respecto a su figura materna, ya que en dos de ellas falleció la mamá cuando estaban en su adolescencia y en la otra participante esta se fue del país, quedando sola con sus hermanas, entrando en una especie de atragantamiento en la garganta del que toda la muestra antes del proceso no había superado, coincidiendo esto con lo que plantea Goswami, ya que cuando existe bloqueo energético en la glándula tiroides la cual está ubicada en la garganta “sentimos frustración” (Goswami, 2008, p.187).

En la investigación se encontró otra relación muy significativa en cuanto a que toda la muestra fue abusada sexualmente, hechos que también conllevan a una mujer a sentirse frustrada, por lo tanto la necesidad de recibir psicoterapia.

También se vio que en la muestra existe asociación del centro energético de la garganta (glándula tiroides) con la energía vital, siendo “la función vital de este centro la autoexpresión, y las representaciones de los órganos son los pulmones, la garganta y los órganos fonadores, los órganos de la audición y la *glándula*

tiroides. Cuando la energía entra, tenemos una exultante sensación de libertad (libertad de palabra, de expresión); cuando sucede lo contrario, sentimos frustración” (Goswami, 2008, p.187), relacionándose esta frustración con lo que expresó la muestra en psicoterapia antes de mejorar su energía vital, al igual que antes de disminuir los síntomas psicosomáticos y de nivelar lo hormonal con respecto al hipotiroidismo, pero que después del proceso esto cambió y las participantes lograron sentirse mucho mejor sin la necesidad de tomar el medicamento.

Con respecto a las limitaciones del proyecto tiene que ver el número de la muestra, ya que esta es pequeña, y de acuerdo a esto los resultados no se pueden generalizar, pero esto no impide que lo encontrado hasta el momento sea muy significativo y favorable para la salud de los sujetos de la muestra, igualmente porque se encontró relación entre los síntomas psicosomáticos, la energía vital y los resultados de los exámenes endocrinos lo cual contribuyó para que los participantes lograran mejorar su salud sin la dependencia al fármaco en esta fase del proceso.

Dentro de las posibles aplicaciones de los resultados y gracias a lo encontrado en esta fase que se cerró en diciembre del 2011, faltaría dar los resultados de continuidad y empoderamiento de la fase de investigación que se realizó con la misma muestra en el 2012. Se podría considerar en hacer la investigación con una muestra más numerosa con el fin de estudiarla longitudinalmente y así poder decir más respecto a los síntomas psicosomáticos, los niveles hormonales y la energía vital en relación a las disfunciones tiroideas.

Referencias

- Barlow, D. & Durand, V. (2007) *Psicopatología. Un Enfoque Integral de la psicología anormal*. 4ª Edición. México: Thomson.
- Bohm, D. (1998). *La totalidad y el orden Implicado*. Barcelona: Kairos
- Builes, C., Rosero, O. & García, J. (2006). Evaluación de disfunción tiroidea según TSH en una población de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 31(2), 66-70.
- Capra, F. (2003). *La Trama de la Vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. 5 ed. Barcelona: editorial anagrama.
- Carvajal, J. (2010). *Hacia una Medicina con Alma: El horizonte de la Síntesis*. Colombia. Viavida.
- Derogatis, L. (2002), Cuestionario de 90 síntomas SCI-90-R, Madrid, tea Editores.
- Flórez, J.D & Gallego, H. (2011). La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral. Tesis Psicológica No 6, pp. 120-143
- Flórez, J.D & Gallego, H. (2012). Síntomas psicósomáticos y análisis energético de algunos tipos de disfunción tiroidea”, en *Revista Memorias*, vol. 10, núm. 17, pp. 84-95.
- Freud, S. (1973). *Lo inconsciente*, en *Obras Completas (Tomo VI)*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1980). “Sobre la psicoterapia de la histeria” *Estudios sobre la histeria en Obras Completas (Vol. II)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, E., Ocaña, A. y Torres, A. (2008). Guía de seguimiento de farmacoterapéutico en hipotiroidismo e hipertiroidismo.
- García, R., Ríos, M., Galofré, JC. (2006). Epidemiología de de las enfermedades de la glándula Tiroides *Revista Médica Universidad de Navarra*, 50(1), 11-16.
- González Ramírez MT, Landero Hernández R. Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev. Panam Salud Pública*. 2008; 23(1): 7-18.
- Goswami, A. (2008). *El médico cuántico: guía de la física cuántica para la salud y la sanación*. Barcelona: Obelisco.
- Hammer, L. (2007). *Psicología y medicina china. La ascensión del dragón, el vuelo del pájaro*. Barcelona: Liebre de Marzo.
- Jung, C. (1976). *Formaciones de lo inconsciente*. Buenos Aires: Paidós
- Jung. C.G. (1995). *El Hombre y sus Símbolos*. Paidós: Barcelona
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. 3ra Edición. Yale University: Pretince Hall.
- Kerlinger, F. & Howard, B. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*, 4ª Ed. México: McGraw Hill.
- Klimenco, O. (2011). La física cuántica, el observador y la creatividad. *Pensando Psicología*, vol. 7, núm. 12, pp. 165-181.

- Korngold, E. & Beinfield, H. (2006). *Entre el cielo y la tierra: los cinco elementos de la medicina China*. Barcelona: La liebre de Marzo
- Kratochwill, T., Mott, S. & Dodson, C. (1989). Estudio de Caso en Investigación de Caso Único en Psicología Clínica y Aplicada. En: Bellack, A. & Hersen, M. (1989). *Métodos de Investigación en psicología Clínica*. Bilbao: Desclée.
- León, O. & Montero, I. (2001). *Diseño de Investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*, 2 ed. España: McGraw Hill.
- Lipton y Bhaerman, (2010). *La biología de la transformación*. España: Las esfera de los libros.
- Lowen, A. (1985) *El lenguaje del cuerpo*. Ed Herder. Barcelona.
- Lowen, A. (2004). *Bioenergética*. Barcelona: Diana.
- Méndez, N., Hernández, D., Morejon, L., & Rodríguez, A (1996) Manifestaciones psiquiátricas en enfermedades endocrinas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 25(1).
- Morín, E. (2011) *La Vía: para el futuro de la humanidad*. España: Paidós.
- Ortiz, L. y de la Espriella, M. (2004). Hormonas tiroideas y trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23 (001), pp. 98-107.
- Prigogine, I. (2002). *¿El fin de la ciencia? Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Reich, W. (1954). *Reich habla de Freud*. Barcelona: Anagrama
- Valdivieso, S., Kripper, C., Ivelic, J., Fardella, C., Gloger, S. y Quiroz, D. (2006) Alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista Médica de Chile*, 134, 623-628.
- Voll, R. (1977). Topografía de los Puntos de Medición de la Electroacupuntura. Atlas I. Sociedad Médico Literaria de Ediciones.
- Wauters, A. (1997). *Chakras and Their Archetypes. Uniting Energy Awareness and Spiritual Growth*. Crossing Press: Berkley.
- Wilber, K. (2000). *Una Visión Integral de la Psicología*. México. D.F. Alama.
- Wilber, K. (2007a). *Psicología integral* (4ª ed.). Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2007b). *Una teoría de todo. Una visión integral de la ciencia, la política, la empresa y la espiritualidad* (3ª ed.). Barcelona: Kairós.

