

*An integral Hypothyroidism vision: A psychological look to the Vital Energy**

José Domingo Flórez Moreno **

* Derivado del proyecto: Asociación entre el diagnóstico clínico de disfunción tiroidea y sus síntomas psicológicos, con el análisis bioelectromagnético humano (2010). Grupo de investigación Psicología Integral y Desarrollo Humano. Fundación Universitaria Los Libertadores.

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

*Una visión integral del Hipotiroidismo: Una mirada psicológica a la Energía Vital**

Como citar este artículo: Flórez, J. D. (2013). Una visión integral del Hipotiroidismo: Una mirada psicológica a la Energía Vital. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 124-143.

Recibido: julio 6 de 2012
Revisado: julio 10 de 2012
Aprobado: septiembre 11 de 2012

“Como dice Huston Smith, la opinión de que no hay más verdades que las verdades científicas no constituye una verdad científica y, al afirmarla, el cientifismo se contradice a sí mismo”.

Ken Wilber. Barcelona, 2010, p. 46

ABSTRACT

Some results of the first phase of the researching are mentioned with the purpose of enlarging them in a critical, reflexive and qualitative way as for the psychological, energy and clinical in the endocrine illnesses, with the purpose of disclosing and to go beyond the quantitative data that the group of Integral Psychology and Human Development examined in the 2010. What was investigated in the 2011 is only used to meditate explaining the hypothyroidism concept, their symptoms and classifications, and the way like it is being from the mechanistic paradigm. We keep in mind the discoveries of quantum paradigm or new paradigm in science, pointing out that integrality is not a fashion, and standing out the importance of the vital energy in psychology. The opposing relationship is also summarized among the endocrine exams, energy and the psychological aspects, by means of the favorable evolution in one of the participants that didn't ingest Levotiroxina, with the purpose of reflecting on the "theoretical narcissism" and to begin proposing a noninvasive way in the hypothyroidism treatment.

Key words: Vital energy, hypothyroidism, integral psychology, psychological symptoms.

RESUMEN

Se mencionan algunos resultados de la primera fase de la investigación con el fin de ampliarlos de manera crítica, reflexiva y cualitativa, en cuanto a lo psicológico, energético y clínico en las enfermedades endocrinas, con el fin de divulgar e ir más allá de los datos cuantitativos que el grupo de Psicología Integral y Desarrollo Humano investigó en el 2010. Lo investigado en el 2011 solo se utiliza para reflexionar explicando el concepto de hipotiroidismo, sus síntomas y clasificaciones, y la manera como se está tratando desde el paradigma mecanicista. Se tienen en cuenta los descubrimientos del paradigma cuántico o nuevo paradigma de la ciencia, señalando que la integralidad no es una moda y resaltando la importancia de la energía vital en la psicología. También se resume la relación encontrada entre los exámenes endocrinos, lo energético y lo psicológico, mediante la evolución favorable en una de las participantes que no ingirió levotiroxina, con el fin de reflexionar respecto al “narcisismo teórico” y comenzar a proponer una manera no invasiva en el tratamiento del hipotiroidismo.

Palabras clave: Energía vital, hipotiroidismo, psicología integral, síntomas psicológicos.

Introducción

En nuestra sociedad actual se encuentra en muchísimos pacientes el hipotiroidismo o el hipertiroidismo con sus respectivas divisiones y clasificaciones. En el presente artículo solo se hace referencia al hipotiroidismo: “un estado de hipofunción tiroidea que puede ser debido a distintas causas y que produce como estado final, una síntesis insuficiente de hormonas tiroideas” (García et al., 2008, p. 21). Esto significa que la glándula tiroidea no produce suficiente hormona tiroidea, lo que ocasiona en el cuerpo dificultad para funcionar de manera normal. La idea es no circunscribirnos a la teoría biologicista respecto a la relación de la cantidad de hormona tiroidea en la sangre y el funcionamiento corporal; recordemos que el hecho de laborar en salud no implica mirar al paciente en forma fragmentada. El ser humano, además de ser biológico, consta de energía vital, de Qi, de meridianos, de psiquis, de glándulas que se asocian con lo energético y de elementos inmateriales que son parte de su vitalidad, conciencia e integralidad, y que influyen significativamente en su salud física y psicológica.

El grupo de investigación de Psicología Integral y Desarrollo Humano de La Fundación Universitaria Los Libertadores (FULL), no se queda solamente en el estudio del órgano, en el cual supuestamente se origina la enfermedad, sino que mira de manera holística al ser. Son tres fases de investigación que el grupo ha realizado con respecto a las disfunciones tiroideas: la primera, es la asociación entre el diagnóstico clínico de disfunción tiroidea y sus síntomas psicológicos, con el análisis bioelectromagnético; la segunda, se denomina Psicoterapia y trabajo energético: como tratamiento y prevención de los síntomas psicológicos y físicos en algunas disfunciones tiroideas y; la tercera, empoderamiento psicológico y energético en

mujeres en remisión de disfunción tiroidea, para el afrontamiento del malestar mental, físico y emocional sin la necesidad de consumir medicamentos. El grupo terminó la tercera fase de la investigación en cuanto a lo endocrino, sin dejarle toda la responsabilidad a la medicina, ya que aporta desde la psicología al análisis e intervención del Hipotiroidismo.

El presente artículo amplía los resultados cualitativos con el fin de reflexionar sobre lo encontrado en el 2010. Sin detallar aún los resultados del 2011, pues tampoco pretende ser un estudio de caso que aclare el tratamiento realizado. Se sugiere tener en cuenta la complejidad del sujeto, para así entenderlo en su integralidad, desde una mirada más consciente y contribuir de alguna manera a la nueva ciencia o al nuevo paradigma cuántico. De hecho el artículo es una invitación a la psicología a debatir en problemáticas en las que tiene mucho que aportar, para que la persona que padece alguna disfunción tiroidea, no sea tratada solamente desde el paradigma newtoniano, el cual ha logrado numerosos progresos, pero, se queda en la visión materialista de la ciencia que divide y reduce, al no tener en cuenta aspectos que no son fácilmente medibles pero que existen: las emociones, la psiquis y la misma energía vital. Debemos evitar el reduccionismo que divide y aísla al sujeto. En este sentido el doctor Jorge Carvajal Posada plantea:

Reducimos la compleja dinámica multicausal de una enfermedad a una ecuación lineal representada en un hombre al que corresponde una receta equivalente. A veces invertimos más tiempo en el cálculo de la radiación que en las causas que, más allá del cuerpo físico denso, pudieron incidir en esa pérdida de auto-reconocimiento que acompaña a la expresión clínica de un tumor. Así, terminamos confundiendo un paciente de carne y hueso, esperanzas y temores, con una radiografía y hasta con un número de historia clínica (Carvajal, 2010, p. 18).

Aunque no se niega lo valioso que esto pueda ser:

Leer la vida de un hombre solo a través del código de radiografías y análisis químicos, es como pretender que una persona es lo mismo que el negativo de su fotografía. Sin embargo a veces conocemos mejor la radiografía de nuestro enfermo que sus ojos, sus amarguras. Pretendemos entender su cuerpo, no intentamos comprender al hombre. Nos limitamos a ver su lejano reflejo en dosis estáticas de sus moléculas, en lugar de sentir su presencia, su vida, su dolor (Carvajal, 2010, p. 18).

En las enfermedades endocrinas, “el tratamiento varía dependiendo de la causa, de la condición y de la gravedad de los síntomas” (García et al., 2008, p. 33).

Las fases del proyecto de investigación del grupo, no se quedan solamente en el análisis de los valores hormonales en el estudio de las disfunciones tiroideas, también se han observado las causas psicológicas y la relación de estas con la *energía vital*, para integrarlas al proceso terapéutico, con la intención de que la persona revise su mundo interno y tenga otra opción aparte de la ingesta del fármaco que, de por sí, algunos pacientes rechazan. En ese sentido, mujeres con hipotiroidismo, buscan otras opciones diferentes a las que ya han escuchado: “los medicamentos se necesitan de por vida” (García et al., 2008, p. 25), siendo esto poco favorable para la vida psíquica de la persona.

Es de entender que los pacientes no quieran formar dependencia o tomar el medicamento durante mucho tiempo, ya que existen criterios de mala respuesta al tratamiento farmacológico, como por ejemplo, el aumento del tamaño glandular, el incremento progresivo de la dosis de medicamentos requeridos y la elevación de los niveles hormonales. “Entre las complicaciones se encuentran tormenta tiroidea, dolor en la base del cuello, hipotiroidismo fetal o

malformaciones (en caso de mujer en estado de embarazo), hipotiroidismo y efectos carcinogénicos” (Cadavid, Vivas & Medina, 2009, p. 233). La administración del medicamento llamado levotiroxina:

Puede inducir un hipertiroidismo subclínico en el 14-21% de los pacientes, puede disminuir la masa ósea en mujeres posmenopáusicas y aumentar el riesgo de fibrilación auricular, y aunque los resultados de algunos estudios revelan que la terapia con hormona tiroidea puede reducir los niveles de colesterol total y LDL (del inglés Low density lipoproteins) en pacientes con hipotiroidismo subclínico, la mayoría de estos estudios no son controlados. En lo referente a síntomas neuropsiquiátricos, no se encuentra mejoría con el tratamiento sustitutivo (García et al., 2008, p. 43).

En ese sentido:

(...) se ha demostrado que el consumo comórbido de sustancias adictivas no sólo empeora sino que también acelera el deterioro cognitivo. Otra variable crítica es la medicación, ya que podría estar contribuyendo en cierto grado al deterioro cognitivo observado. Finalmente, el estudio de Savitz y cols., remarca la necesidad de controlar variables relacionadas con los traumas infantiles (p.e: abuso sexual) ya que interfieren en la capacidad verbal, memoria visual, fluencia verbal y flexibilidad cognitiva (Bonnin et al., 2010, p. 42).

Todo esto nos recuerda la importancia de tener en cuenta lo psicológico y la energía vital, debido a que “el hipotiroidismo es un potencial de etiología de múltiples quejas somáticas y una variedad de trastornos psicológicos” (Heinrich & Grahm, 2003, p. 260). Por lo tanto, no podemos quedarnos solo en los síntomas físicos; debemos ver la persona en su complejidad e integralidad. En este proceso se tuvo en cuenta tanto lo objetivo como lo subjetivo para evaluarla e intervenirla, siendo lo objetivo los niveles hormonales, y lo subjetivo, la palabra, las respuestas a la entrevistas y su energía

vital, la cual los orientales llaman Ki o energía sutil, energía que está en todo nuestro cuerpo, que al haber exceso, bloqueos o falta produce enfermedades tanto físicas como psíquicas. Esta energía 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).

Metodología

El diseño es no experimental transversal descriptivo (Hernández et al., 2003), con un tipo de estudio cuantitativo descriptivo, con una muestra de cinco mujeres con edades entre los 13 y los 50 años, con alguna disfunción tiroidea.

VARIABLES, MEDIDAS E INSTRUMENTOS

Disfunción tiroidea. Se estimó por medio de la medición de los niveles de TSH (hormona tiroestimulante), T3 (triyodotironina) total y libre, y T4 (tiroxina) total y libre.

Síntomas psicósomáticos. Evaluados mediante el cuestionario de noventa síntomas SCL90-R de Derogatis, (Lara et al., 2005) y con la aplicación de entrevistas semi-estructuradas de monitoreo semanal.

Análisis energético. Se analizó la *energía vital* en el área de las glándulas tiroideas e hipófisis, para ver la manifestación de posibles surcos, oquedades, excesos y déficits energéticos por medio de la cámara Kirlian GDV, la cual proyecta sus capturas a un computador. También se observó el desequilibrio emocional y físico de cada una de los siete centros energéticos asociados a las respectivas glándulas del cuerpo humano, de acuerdo con los valores del porcentaje de asimetría bilateral, los cuales van de -1 a 1, y total, que se registra de 0 a 1, según lo reportado por la cámara GDV.

Procedimiento

Parte 1. Informativa. Explicación de los objetivos de la investigación a las participantes, se recibieron los exámenes médicos previos y se diligenció el consentimiento informado.

Parte 2. Medidas repetidas. Aplicación del cuestionario de noventa síntomas SCL90-R, también se aplicó la entrevista semi-estructurada una vez por semana durante dos semanas. Se realizaron exámenes clínicos una vez por semana durante dos semanas. Se realizaron cuatro capturas con la cámara Kirlian GDV en total por participante, siendo dos por semana durante dos semanas.

Parte 3. Análisis de datos. Se compararon los percentiles más altos obtenidos en las escalas del cuestionario SCL90-R, con lo reportado en las entrevistas y los promedios del porcentaje de asimetría bilateral y total de las cuatro capturas Kirlian en cada glándula (centro energético). Se tuvieron en cuenta las características psicológicas de cada una de las participantes y las definiciones de cada escala (ver Tabla 3). Asimismo, se describieron las características del campo electromagnético o energía vital en las áreas de hipófisis y tiroideas en términos de déficits, excesos, surcos y oquedades. Finalmente, se comparó el malestar general de las cinco participantes de acuerdo con lo reportado en las entrevistas y las cuatro escalas más elevadas del cuestionario, con las tres glándulas correspondientes con sus centros energéticos con mayor desequilibrio, y la consistencia respecto a sus diagnósticos clínicos de disfunción tiroidea (Flórez & Gallego, 2012, p. 86).

Síntomas

Algunos autores manifiestan que “todos los síntomas que pueden tener las personas con hipotiroidismo también pueden presentarse en personas con otras enfermedades. Una manera de saber

si sus problemas son síntomas de hipotiroidismo, es pensar si usted siempre ha tenido ese síntoma” (American Thyroid Association-ATA, 2005, p. 2), en ese caso es menos probable tener hipotiroidismo, “o si el síntoma representa un cambio con respecto a la forma en que usted solía sentirse, el hipotiroidismo es más probable” (ATA, 2005, p. 2). Desde el paradigma mecanicista existen unos síntomas tempranos, otros tardíos y otros adicionales con respecto al hipotiroidismo (ver Tabla 1):

Tabla 1. Síntomas y signos del hipotiroidismo

Síntomas tempranos	Síntomas tardíos	Síntomas adicionales
-Debilidad	-Cambios de tonalidad de voz y discurso lento	-Atrofia muscular
-Fatiga	-Piel engrosada, escamosa y seca.	-Movimiento no coordinado
-Intolerancia al frío	-Manos, pies y cara inflamados	-Espasmos musculares (calambres) y rigidez articular
-Estreñimiento	-Disminución del sentido del gusto y del olfato	-Pérdida de cabello
-Aumento de peso (involuntario)	-Desplomamiento del vello de las cejas.	-Somnolencia
-Depresión	-Periodos menstruales anormales o amenorrea	-Pérdida de apetito
-Dolor muscular o articular	-Hipotensión	
-Uñas y cabellos quebradizos y débiles		
-Palidez		
-Ritmo cardíaco lento		

Síntomas tempranos, tardíos y adicionales. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico en Hipotiroidismo e Hipertiroidismo
Fuente. García et al., 2008, p. 25

Estos síntomas son muy conocidos y le permiten al médico diagnosticar y entender la clasificación. Dependiendo de la disfunción tiroidea y los exámenes clínicos el endocrino formula la dosis del medicamento, (levotiroxina en la mayoría de los casos). Cuando esto

sucede, el paciente no tiene oportunidad de revisar las causas psicológicas, dándose por hecho que el tratamiento debe ser solamente farmacológico. En muchas ocasiones el fármaco se comienza a consumir a pesar de que el valor hormonal este levemente por encima del promedio. En estos casos, “un consenso de expertos concluye, basándose en su propia experiencia personal no avalada por ensayos clínicos, que los pacientes con estos valores de TSH no deberían ser tratados” (García et al., 2008, p. 43). Otro consenso recomienda tratar a los pacientes con un criterio flexible en lugar de restrictivo (García et al., 2008).

Esto sucede porque se olvida que en el campo de la salud se debe “concebir al ser humano como una unidad indivisible donde mente y cuerpo no son opuestos sino distintas manifestaciones de una conciencia, nutrido por la bioenergía, energía que trasciende el marco conceptual de energías físicas, al incluir nociones de energías emocionales, mentales y espirituales” (Carvajal, 2010, p. 24).

Se atiende solamente lo biológico y se olvida la unidad e integralidad del ser. Por tal razón, se recomiendan análisis y terapia holísticas, las cuales “buscan restablecer el equilibrio de estas energías, cuando se han perdido, y procuran restaurar y enriquecer la relación del hombre consigo mismo y con su ambiente” (Carvajal, 2010, p. 24). Recordemos que “el síntoma es sólo una parte de un complejo desequilibrio corporal que puede verse en otros aspectos de su vida y comportamiento” (Kaptchuk, 2005, p. 32).

Clasificaciones y valores hormonales

Una de las formas como se diagnostica el hipotiroidismo es mediante exámenes clínicos.

Esto se debe a que “la mayoría de los pacientes con enfermedad tiroidea no presentan manifestaciones precisas de la enfermedad, por lo que el empleo rutinario de las pruebas de laboratorio es la única manera de garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos” (Asociación Mexicana de Tiroides-A.M.T., 2000). Estos exámenes médicos tienen unos valores estipulados, y dependiendo del valor de las hormonas se hace el diagnóstico.

En cuanto a los exámenes de sangre hay dos pruebas que se utilizan para el diagnóstico:

Prueba de la TSH (Hormona Estimulante de la Tiroides). Esta es la prueba más importante y sensible para el hipotiroidismo. Esta prueba mide la cantidad de la hormona tiroxina (T4) que se le pide producir a la tiroides. Una TSH anormalmente alta significa hipotiroidismo: se le pide a la tiroides producir más T4 porque no hay suficiente en la sangre.

Prueba de T4. La mayoría de la T4 en la sangre se encuentra unida a una proteína llamada globulina ligadora de tiroxina. La T4 “ligada” no puede penetrar en las células del cuerpo. Solamente un 1% a 2% de la T4 en la sangre se encuentra sin ligar (“libre”) y puede entrar en las células. La T4 libre y el índice de T4 libre son pruebas simples que miden la cantidad de T4 sin ligar que se encuentra en la sangre, disponible para entrar en las células (A.T.A., 2005, p. 2).

Con respecto a la hormona T3, esta es importante en el control del metabolismo y, cuando en el examen de sangre la T3 está normal al igual que la T4, y la TSH se encuentra elevada, esto es catalogado como presencia de hipotiroidismo subclínico. En ese sentido, los valores de las

hormonas (TSH, T4 y T3) que ayudan al diagnóstico de una disfunción tiroidea son (ver Tabla 2).

Tabla No 2. Rangos normales de los valores hormonales

Hormonas	Valores de referencia
TSH	0.27-4.2
T3	41-20.5
T4	4.5-12.5
T3 libre	2.0-4.4
T4 libre	0.93-1.7

Valores hormonales de la TSH, T3, T4

Fuente. Laboratorio Alianza. Exámenes médicos (2010). Bogotá

En la Tabla 2 se ve el valor normal que la medicina endocrina ha estipulado para que se tengan en cuenta. Lo ideal es que la persona no esté ni por encima ni por debajo de ellos, aunque existen algunas diferencias en el valor hormonal dentro de la misma medicina, como por ejemplo cuando “un rango normal de la TSH es de 0,3 a 4,7 mul/L y la T4 de 5-11” (Ortiz & De la Espriella, 2004, p. 100). Esto quiere decir que existe una diferencia significativa y que estos valores no son del todo cerrados, sino que dependerían de las condiciones de la persona. Según esto, entendemos el por qué la flexibilidad que piden algunos autores en cuanto a la intervención.

La prevalencia del hipotiroidismo es aproximadamente del “2% en mujeres y menos del 0.01% en hombres. Existen dos clasificaciones de hipotiroidismo: una basada en la ubicación de la alteración dentro del eje, y otra, en la gravedad de los síntomas” (Ortiz & De la Espriella, 2004, p. 101). Según el grado de

gravedad se clasifican en: “Grado I: hipotiroidismo clínico, TSH aumentada y hormonas tiroideas levemente disminuidas. Grado II y III se consideran hipotiroidismo subclínico, pero en el grado II se encuentran las hormonas tiroideas normales, con TSH aumentada, y en el grado III hormonas tiroideas y TSH normales” (Ortiz & De la Espriella, 2004, p. 101). En el hipotiroidismo:

La presencia de alteraciones sutiles de la función tiroidea tiene significación clínica, ya que se asocia a mayor incidencia de depresión y trastorno de pánico, disfunción cognitiva y menor respuesta a tratamiento antidepresivo. Se ha encontrado que la frecuencia de depresión mayor a lo largo de la vida es significativamente más alta en aquellos pacientes con hipotiroidismo subclínico que en aquellos en los que no existe disfunción tiroidea (Wolkowitz & Rothschild, 1993, p. 626).

El hipotiroidismo tiene relación con lo afectivo. Literalmente se señala que “entre 1% y 4% de los pacientes con trastornos afectivos presentan hipotiroidismo clínico y entre 4% y 40%, hipotiroidismo subclínico” (Valdivieso et al., 2006, p. 626). La sintomatología de las enfermedades endocrinas tiene derivaciones psicológicas, y no es suficiente con que nos quedemos en los resultados de las pruebas de laboratorio, ya que, si lo hormonal se nivela solamente por medios químicos, los síntomas psicológicos permanecen. Esto es lo que se hace con la ingesta actual de psicofármacos, no se está teniendo en cuenta al sujeto ni tampoco su *energía vital*. (Goswami, 2008; Brennan, 2004; Linares, 2000). Con esto no se pretende satanizar al fármaco, ya que éste en algunos casos es necesario; lo que se plantea es ver al sujeto integralmente.

Lo integral no es moda

Escuchamos frecuentemente en diferentes áreas de la salud y de la academia utilizar el

termino integral; en ocasiones se menciona sin tener claro lo que es este modelo. Parece que el termino integral estuviera de moda y esto poco contribuye a los esfuerzos de académicos serios que sí lo están realizando de manera comprometida para el beneficio de la salud mental de las personas.

En psiquiatría suele suceder que se cae en la fragmentación y se olvida que “el modelo médico es elogiado como científico, pero sigue los puntos de vista de una ciencia newtoniana pasada de moda” (Lorimer, 2007, p. 55) Realmente no es que esté pasada de moda sino que no está atendiendo acertadamente la carencia y la prevención en salud. Esto se debe a que los sistemas de salud poco contribuyen a la prevención y a la visión integral; la psiquiatría tiene mucho que decir y realizaría una mejor labor al tener en cuenta al sujeto en su complejidad e integralidad para así prevenir y contribuir a la persona desde una mirada más holística.

Queremos dar solución a las problemáticas desde una mirada limitada; en terminos de Laszlo es lo siguiente: “Einstein nos dijo que no podíamos resolver un problema con la misma manera de pensar que lo había provocado. No obstante, hasta ahora eso es precisamente lo que intentamos hacer” (2009, p. 26). En ese sentido, la salud está siendo orientada hacia la enfermedad:

Utiliza técnicas destructivas –fármacos, irradiaciones y cirugía- como los principales métodos de terapia. No existe practicamente una asistencia preventiva sanitaria, excepto un poco de medicina preventiva en forma de vacunas. No se quiere decir con esto que todos los médicos traten la salud de este modo, ya que existen muchos médicos que viven en su vida el ideal hipocrático de la Medicina (Lorimer, 2007, p. 54).

Por tal razon, despues de tanta fragmentación y de darnos cuenta de que esa no es la mejor

solución, necesitamos la integración (Wilber, 2005). Entre más entendamos el modelo integral, más fácil es incluir lo energético en la psicología y dejar de pensar que la *energía vital* es solo una cuestión de la física. Necesitamos entender lo llamado como *fuera vital no-física*, “denominada de distintas maneras, como energía sutil, prana o chi, es el agente causal que se halla tras la sanación. La *energía sutil* no es un subproducto de la química material; es vital. De ahí que la palabra más apropiada para la energía sutil sea la de *energía vital*” (Goswami, 2008, p. 26). Incluir la *energía vital* en la psicología, es disminuir la fragmentación y aportar mayormente a la salud mental y física. En ese sentido Hammer manifiesta:

Los seres humanos, funcionamos como una unidad, aunque intentamos pensar y comunicarnos en una secuencia analítica (cartesiana) en la que el conocimiento global se descompone en pequeñas y manejables piezas de información. Nosotros “somos” como “uno”, pero pensamos en fragmentos que luego estamos intentando constantemente encajar e inflar en forma de “concepto” ordenado”. (2007, p. 102).

No es conveniente pensar fragmentariamente como lo denomina Hammer, ya que la energía vital no invita a esa mirada. El Doctor Carvajal contribuye al decir:

Pensar en términos de energía vital, y conciencia, como elementos de enorme importancia en la salud, es un aporte básico de los nuevos paradigmas médicos denominados medicinas alternativas. Estos conocimientos, son corroborados en la actualidad por laboratorios occidentales y sus principios utilizados en procedimientos médicos. De ser un conocimiento restringido a unos pocos estudiosos, pasa a ser conocimiento de grandes masas de la humanidad, anhelantes de una mayor comprensión y manejo sobre su vida y salud. (2010, p. 25).

Claro está que lo que hoy en día conocemos como alternativo, en tiempos antiguos era lo prioritario, y el fármaco se utilizaba como alternativa en último caso, pero los intereses económicos en estos tiempos comenzaron a prevalecer (Beinfeld & Korngold, 2006).

La supuesta crítica

El término psicología significa “estudio de la psique y el término psique significa mente o alma” (Wilber, 2000, p. 9), siendo esto parte de una psicología que pretenda ser auténticamente integral, y que tiene claro “que el objetivo al que aspira la psicología integral, es abarcar cualquier visión legítima de la conciencia humana” (Wilber, 2010, p. 22). Siendo así, Wilber explica que existe un espectro de la conciencia, en donde cada enfoque de la psicología tiene su propia verdad en cuanto a ella, solo que lo hace desde diferente nivel (2005b), e invita a no quedarnos en una conciencia lineal. Siendo así, Wilber (2005) menciona que cuando no estamos de acuerdo y criticamos cómo ve la conciencia un enfoque de la psicología que no sea el nuestro, rechazamos esa postura sin procurar ver un poco más allá del enfoque que cada quien prefiere y conoce. Es por eso que este autor afirma que es necesario tener en cuenta los diferentes niveles de la conciencia.

Todos los enfoques de la psicología tienen razón en la forma en que ven la conciencia; el asunto es que el espectro que menciona Wilber es parte de la integralidad del sujeto, que de acuerdo a su problemática se trabaja con este teniendo en cuenta su propio nivel, lo cual no implica que el sujeto sea visto en fragmentos. Cuando se critica esta postura de una manera fragmentada, es cuando Wilber enfatiza diciendo que desde el modelo integral *lo más acritico que existe*, es ser crítico desde la fragmentación o desde un

solo enfoque de la psicología. Además, muchas personas se han autoproclamado como críticos pero, cuando se refieren a la integralidad y al espectro de la conciencia lo hacen desde su propia limitación y fragmentación.

Se critica la integralidad sin conocer el modelo, al igual que lo hacen los que no han revisado el espectro de la conciencia, y los que poco han estudiado las nociones de energía vital o de energía corporal en la psicología y en la salud física. Cuando esto se tiene claro, se ve la importancia de incluir lo energético y la filosofía de la energía vital en la psicología y en la misma ciencia. En ese sentido, se ha realizado la investigación, al igual que se han tenido en cuenta los avances de estos últimos años:

Está ocurriendo una verdadera revolución en los conocimientos biológicos que nos permiten empezar a comprender las relaciones entre el electromagnetismo y la vida, la mente y el cuerpo. En la Universidad de Temple, USA, se estableció en 1987 el Centro para las Ciencias de Transición, explorando qué áreas, en las llamadas fronteras de la ciencia, reunían las evidencias experimentales más significativas, no explicadas aún por la corriente principal de la ciencia contemporánea.

Tres grandes campos de investigación fueron encontrados en la investigación: el electromagnetismo y su influjo sobre los procesos fisiológicos de seres vivos, la conciencia y las medicinas complementarias. (Carvajal, 2010, p. 47).

La *energía vital* es lo mismo que el campo bioelectromagnético que Carvajal (2010) menciona como el electromagnetismo y su influencia en los procesos fisiológicos; otros autores la refieren como energía corporal o cuerpo energético. La energía corporal “es un organismo totalmente unificado en sí mismo que actúa como unidad. El cuerpo energético produce su propio campo electromagnético para construir la base de los

campos biológicos” (Linares, 2000, p. 76). Así que, “todo esto son estrategias, con el fin de colaborar y permitir afrontar el vacío existencial, que se ha hecho más intenso en el clímax del consumismo y la crisis en los antiguos patrones de relaciones” (Carvajal, 2010, p. 66).

Como ya se mencionó, existe una relación entre la energía vital o el cuerpo energético con la salud física y psicológica, energía que se desequilibra cuando algunas emociones se reprimen. Estas emociones reprimidas pueden convertirse en emociones destructivas (Goleman, 2003). O como afirma Carvajal:

Moderadamente sabemos que las emociones se inscriben en el cerebro, se traducen en fisiología a través de una red molecular de neuropéptidos y sus receptores, y actúan a través del hipotálamo sobre el sistema nervioso, *el sistema endocrino* y el tono del sistema inmune. (2010, p. 181).

Es decir, no se está diciendo que las emociones pertenecen a un solo sistema, por lo tanto no es suficiente hacer intervención en hipotiroidismo solo a nivel físico sin involucrar lo psicológico.

Este es un proyecto de integralidad que tiene en cuenta la energía vital en la glándula tiroides, y tiene claro que cuando existe hipotiroidismo hay causas psicológicas, al igual que alteración o bloqueo de esta energía en la glándula tiroides (Flórez & Gallego, 2012), que en términos orientales conocemos como el centro energético de la garganta llamado Vishuddhi.

Desde la física cuántica los centros energéticos son “los puntos del cuerpo físico donde la conciencia colapsa simultáneamente lo vital y lo físico durante el proceso mediante el cual se hace la representación de las formas en el cuerpo físico” (Goswami, 2008, p. 158). Para el doctor Goswami y la filosofía oriental el centro

energético de la tiroides o garganta representa y se relaciona con la expresión vital y la auto-expresión, y enfatiza diciendo que “cuando la energía entra, tenemos una exultante sensación de libertad (libertad de palabra, de expresión); cuando sucede lo contrario sentimos frustración” (2008, p. 187), que es lo que sienten algunas personas con hipotiroidismo (Flórez & Gallego, 2012). Entonces, Goswami aclara la relación de la energía vital con las principales glándulas del cuerpo humano o centros energéticos

y, según Jung (1995) estos centros energéticos son órganos sensoriales no materiales.

Siendo así, miremos en la tabla 3 (resumida de Flórez & Gallego, 2012) la relación del centro energético de la garganta o de la glándula tiroidea con sus funciones psicológicas en comparación con las escalas del cuestionario de noventa síntomas que encontraron en la primera fase de la investigación en pacientes diagnosticados con alguna disfunción tiroidea.

Tabla 3. Funciones psicológicas, centro energético de la garganta y escalas del cuestionario de noventa síntomas SCL90-R

Centros energéticos y glándulas del sistema endocrino correspondientes (Baramon y Baginski, 1995)	Funciones psicológicas asociadas a los centros energéticos (Brennan, 2008; Korotkov, 1999)	Caracterización de las escalas del cuestionario de noventa síntomas SCL90-R (Derogatis, 2002)
1 Glándula tiroides Vishuddhi (centro energético de la garganta)	Se relaciona con el sentido del yo en lo profesional y en lo social; en general, con el sentido de la vida. También tiene que ver con el nivel de satisfacción en el cumplimiento de sus necesidades y responsabilidades, con la creatividad para cumplir sus expectativas o proyectarse a futuro.	Obsesión compulsión: evalúa fenómenos cognoscitivos como preocupaciones, impulsos indeseados y difíciles de eliminar, relacionados con la desorganización, la incapacidad para terminar tareas, la dificultad para concentrarse y recordar cosas, generando conductas de comprobación y repetición de lo que se hace. Depresión: ideas autodestructivas, frustración, sentimientos de inutilidad y poco valor, culpabilidad y desesperanza con respecto al futuro.

Resumen de la comparación de las funciones psicológicas de los centros energéticos con las escalas del cuestionario de noventa síntomas SCL90-R

Fuente: Flórez & Gallego, 2012, p. 87

En la Tabla 3 observamos que la glándula tiroidea (centro energético de la garganta), tiene que ver con el nivel de satisfacción en el cumplimiento de sus necesidades y responsabilidades, con la creatividad para cumplir sus expectativas o proyectarse a futuro, lo cual se asocia con las expresiones de frustración y poco sentido de vida que expresó la muestra en la primera fase.

Ahora, en la primera fase de la investigación participaron cinco personas como muestra, y si detallamos los valores hormonales que arrojaron los exámenes endocrinos para detectar el tipo de disfunción tiroidea, tenemos lo siguiente (ver Tabla 4).

Tabla 4. Valores hormonales TSH, T3 y T4 de la muestra

Participante	Valores de referencia	TSH (0,27-4,2)	T3 (41-205)	T4 (4,5-12,5)	T3 libre (2,0-4,4)	T4 libre (0,93-1,7)	Diagnóstico
1	Valores obtenidos	19,4*	101,9	4,7	2,71	0,550*	Hipotiroidismo clínico
2*	Valores obtenidos	8,04*	135,5	7,56	3,33	1,11	Hipotiroidismo subclínico
3	Valores obtenidos	9,3*	160,8	10,94	5,65*	1,56	Hipotiroidismo no especificado con bocio
4	Valores obtenidos	6,28*	89,38	5,5	3,09	0,774*	Hipotiroidismo clínico
5	Valores obtenidos	0,005*	650,8*	24,86*	32,55*	7,77*	Hipertiroidismo con bocio

* La participante se encontraba bajo tratamiento farmacológico de reemplazo hormonal. Diagnósticos médicos de la muestra. Fuente: Flórez & Gallego, 2012, p.89

En la Tabla 4 vemos los valores de las hormonas TSH, T3, T4 y T3 y T4 libre en cada una de la muestra, diagnosticados con hipotiroidismo clínico, subclínico, hipotiroidismo no especificado con bocio, hipotiroidismo clínico e hipertiroidismo con bocio. Estos diagnósticos tuvieron relación con el nivel de energía vital de las mujeres de la muestra al igual que

con el promedio de asimetría de sus centros energéticos. Pero, como el interés no es solo quedarnos en el análisis hormonal, detallemos la relación de la alteración o desequilibrio energético de la glándula tiroidea, (centro energético Vishuddhi), y la glándula hipófisis (Ajna) por ser los centros energéticos que tienen relación directa con el hipotiroidismo (ver Figura 1).

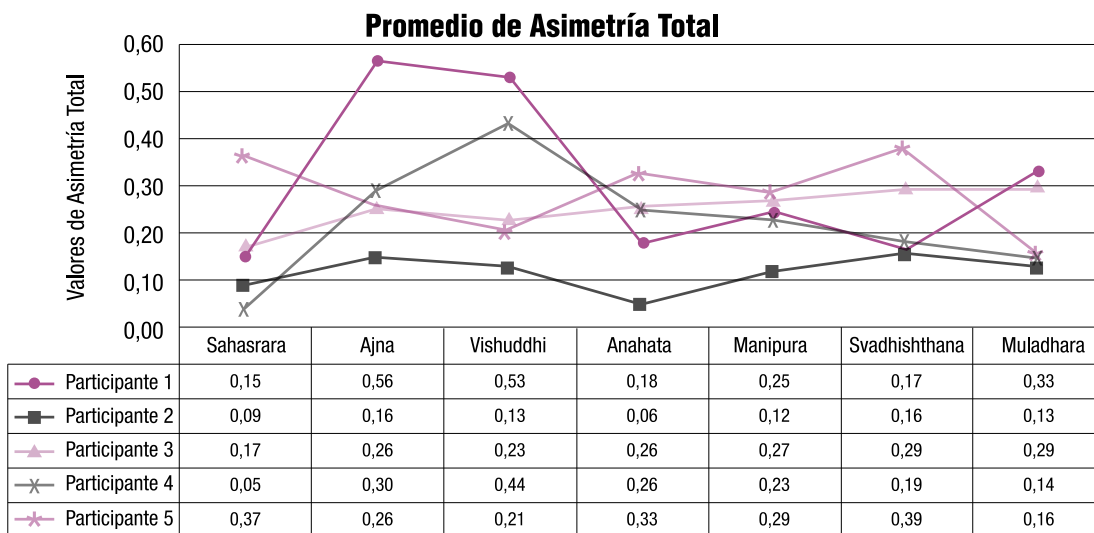


Figura 1. Valores promedio de asimetría total de los centros energéticos (glándulas) de las participantes. Fuente: Flórez & Gallego, 2012, p. 88

En la Figura 1 se observan los promedios de asimetría total de cada uno de los principales centros energéticos (glándulas) de las cinco participantes, considerándose estos indicadores de desequilibrio emocional y físico según las instrucciones de interpretación de la cámara Kirlian GDV. En esta Figura vemos mayor asimetría energética de la glándula tiroides e hipófisis en las participantes 1, 4 y 5; casos que tienen mayor asimetría en comparación con los otros centros energéticos. Los casos 2 y 3 también indican asimetría en la tiroides e hipófisis, solo que son menos graves, y esto tiene que ver con el tipo de diagnóstico (hipotiroidismo subclínico e hipotiroidismo no especificado con bocio, Tabla 4).

En la participante 1 (ver Figura 2), es en la que más se observa deficiencia y alteración de su energía vital en la hipófisis y la tiroides, siendo la totalidad del área de 28973 y la simetría de 88%, lo cual es medido en pixeles, en intensidad de energía o puntos de luz:

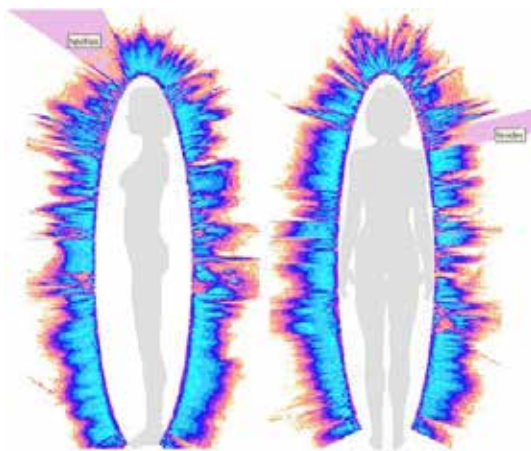


Figura 2. Captura del campo electromagnético, visión lateral y frontal de la participante 1
Fuente: Flórez & Gallego, 2012, p. 90

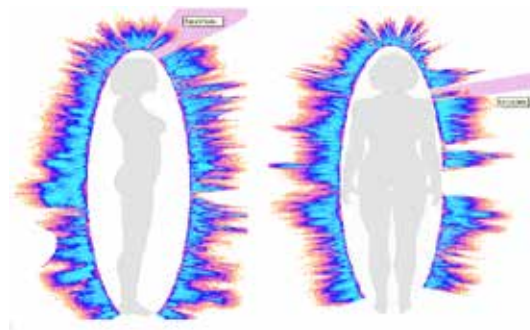


Figura 3. Anormalidad de la energía vital en tiroides e hipófisis en la participante 5
Fuente: Flórez & Gallego, 2012, p. 92

En la Figura 3 también vemos la relación y asociación en cuanto la anormalidad de la energía vital de la tiroides y la hipófisis con el diagnóstico que registra la Tabla 4 (hipertiroidismo con bocio), registrándose el total de área de la energía vital en 26896 y la simetría en 85%. Sucedió lo mismo con los participantes restantes, viéndose la relación de la energía vital con los diagnósticos clínicos, solo que en estos el campo energético de la tiroides y la hipófisis se encuentran menos alterados. Esto se debe a que los diagnósticos eran menos severos, también porque en el caso de la participante 2 esta se encontraba bajo tratamiento farmacológico de reemplazo hormonal (ver Tabla 4).

En síntesis, en todas las participantes se observó una consistencia entre su condición médica (Tabla 4) y el deterioro de la energía vital (Figura 1) correspondiente con lo endocrino, en las que se ve la relación de la energía vital de la tiroides y el diagnóstico médico (hipotiroidismo clínico, hipotiroidismo subclínico, hipotiroidismo no especificado con bocio, hipotiroidismo clínico e hipertiroidismo con bocio) (Tabla 4). Asimismo, se observó a nivel grupal que a mayor severidad de la condición médica, mayor deterioro de la energía vital y mayor desequilibrio emocional y físico, de acuerdo con la medida de asimetría de los centros energéticos (ver Figura 1, 2 y 3).

En cuanto a la propuesta de equiparación de las escalas del cuestionario SCL90-R, los centros energéticos (glándulas) y las escalas señalan mayor consistencia frente a los resultados obtenidos a nivel grupal. Por ejemplo, el centro energético 3 (hígado-páncreas), el 5 (glándula tiroides) y el 6 (hipófisis), en relación con las escalas, psicoticismo, obsesión, compulsión y ansiedad (Flórez & Gallego, 2012). Los resultados permiten entender que existe relación entre lo psicológico, lo energético y lo hormonal.

Después de haber encontrado en el año 2010 la relación entre los síntomas psicológicos de algunas enfermedades endocrinas con la energía vital y los diagnósticos clínicos, en el 2011 se realiza la intervención terapéutica teniendo en cuenta la energía vital de la muestra. Sin detallar aún los resultados de ese proceso, en esta fase se presentaron altibajos en la vida emocional de las mujeres que hacían parte de la muestra, lo que también se vio en los exámenes de laboratorio, las entrevistas semanales realizadas y lo energético, corroborándose la relación que existe entre lo hormonal y la vida emocional de las personas, al igual que con el nivel energético en las áreas de la tiroides y la hipófisis. Antes del proceso la totalidad del área se encontraba en 28973 y la simetría en 88% (Figura 2), posteriormente el área de la energía vital subió a 37284 y la simetría al 95% (ver Figura 4):

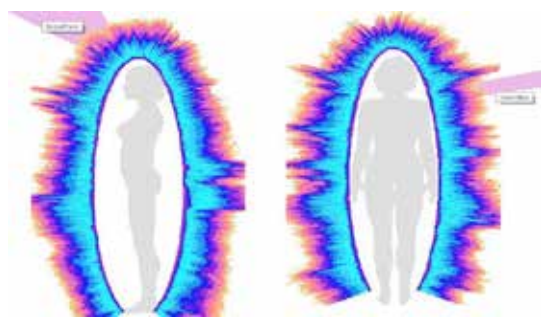


Figura 4. Después del Proceso: mejor circulación de energía en la Tiroides e Hipófisis
Fuente: Grupo Psicología Integral y Desarrollo Humano. 2011

En la Figura 4 vemos cómo el bloqueo y la alteración energética de la hipófisis y la tiroides mejoró notoriamente, coincidiendo con el establecimiento de los niveles hormonales y la disminución de los síntomas, ya que la persona elaboró aspectos de su vida en cuanto a frustración, fracaso y poca valía personal, entre otros.

¿Narcisismo teórico?

Sin desvalorar lo que los intelectuales, académicos y científicos nos han aportado, recordemos con todo respeto las siguiente palabras:

El qué hacer científico, a pesar de su pretensión de perseguir la “verdad”, se halla tan contaminado por las ambiciones personales, la defensa a ultranza de las teorías y el peso de la tradición, que ha terminado sacrificando la participación creativa en la concepción de los objetivos comunes de la ciencia. Gran parte de la humanidad se halla atrapada en un red de intenciones y acciones tan contradictorias que no solo da lugar a una mala ciencia, sino que además genera una desintegración personal y social que, en mi opinión, trasciende las diferencias culturales y geográficas y afecta hasta tal punto a la humanidad que hemos terminado aclimatándonos a ella (Bohm, 2001, p. 10).

Lo que Bohm plantea tiene que ver con “tanto narcisismo” que prevalece en la defensa de teorías y posturas personales que ya lograron un reconocimiento. Ha prevalecido la defensa de posturas teóricas y se nos olvida atender y defender con mayor sencillez las necesidades humanas en las que la ciencia tiene mucho que aportar. Se piensa que aceptar y valorar otras posturas no es conveniente para la vida profesional, y se olvida que con ellas se puede enriquecer la formación. Se teme que los nuevos estudios disminuyan la fiabilidad de los ya aceptados. Esto parece ser una condición humana pero no hay que darlo por determinado, ya que la misma academia, al ser menos temerosa y egocéntrica, puede romper con lo

que de alguna manera ella misma creó. De todas maneras, existen científicos no conformes y gracias a ellos se tienen luces para no caer en la misma cuestión. Dice Laszlo: “La ciencia se encuentra a las puertas de un cambio de paradigma. El nuevo paradigma nos proporciona una comprensión más profunda de la naturaleza de los cambios cuánticos en sistemas complejos, tanto naturales como sociales” (2009, p.12). Esto lo corroborara Wilber cuando dice:

Hoy en día asistimos a la aparición de un nuevo tipo de científico, un científico que, dominando una, o más de una de las ciencias empíricas o fenomenológicas, se dedica también al estudio de la ciencia nouménica. Los ejemplos son diversos: noética (Mitchell, Harman), metapsiquiatría (Dean), psicología transpersonal (Sutich, Maslow), filosofía perenne o trascendental (Leibniz, Huxley), etc. Este esfuerzo y el “paradigma trascendental” al que apuntan pretende usar e integrar los ojos de la carne, de la razón y de la contemplación haciendo así justicia a la totalidad del espectro y de las potencialidades humanas (2010, p. 103).

Según Wilber, “los científicos trataron de obligar a la ciencia empírica, al ojo de la carne a hacer el trabajo de los tres ojos. Y este fue un error categorial por el que no solo la ciencia, sino el mundo entero, han terminado pagando un precio muy elevado” (2010, p. 35). Esto ha influido en la forma en que estamos mirando la salud humana. Así, Lorimer (2007) dice que:

El error filosófico que subyace en esta visión es, una vez más, la división cartesiana y la tendencia resultante de los hombres y mujeres a considerar sus cuerpos como máquinas, a identificarse con su mente, en lugar de identificarse con todo el organismo. Este error es reforzado por la fuerte influencia de la industria farmacéutica, que no está interesada principalmente en mantener a las personas sanas, sino que esta interesada en vender sus productos (p. 59).

Reflexión final

Con todo esto se está recordando que el cuerpo, “primer maestro del médico, es el lugar donde se reflejan la alteración del campo de energía del individuo, pero es el campo energético donde primariamente ha de corregirse la alteración física” (Carvajal, 2010, p. 24). En ese sentido, para el modelo integral no es suficiente con los esfuerzos realizados para mantener y preservar la salud, sino que es necesario tener en cuenta lo energético y la conciencia no lineal (Flórez & Gallego, 2011); se necesita una mirada no fragmentada que facilite integrar los enfoques de la psicología y que contribuya a hacer transdisciplinaridad. Esto tiene relación con lo siguiente: “La enfermedad que el mundo padece necesita algo que sea mucho más que una mera filosofía catedrática que la cure; botellas de drogas verbales no resultarán potentes en la desesperación actual” (Brunton, 1986, p. 76). Tampoco es suficiente con el reconocimiento de académicos que repiten y memorizan las mismas teorías que en ocasiones para las problemáticas actuales poco contribuyen.

De acuerdo con Goswami, se necesita tener en cuenta al mediador en la interacción entre mente y materia, entre la energía sutil y el cuerpo. (Goswami, 2008). Ese mediador es la conciencia, la cual es la base del modelo integral y la psicología integral. En terminos de Capra, se nos olvida que primero se es un ser humano y luego un científico. Falta más compasión, se debe recordar que “no puede haber sabiduría sin compasión, lo que para mí significa que la ciencia carece de valor si no va acompañada de una preocupación social” (Capra, 2007, p. 39). Necesitamos integrar a nuestras posturas los nuevos descubrimientos y las nuevas revelaciones que académicos más conscientes nos están transmitiendo:

Materia, vida y mente son elementos coherentes que forman parte de un proceso de gran complejidad aunque coherente y armonioso. La materia está perdiendo su papel predominante como característica fundamental de la realidad, retirándose ante la energía, y los cambios continuos están sustituyendo a las partículas discontinuas como elementos básicos de un universo bañado en energía y repleto de información. Lo que denominamos universo es un todo integrado, sin fisuras, evolucionando a lo largo de eones de tiempo cósmico y produciendo condiciones en la que pueden emerger la vida, y luego, la mente y la conciencia (Laszlo, 2009, p. 73).

Se necesita dirigir la atención al individuo en su totalidad. Lo que se llama ciencia, con respecto a la salud y la psicología tiene mucho que aportar, siempre y cuando no se quede solamente en el paradigma anterior. Con respecto a las enfermedades endocrinas, el hipotiroidismo y sus clasificaciones sucede algo similar. Con todas esas inquietudes, surge una pregunta:

¿Somos capaces de describir todas las peculiaridades humanas en términos de la química? Personalmente pienso que existen muchas características, que no pueden ser explicadas por nosotros sin usar la noción de energía. Siendo un científico, creo que un buen día alcanzaremos un entendimiento completo, pero este entendimiento requerirá la introducción de nociones, de las cuales ahora no tenemos la menor idea. Tendremos que introducir las nociones de alma y espíritu, que fueron desechadas por Descartes desde el paradigma científico occidental (Moyer, 1995, p. 186).

De esta manera los psicólogos deben empeñarse en no repetir lo que critica el Observatorio de La Universidad Colombiana: “detrás de los miles de psicólogos y estudiantes se esconde un interés mercantilista, pero no científico” (2012). Claro está que lo catalogado como científico no debería quitarle la psiquis al ser humano. No se quiere decir con esto que sea malo ganar dinero, sino que no se olvide del compromiso

que recuerda hasta la misma ley: “Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006, la Psicología es una ciencia sustentada en la investigación encaminada a propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida”. Escuchemos bien: salud, bienestar y calidad de vida, no se menciona dependencia a un medicamento. Pero, ¿cuál es la alternativa?, ¿el fármaco? ¿o lo que promueva el equilibrio natural que no tiene consecuencias ni genera adicciones que debilitan y empobrecen la vida psíquica del ser?

También es necesario considerar al ser humano no como un extraño en un universo materialista, “sino un pleno participante, íntimamente interconectado con todo. Por tanto, su logro de la libertad interior requiere de una profunda comprensión de la totalidad” (Wallace, 2009, p. 23), lo cual explica la física cuántica que aporta a la salud y a la psicología. Se necesita no solo una psicología, sino también una ciencia de la conciencia, no reduciéndola a estados del cerebro físico ni tampoco a la filosofía materialista dominante:

De nuestras vidas, en las aulas, en los medios de comunicación, por nuestros médicos, y a través de las decisiones del gobierno que rigen la salud, el entorno y todo lo demás. Se nos ha machacado de manera tan intensa durante tanto tiempo que hemos llegado a aceptarlo como algo de sentido común. Esto, se nos ha dicho, es lo que “los no creyentes” aceptan como la verdad (Wallace, 2009, p. 59).

Se debe continuar analizando y estudiando lo intangible en la ciencia, como por ejemplo la energía vital, que por medio de algunos instrumentos los más ortodoxos pueden comenzar a aplicar. Es ver al ser como parte de un macro-universo que se relaciona con su micro-universo o su propio cuerpo, en los cuales está implícita la energía

que moviliza la vida. Esto puede sonar para algunos como algo incierto o como una teoría de incertidumbres y opiniones, pero, recuérdese que:

La teoría de la incertidumbre no es una vaga abstracción filosófica. Formulada en primer lugar por el premio nobel Werner Heisenberg, tiene su propia formulación matemática específica que puede aplicarse exitosamente para predecir el resultado de experimentos en laboratorio. Al mismo tiempo, que golpea en el corazón mismo del materialismo científico, de toda la posición realista de la ciencia tradicional y de la visión de la realidad popular, del sentido común (Wallace, 2009, p. 74).

Continuando con lo inmaterial e indeterminado en la salud y la psicología, no solo se tiene un cuerpo físico sino también energético y

vital, e incluso otros cuerpos, según el doctor Goswami (2008). Por lo tanto, no es suficiente con observar la conducta o quedarse en el fragmento donde supuestamente se origina la enfermedad. Los síntomas psicológicos tienen mucho que ver con las causas del hipotiroidismo. La frustración, la depresión y la represión desequilibran la energía vital y los niveles hormonales, los duelos no elaborados también tienen relación con la desarmonía de la energía vital y en general con la salud mental, al igual que la salud mental y física con la vitalidad. En otras palabras, el ser humano no es un androide que para recargarse tenga que conectarse a 110 o 220 voltios para poder moverse y parecer estar vivo. ¿No será más bien que es necesario conectarnos con el propio interior?

Referencias

- ATA. American Thyroid Association. (2005). Copyright ©. Recuperado noviembre de 2011 en www.thyroid.org.
- AMT. Asociación Mexicana de Tiroides, A. C. (2000). Las disfunciones tiroideas son comunes en los adultos y frecuentemente tienen consecuencias clínicas significativas. *Arch Intern Med*, 160, 1573-1575.
- Beinfeld, H., & Korngold, E. (2006). *Entre el cielo y la tierra: los cinco elementos de la medicina China*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Bohm, D. (2001). *Sobre el diálogo*. (2a ed.). Barcelona: Lee Nichol. Kairós.
- Bonnin, C., et al. (2010). *Trastorno bipolar, funciones cognitivas y eje hipotalámico-pituitario-tiroideo*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 4, 223-228.
- Brennan, B. (2004). *Manos que curan*. Buenos Aires: Martínez Rocca.
- Brunton, P. (1986). *La Búsqueda*. Buenos Aires: Kier.
- Cadavid, L., Vivas, J., & Medina, R. (2009). Conversión a hipotiroidismo en tratamiento con 131 por hipertiroidismo secundario a enfermedad de graves hospital de San José. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 18 (4), 233.
- Capra, F. (2007). *Sabiduría insólita. Conversaciones con personajes notables*. Barcelona: Kairós.
- Carvajal, J. (2010). *Hacia una medicina con alma. El horizonte de la síntesis*. Medellín: Viavida.
- Derogatis, L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Flórez, J. D., & Gallego, H. D. (2011). *La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral*. *Revista Tesis Psicológica*, 6, 120-143.
- Flórez, J. D., & Gallego, H. D. (2012). *Síntomas sicosomáticos y análisis energético de algunos tipos de disfunción tiroidea*. *Revista Memorias*, 10 (17), 84-95.

- García, E., Ocaña, A., Torres, A., & Faus, M. (2008). Guía de seguimiento farmacoterapéutico. En *Hipotiroidismo e Hipertiroidismo* (Pp. 1-116). Granada: Universidad de Granada.
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas. Como comprenderlas y dominarlas*. Buenos Aires: Vergara.
- 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 rojo*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Heinrich, T., & Grahm, G. (2003). Hypothyroidism presenting as psychosis: Primary Care Companion, *Psychiatry*, 5 (6), 260-285.
- Hernández, R., Fernández, C., Babiata, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Jung, C. G. (1995). *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Paidós.
- Kaptchuk, T. (2005). *Medicina China. Una trama sin tejedor*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Lara, M., Cárdenas, M., Fócil, M., Espinoza, I., Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL90 en la Evaluación de Psicopatología en Mujeres. *Salud Mental*, 003 (28), 42-50.
- Laszlo, E. (2009). *El cambio cuántico. Cómo el nuevo paradigma científico puede transformar la sociedad*. Barcelona: Kairós.
- Linares, H. (2000). *Nueva era nuevo milenio*. Bogotá: Intermedio.

- Lorimer, D. (2007). *El espíritu de la ciencia*. Barcelona: Kairós.
- Moyer, D. (1995). *Psicología*. Madrid: Panamericana.
- Ortiz, L., & De la Espriella, M. (2004). Hormonas tiroideas y trastornos afectivos. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXII (001), 98-107.
- Observatorio de la Universidad Colombiana. (2012). *El vergonzoso atraso de la psicología colombiana*. Bogotá. Recuperado en http://www.universidad.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2:el-
- Valdivieso, S., Kripper, C., Ivelic, J., Fardella, C., Gloger, S., & Quiroz, D. (2006). Alta prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista Médica*, 134, 623-628.
- Wallace, B. A. (2009). *La ciencia de la mente: cuando la ciencia y la espiritualidad se encuentran*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2010). *Los tres ojos del conocimiento. La búsqueda de un nuevo paradigma*. (6ta ed.). Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2005a). *Breve historia de todas las cosas*. (5ta ed.). Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2005b). *El espectro de la conciencia*. (4ta ed.). Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2000). *Una visión integral de la psicología*. México: Alamah.
- Wolkowitz, M., & Rothschild, A. (1993). Hypothyroidism: a modifiable risk factor for depression? *Psychiatry*, 150, 508-520.