

INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA ENERGÉTICA

Psicología energética: Método, Teoría, Evidencia

David Feinstein, Dr.

Dr. David Feinstein, un psicólogo clínico, ha enseñado en las facultades de la Escuela Universitaria de Medicina Johns Hopkins y en el Colegio Antioch. Tres de sus seis libros – Psicología Energética Interactiva, La Promesa de la Psicología Energética, y El Sendero Mítico – han ganado premios nacionales. Él y su esposa, Donna Eden, están guiando a portavoces para la psicología y medicina energéticas. www.innersource.net
Vean el artículo entero en www.EnergyPsychologyResearch.com.

CITATION: Feinstein, D. (2008). Psicología Energética: Una Revisión de la Evidencia Preliminar.

Psicoterapia: Teoría, Investigación, Práctica, Entrenamiento. 45(2), 199-213.

Psicología Energética: Una Revisión Preliminar de la Evidencia.

David Feinstein, Ph.D.

SINOPSIS

La psicología energética usa exposición generada por imaginación y narrativa, juntamente con intervenciones que reducen la hiper excitación a través de la acupresión y técnicas relacionadas. De acuerdo con los practicantes, esto lleva a resultados de los tratamientos más rápidos, potentes y precisos que las estrategias usadas en otros tratamientos basados en exposiciones tales como la relajación o la respiración diafragmática. El método ha sido tremendamente controvertido. La psicología energética se basa en procedimientos desconocidos adaptados de culturas no-occidentales, propone mecanismos de acción no verificados y las primeras afirmaciones de velocidad inusual y poder terapéutico corren mucho más rápido que el apoyo empírico inicial. Esta conferencia revisa la jerarquía de la evidencia acerca de la eficacia de la psicología energética, desde informes anecdóticos a pruebas clínicas aleatorias. Aunque la evidencia todavía es preliminar y el número de pruebas clínicas aleatorias limitado, la psicología energética ha alcanzado el umbral mínimo para ser designada como una terapia basada en la evidencia, con una forma que ha alcanzado los doce criterios de la División APA (Asociación Americana de Psicología) como un "tratamiento probablemente eficaz" para fobias específicas; otra por mantener la pérdida de peso. Mientras que la investigación está todavía en una etapa relativamente temprana, informes clínicos extensos combinados con la limitada evidencia científica sugieren que la psicología energética mantiene la promesa de un rápido y potente tratamiento para un abanico de problemas psicológicos.

Palabras clave: acupuntura, EFT, psicología energética, TAT, TFT

Copyright 2008, American Psychological Association.

www.apa.org/journals

Este artículo puede no ser la replica exacta de la versión final publicada en la revista de la APA. No es la "copia del archivo"

Psicología Energética: Una revisión de la evidencia preliminar.

David Feinstein, Dr.

La Psicología Energética (PE) está compuesta por un conjunto de procedimientos físicos y cognitivos diseñados para aportar cambios terapéuticos en emociones, cogniciones y comportamientos fijados (Gallo, 2004). Ha sido usada como un enfoque independiente psicoterapéutico, como un adjunto a otras terapias, y como una herramienta de auto-gestión emocional al regresar a casa. En las tres aplicaciones, mientras que el método está afirmado sobre principios psicológicos establecidos en relación al afecto, cognición y comportamiento, también incorpora conceptos y técnicas

de sistemas de sanación no-occidentales y de desarrollo espiritual. Específicamente, la psicología energética, que es un derivado de la medicina energética (Feinstein & Eden, 2008), postula que los desordenes mentales y otros estados de salud están relacionados con perturbaciones de las energías eléctricas del cuerpo y campos de energía.

Muchos de los sistemas eléctricos del cuerpo y campos de energía son comprendidos, verificados fácilmente y un foco de intervenciones establecidas. La aplicación de láser y pulsaciones magnéticas, por ejemplo, pueden ser descritas en términos de longitudes de onda y frecuencias específicas medibles que se han encontrado ser terapéuticas (Oschman, 2003). Otras energías postuladas se consideran ser de una naturaleza más sutil y no han sido directamente medidas por métodos reproducibles. Mientras que tales energías sutiles no son reconocidas generalmente en las estructuras del cuidado de la salud occidentales, están en la raíz de numerosos sistemas antiguos de curación y desarrollo espiritual que no solo todavía son de amplio uso por todo el mundo sino que son cada vez más utilizadas en Occidente (Meyers, 2007).

La PE ha sido referida como la "acupuntura sin agujas" en el tratamiento de desordenes de salud mental. La eficacia de la acupuntura y la acupresión (una forma de la acupuntura sin agujas) está bien establecida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) lista 28 afecciones en las que estudios científicos apoyan fuertemente la eficacia de la acupuntura y 63 afecciones más en las que se han observado efectos terapéuticos pero no establecidos científicamente. Una revisión de 420 artículos por el sitio Web de Información de la Salud del Consumidor de la Escuela Médica de Harvard (www.intelihealth.com) encontraron al menos evidencia preliminar de la eficacia de la acupresión con muchos de las afecciones listadas en el informe de la OMS, incluyendo una variedad de afecciones relacionadas con afectos tales como la ansiedad, la depresión, adicciones, insomnio e hipertensión.

Pueden identificarse más de dos docenas de variantes de PE, siendo la más conocida la Terapia del Campo de Pensamiento (TFT), la Técnica de Acupresión Tapas (TAT) y la Técnica de Liberación Emocional (EFT). Muchas de las variantes adaptan prácticas y conceptos de la acupuntura y la acupresión, otras toman prestado del yoga, la meditación, el qigong y otras prácticas tradicionales. Algunas conciben su distintivo mecanismo terapéutico como la activación de señales eléctricas que supuestamente influyen en la actividad del cerebro (Ruden, 2007), otras como catalizando cambios en los campos de energía putativo, tales como el bio-campo del cuerpo (Rubik, 2002). La TFT, la TAT y la EFT, cada una usando técnicas derivadas de la acupuntura y la acupresión han recibido de lejos la mayor atención e investigación y serán el centro de este artículo.

Una estrategia central compartida.

Casi todas las terapias y enfoques de auto-gestión emocional que caen bajo el encabezamiento de PE, sin embargo, comparten una estrategia central común. Ellas combinan las intervenciones físicas para regular las señales eléctricas o campos de energía con la participación mental en un sentimiento, cognición o comportamiento que es el objeto del cambio. Este emparejamiento simultáneo de la actividad física y la activación mental se cree que altera terapéuticamente la respuesta fijada.

En resumen, más allá de cualquier método desconocido que pueda incorporar, la PE es un tratamiento basado en exposición. La efectividad de las terapias de exposición con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y otros desordenes de ansiedad está bien establecida. Exposición es, de hecho, la modalidad individual para la cual la evidencia es suficiente para concluir, de acuerdo a estrictos estándares científicos (Comité del Instituto Nacional de Medicina sobre el Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático, 2007), que el método es un tratamiento eficaz para el TEPT. Otros tratamientos que tienen un fuerte apoyo empírico en el tratamiento del TEPT, tales como la terapia de procesamiento cognitivo, el entrenamiento en inoculación de estrés,

y la desensibilización y reprocesamiento del movimiento del ojo (EMDR) también incorporan generalmente componentes de exposición considerables (Keane, Foa, Friedman, Cohen y Newman, 2007).

En psicología energética, como con otros tratamientos basados en exposición, la exposición se consigue al provocar – a través de las imágenes, narración, y/o experiencia in-vivo – hiper-excitación asociada con el recuerdo traumático o la situación amenazante. Único para la psicología energética es que la extinción de esta asociación es facilitada por 1) la estimulación manual de puntos de acupuntura y relacionados que se cree que 2) envían señales a la amígdala y otras estructuras cerebrales que 3) rápidamente reducen la hiper excitación. Cuando el cerebro reconsolida entonces el recuerdo traumático, la nueva asociación (a una hiperexcitación reducida o sin hiperexcitación) es retenida. De acuerdo con los practicantes, esto conduce a resultados del tratamiento que son más rápidos (menos tiempo, menos repeticiones) y más poderosos (mayor impacto, mayor alcance) que las estrategias usadas por otros tratamientos basados en exposición que están disponibles para ellos tales como la relajación, la desensibilización, la des-concienciación, inundación o exposición repetida. Otro fortaleza clínica de la que han informado los practicantes es una precisión incrementada, y por tanto menos posibilidad de retraumatización. Al ser capaces de reducir rápidamente la hiper-excitación a un estímulo fijado, numerosos aspectos o variaciones de un problema pueden ser identificados, formulados con precisión y tratados en una sola sesión.

Un sondeo de varios libros de texto principales sobre PE (Callahan y Trubo, 2002; Diepold, Britt, y Bender, 2004; Feinstein, 2004; Gallo, 2004; Hartung y Galvin, 2003; Mollon, 2008) revela cuatro focos típicos de intervenciones de la PE: reducción inmediata de elevada afectividad, extinción de respuestas condicionadas, tratamiento de complejos problemas psicológicos, y estimulación del funcionamiento óptimo del desempeño óptimo. Por ejemplo, la estimulación de puntos de acupuntura específicos (acupuntos) ha estado demostrando disminuir las señales de activación de la amígdala (Hui y otros, 2000) y mantener la presión en tales puntos ha demostrado disminuir rápidamente la ansiedad en gente que ha sufrido heridas menores durante un accidente (Kober, y otros, 2002). Otro ejemplo de la reducción por la PE de la afectividad elevada es que las personas a las que se les requería describir experiencias traumáticas recientes a funcionarios del gobierno evidenciaron menos ansiedad y mayor precisión en sus informes cuando hicieron *tapping* en un conjunto específico de acupuntos mientras volvían a contar el suceso (Carrington, 2005). Al añadir exposición a imágenes, esta estrategia central ha demostrado extinguir un abanico de respuestas condicionadas de mala adaptación, tales como fobias específicas (Wells, Polglase, Andrews, Carrington, y Baker, 2003) y ansiedad por los exámenes (Sezgin y Özcan, 2004). Posteriores elaboraciones han sido aplicadas a una gama de problemas y objetivos psicológicos (Gallo, 2002). Relativamente fácil de aprender, el método es integrado más frecuentemente al repertorio existente del facultativo cuando trata problemas complejos.

Controversias

La PE ha sido tremendamente controvertida entre los psicoterapeutas. Sus defensores han estado reivindicando durante más de dos décadas un nivel de efectividad clínica para una gama de estados médicos que sobrepasa a las modalidades de tratamiento establecidas en su velocidad y potencia, pero un robusto cuerpo de investigación que apoye directamente estas afirmaciones todavía tiene que producirse. Confundiendo este problema básico de credibilidad, la PE está enraizada en un paradigma desconocido adaptado de prácticas del cuidado de la salud no Occidentales, sus técnicas se ven obviamente extrañas (por ejemplo, tararear o contar mientras se hace *tapping* en el dorso de la propia mano) e incluso sus practicantes más

comprometidos están en desacuerdo sobre los mecanismos que podrían explicar los resultados de los que informan.

El enfoque, sin embargo, ganó un fuerte seguimiento popular. "EFT Insights" un boletín electrónico que facilita instrucción sobre cómo usar EFT de forma profesional así como de auto-ayuda, tiene 368.000 suscriptores activos en el momento de redactar este escrito, y este número estaba mostrando un incremento neto de más de 7.000 al mes (G. Craig, comunicación personal, 27 de diciembre de 2007). Los medios han estado intrigados por las afirmaciones hechas por los practicantes de la PE y sus clientes. Numerosos tratamientos de PE de fobias, por ejemplo, han sido aireados en programas de entrevistas en la televisión, incluyendo clips pre y post-tratamiento. En uno de tales programas, una mujer que describió convincentemente un terror a las arañas, apareció calmada, después de una breve sesión de TFT mientras dejaba que una tarántula pasease por su mano (Coghill, 2000).

Los protocolos de PE también son cada vez más utilizados en establecimientos tradicionales de cuidado de la salud tales como Health Maintenance Organizations (Elder, y otros, 2007), esfuerzos de alivio de desastres (Feinstein, en prensa) y Hospitales de Administración de Veteranos. Lynn Garland, un trabajador social en el Sistema de Sanidad de Veteranos en Boston, por ejemplo, informa que ella, juntamente con numerosos colegas, en el uso de la psicología energética en la Administración de Veteranos, están obteniendo "resultados espectaculares en aliviar tanto síntomas agudos como crónicos de traumas relacionados con el combate" (Feinstein, Eden, y Craig, 2005, p.17)

Una organización profesional internacional con más de 1.000 miembros, la Asociación para la Psicología Energética Integral (www.energypsych.org), fue incorporada en los EEUU en 1999 y ha desarrollado un amplio programa de certificación y código ético. La PE está cada vez más reconocida en Europa, con "Psicología Energética Avanzada" calificándose como educación continuada para psicólogos, médicos y profesiones relacionadas en varios países, incluyendo Alemania, Austria y Suiza. Una revisión de uno de los textos principales de la PE (Psicología Energética Interactiva, Feinstein, 2004) en la revista de comentarios de libros en línea de la Asociación Americana de Psicología (APA) nota que a causa de que la PE con éxito "integra antiguas prácticas Orientales con la Psicología Occidental [constituye] una valiosa expansión del modelo tradicional biopsicosocial de la psicología al incluir la dimensión de la energía". El comentario, por uno de los anteriores presidentes de una división de APA, describe la PE como "una nueva disciplina que ha estado recibiendo atención debido a su rapidez y efectividad con casos difíciles" (Serlin, 2005).

Organizaciones profesionales guardianes y forum en los EEUU, no han sido persuadidas, sin embargo. La misma APA señaló en particular a la PE como un tópico inaceptable para que sus patrocinadores ofrecieran a los psicólogos créditos de educación continuada, una política todavía en efecto en el momento de redactar este escrito. UN mordaz comentario del psicólogo de Harvard, Richard McNally (2001), en una edición especial del Journal of Clinical Psychology centrado en la TFT, argumentó que los fallos metodológicos en los estudios existentes del enfoque, dejan sus datos como no interpretables, finalmente sugiriendo que hasta que el fundador de la TFT, Roger Callahan "haya hecho sus deberes, los psicólogos no están obligados a prestar ninguna atención a la TFT" (pg. 1173). En uno de los pocos textos estándar de psicología que mencionan la PE, Corsini (2001), editor de una antología de psicoterapias innovadoras, explica su elección de incluir un capítulo de tales enfoques "extravagantes" apuntando que la TFT "es o una de los más grandes avances en la psicoterapia o una patraña" (pg. 689).

Más allá del familiar dilema del retraso de tiempo entre la introducción de una nueva terapia y su evaluación científica, comprobar la viabilidad de la PE plantea varios retos adicionales. Sus pretendidas acciones no pueden ser explicadas por modelos clínicos

convencionales y algunos de sus métodos no parecen estar basados en ninguna de la lógica aceptada por la ciencia Occidental. Además, a pesar de un fuerte interés popular y un cuarto de siglo de reivindicaciones de eficacia por un número creciente de terapeutas con credibilidad, investigadores neutrales no han llevado a cabo estudios comparativos entre la PE y modalidades convencionales. Mientras que los relativamente pocos estudios que se han realizado por los partidarios del campo tienden a apoyar el nuevo enfoque, a los clínicos, proveedores de seguros, y al público se les requiere hacer las comprobaciones más documentadas posibles entre opiniones fuertemente conflictivas y a pesar de evidencia científica muy limitada tanto para establecer como para rechazar las reivindicaciones sobre el poder terapéutico del método.

El propósito de este documento es considerar la evidencia existente que planea sobre la eficacia de TFT, TAT, y EFT, las formas más ampliamente usadas de PE (una comprobación de literatura, sitios Web, y organizaciones profesionales sugiere que más del 95% de los tratamientos de PE son proporcionados por un practicante formado en una de las tres modalidades). Se necesitan investigaciones subsecuentes para comparar estos enfoques entre ellos, pero su estrategia compartida de estimular acupuntos mientras mentalmente se activan asuntos psicológicos determinados, es el presente enfoque.

Mientras esperamos al cuerpo de las pruebas de control aleatorio (RCT) replicadas y evaluadas a pares, que podrían ser requeridas para confirmar científicamente o descartar las reivindicaciones de los practicantes de PE, este estudio considera el limitado número existente de RCT así como una jerarquía de evidencia que no ha sido evaluada a pares, tales como informes anecdóticos, investigaciones no controladas, estudios de doctorados y maestrías, y otras investigaciones no publicadas. Hay disponible una cantidad inusual de datos de esta naturaleza. Al considerar cada escalón de esta jerarquía de evidencia en sus propios méritos y dentro de una comprensión de sus limitaciones, es posible una evaluación preliminar documentada.

La reseña

Informes anecdóticos, Observaciones sistemáticas y Casos de Estudio.

Un informe anecdótico, en sí mismo, conlleva un bajo nivel de credibilidad científica. Aparte de no ofrecer un estado de comparación para controlar el efecto placebo y otros elementos terapéuticos indeterminados, la evidencia anecdótica está sujeta tanto a selección tendenciosa (los resultados negativos son informados menos comúnmente por los seguidores de un método) como a evaluación tendenciosa (incentivos subjetivos y a veces objetivos para percibir e informar resultados positivos pueden ser considerables).

Sin embargo, cuando llegan informes en grandes cantidades de un amplio abanico de fuentes bastante apartadas de los creadores del método, y están corroborándose sustancialmente uno a otro, un nivel diferente de evidencia puede ser acumulativo. Una fuerte validación anecdótica de la PE está siendo ofrecida en una amplia variedad de establecimientos por segundas, terceras y cuartas generaciones de practicantes, como han contrastado los desarrolladores del método, quienes están predispuestos típicamente en la evaluación de su propio método.

Evidencia Anecdótica.

La Psicología Energética puede no tener precedente en la cantidad de datos de resultados recogidos sistemáticamente que han acumulado. El sitio Web primario de la EFT (www.eftuniverse.com), por ejemplo, cuelga miles de informes anecdóticos basados en auto-ayuda, ayuda de similares, y aplicación profesional de EFT. Un motor de búsqueda en el sitio lista, en el momento de esta redacción, 165 entradas para casos de depresión, 460 para ansiedad, 102 para TEPT (trastorno de estrés postraumático), 141 para pérdida de peso, 128 para adicciones, 90 para rendimiento deportivo y 389 para dolor físico (que con frecuencia tiene un componente emocional).

Mientras que el detalle descriptivo y la calidad de estas entradas varían considerablemente, muchos de ellos presentan al menos un informe de una sesión de tratamiento con resultados con éxito, o éxito parcial según lo juzga el receptor o el practicante. El principal sitio Web de TAT (www.tatlife.com) y su archivo de boletines incluye 93 breves informes de los practicantes del uso con éxito de TAT con variedad de problemas presentados.

Las sesiones de tratamiento son registradas cada vez más en video y puestas a disposición para su examen crítico. Las cintas de vídeo de las sesiones con desordenes diagnosticables, particularmente cuando se incluyen las sesiones de seguimiento, permiten una evaluación más detallada de un método que otros tipos de evidencias anecdóticas. Más de 200 sesiones de EFT forman parte del programa de formación en DVD ofrecidos en www.eftuniverse.com. Entre estas se encuentran rápidas y espectaculares mejoras mostradas por seis pacientes en el Hospital de la Administración de Veteranos en Los Ángeles, aquejados de un severo TEPT prolongado.

Observación Sistemática de PE en alivio de Desastres.

Numerosas historias de casos ilustrando los usos clínicos de la PE son descritos en la documentación publicada (p. ej. Bray, 2006; Gallo, 2002), y mientras que la PE ha sido cada vez más aplicada en situaciones de alivio de desastres, un conjunto de informes anecdóticos y de campo se ha ido acumulando sugiriendo que el método es efectivo en algunos de las situaciones más comprometidas que los practicantes de salud mental puedan encontrarse. Los tratamientos de TFT por equipos internacionales trabajando con víctimas post-desastres en Kosovo, Ruanda, el Congo y Sudáfrica cuentan con resultados de tratamientos de 337 personas (Feinstein, 2008). El tratamiento se centraba en reducir las severas reacciones emocionales evocadas por recuerdos traumáticos concretos, los cuales con frecuencia incluían tortura, violación y ser testigos de los asesinatos de seres queridos. Después de las intervenciones de PE, 334 de los 337 individuos fueron capaces de traer a la mente sus recuerdos más traumáticos del desastre e informar de ninguna excitación psicológica o afectiva. Veintidós cuidadores traumatizados por el Huracán Katrina participaron en un grupo de orientación de 30 minutos seguido por una sesión individual de TFT de aproximadamente quince minutos. Ellos informaron de un promedio de reducción de USA ("Unidades Subjetivas de Angustia" en una escala de cero a diez auto-reportada, según Wolpe, 1958) de una media de 8.14 a 0.76 en 51 áreas de problemas que habían identificado previamente, incluyendo ira, ansiedad, depresión, pérdida de control, pánico, resentimiento, tristeza, vergüenza, culpa del superviviente, y preocupación. (www.innersource.net/energy_psych/articles/ep_energy-trauma-cases.htm).

Se ha informado con frecuencia de mejoras después de la aplicación de métodos de PE post-desastre corroborados por las autoridades sanitarias locales que no tienen ninguna afiliación a ningún método en particular (Feinstein, 2008). La Gran Cruz (el programa de asistencia humanitaria de La Academia de Traumatología) fundada en 1995 después de las bombas de Oklahoma City para atender las necesidades mentales de las víctimas del desastre, ha empezado a usar la PE como protocolo estándar para trabajar con víctimas de desastres. De acuerdo con el fundador de la organización, Charles Figley, quien también sirvió como vocal del comité del Departamento de Asuntos de Veteranos que primero identificó el TEPT: "La psicología energética está demostrándose rápidamente estar entre las intervenciones psicológicas más potentes disponible para los trabajadores de ayuda en los desastres para ayudar a los supervivientes así como a los trabajadores mismos" (C. Figley, comunicación personal, 10 de diciembre, 2005).

Casos de Estudio usando exploraciones cerebrales.

Los casos de estudio se distinguen de los informes anecdóticos por la inclusión de medidas de resultados objetivas, y también con frecuencia aportan mayores detalles clínicos los cuales crean un contexto más fuerte para interpretar los hallazgos. Varios casos de estudio han examinado los cambios en las relaciones de las frecuencias alfa, beta y theta distribuidas por todo el cerebro antes del tratamiento TFT para un individuo diagnosticado con desorden de ansiedad generalizado (DAG) y después de 4, 8, y 12 sesiones (expuesto en www.innersource.net/energy_psych/epi_neuro_foundations.htm). Al acabar las doce sesiones, los síntomas de la DAG desaparecieron de acuerdo con los informes propios y los niveles de USA. Los patrones de ondas cerebrales, consiguientemente, se normalizaron, comparados con los perfiles de las bases de datos. Un segundo caso de estudio, por Diepold y Goldstein (2000), evaluó mediciones cuantitativas de encefalograma (EEG) antes de una sesión de TFT, inmediatamente después de la sesión y en un seguimiento a los dieciocho meses. Se observaron patrones de ondas cerebrales estadísticamente anormales cuando el sujeto pensó sobre un trauma personal acotado antes de la sesión, pero no cuando un suceso neutral (base de referencia) fue traído a la mente. La reevaluación de los patrones de ondas cerebrales siguientes al tratamiento de TFT, que se centró en recuerdos traumáticos, no reveló anormalidades estadísticas cuando el trauma fue activado mentalmente de nuevo. El dolor subjetivo, basado en informes propios, también fue eliminado. En el seguimiento a los dieciocho meses, los patrones de ondas cerebrales todavía eran normales cuando se traía el trauma a la mente. Dos otros estudios de exploraciones cerebrales (Lambrou, Pratt y Chevalier, 2003, Swingle, Pulos, & Swingle, 2004) con cuatro sujetos claustrofóbicos y nueve sujetos traumatizados, respectivamente, también revelaron patrones de ondas cerebrales normalizados tras el tratamiento.

En resumen.

En conjunto, los informes anecdóticos, las observaciones de campo y los casos de estudio dan una impresión de resultados terapéuticos que son tanto rápidos como espectaculares, tal como se resume en la Tabla 1.

Tabla 1: Resumen de Informes Anecdóticos, observaciones sistemáticas y casos de estudio de PE

Fuente	Tratamiento	Condición	Tipo de Evidencia	Cantidad Informada
http://emofree.com	EFT	Gama de problemas y metas	Informe anecdótico	2000+
			Sesión grabada	200+
http://www.tatlife.com	TAT	Gama de problemas y metas	Informe anecdótico	93
			Sesión grabada	20
Bray, 2006	TFT	Estrés Postraumático	Informe anecdótico	6
http://www.innersource.net/	TFT or EFT	Trauma post-desastre	Informe anecdótico	8
energy_psych/articles	Group EFT		Informe anecdótico	3 grupos
ep_energy-trauma-cases.htm	TFT		Observación sistemática	22
Feinstein, 2008	TFT	Trauma post-desastre	Observación sistemática	337
Ver "Case Studies Using Brain Scans" (p. 13)	TFT or EFT	Anomalías en las ondas cerebrales	Caso de estudio	15

Nota: EFT = Técnicas de Liberación Emocional; PE = Psicología Energética; TEPT = trastorno de estrés postraumático; TAT = Técnica de Acupresión Tapas; TFT = Terapia del Campo de Pensamiento.

Mientras que las advertencias sobre informes selectivos y el poder de factores terapéuticos indeterminados tales como el placebo todavía deben ser tenidas en cuenta, este cuerpo de evidencia es demasiado grande y consistente para ser descartado a priori ya que proporciona el contexto para evaluar las sólidas reivindicaciones de fuertes beneficios clínicos que están enredadas en controversias.

Estudios de resultados no controlados.

Ocho estudios de resultados no controlados de PE han sido realizados, cuatro de los cuales han sido publicados después de una revisión a pares. Los estudios de resultados no controlados miden los efectos de la intervención de un tratamiento en una muestra de sujetos de acuerdo a criterios de resultados específicos. No se hace ningún intento para controlar el placebo, la sugestión, el cumplimiento, las expectativas, el paso del tiempo, u otros factores terapéuticos indeterminados a través de la comparación con un grupo sin tratamiento o con otras terapias.

Por ejemplo, a nueve veteranos de los militares de los Estados Unidos los cuales habían estado en combate y a dos miembros de las familias, todos con síntomas de TEPT, se les proporcionó de dos a tres sesiones diarias de EFT con un promedio de alrededor de sesenta minutos cada una a lo largo de un periodo de cinco días. Las mediciones previas y posteriores incluyeron la Evaluación de Síntomas 45 (SA-45), la Lista de chequeo de Trastorno de Estrés Postraumático- Militar (PCL-M), y un diario de sueño. El SA-45 y el PCL-M fueron administrados treinta días antes del tratamiento, inmediatamente antes del tratamiento, inmediatamente después del tratamiento y treinta días después del tratamiento. Las puntuaciones treinta días antes del tratamiento e inmediatamente antes del tratamiento no mostraron cambios

estadísticamente significativos en cualquiera de las medidas. Inmediatamente después del tratamiento, las puntuaciones del TEPT habían caído un 63%, las de depresión un 25%, y para la ansiedad un 31% y cada una de ellas había bajado al rango de la población normal. El insomnio auto-reportado también había caído. Las puntuaciones todavía estaban dentro de intervalos normales a los treinta días posteriores a las pruebas (Church, 2008). Con estimaciones de que el número de personal de las tropas americanas que necesitan tratamiento por TEPT o depresiones mayores excede de 300.000 (Tanielian y Jaycox, 2008) el relativamente corto tiempo de tratamiento y los sorprendentes informes de resultados de este estudio piloto, son merecedores de atención.

El uso de TFT en el orfanato El Shadai en Ruanda también resultó en rápidas mejoras con síntomas de larga duración de TEPT, como indicaron instrumentos estandarizados. Muchos de los niños habían visto a padres, parientes o vecinos morir por machete durante la limpieza étnica doce años antes o estaban reviviendo los horrores de la masacre de 800.000 ruandeses. Las imágenes retrospectivas o pesadillas eran comunes, así como mojar la cama, depresión, retraimiento, aislamiento, dificultad de concentración, nerviosismo y agresividad. Pruebas normalizadas antes y después del tratamiento para TEPT (traducidos a quiñaruanda) fueron administradas a cincuenta de estos niños (27 chicos y 23 chicas) de edades comprendidas entre 13 y 18 años, y una herramienta de evaluación para padres y guardianes de TEPT en niños fue administrada a sus guardianes. El tratamiento, proporcionado en abril y mayo de 2006, generalmente incluía tres sesiones de TFT de aproximadamente 20 minutos cada una. Estos tests estaban estructurados según los criterios del DSM IV para TEPT. Las puntuaciones medias de los síntomas, basados tanto en los tests realizados por los niños como las observaciones de sus cuidadores sobre de los niños, excedieron sustancialmente los límites para un diagnóstico de TEPT. Las puntuaciones después de las tres sesiones eran considerablemente inferiores que los límites. Eran comunes las reducciones inmediatas en visiones retrospectivas, pesadillas y otros síntomas. La repetición de las pruebas un año más tarde mostró que las mejoras se mantenían. Los detalles de estas conclusiones están siendo preparadas para su publicación (C. Sakai, comunicación personal, 7 de marzo de 2008).

Tabla 2: Seis estudios de Resultados no controlados

Fuente	Tratamiento	Condición, N	Mediciones	Diferencia antes/después, <i>p</i> <
=revisados a pares Rowe, 2005	18 horas de entrenamiento en EFT en grupo	Medidas globales de dolor psicológico N = 102	Lista de chequeo de síntomas Derogatis (forma corta)	0.0005
Swingle, Pulos, Swingle, 2004*	2 sesiones de EFT	Estrés traumático tras accidente de automóvil N = 9	USA inventario de síntomas	.001, .05
Lambrou, Pratt, Chevalier, 2003*	1 sesión de TFT de 30 minutos	Claustrofobia, N = 4	Speilberger State-Trait Inv. de Ansiedad	0.001
Folkes, 2002*	De 1 a 3 sesiones de TFT	Refugiados e inmigrantes con TEPT síntomas N = 29	Lista de chequeo TEPT	0.05
			Subescalas:	0.05
			Pensamientos invasivos	0.05
			Evasión	0.05
			Hipervigilancia	0.05
Darby, 2001	1 sesión de TFT de 1 hora	Fobia a las agujas N = 20	USA, Wolpe & Lang Encuesta de Medo	.001, .001
Sakai, et al., 2001	Promedio de 51.4 sesiones de TFT en un HMO	31 diagnósticos psiquiátricos N = 714	USA	.001 para 28 condiciones; .01 para los otros 3

Nota: EFT = Técnicas de Liberación Emocional; HMO = Organización de Cuidado de la Salud; TEPT = trastorno de estrés postraumático USA = Unidades Subjetivas de Angustia; TFT = Terapia del Campo de Pensamiento

Los otros seis estudios de resultados no controlados están resumidos brevemente en la tabla 2. Aunque estos estudios tienden a corroborarse unos a otros, factores independientes de la intervención investigada pueden haber sido ingredientes activos en las mejoras observadas. Cada uno también tenía fallos pequeños y grandes (p.ej. los hallazgos de Rowe, 2005 pueden haber sido artefactos de la intensa experiencia en grupo más que de EFT; Lambrou, Pratt, & Chevalier, 2003, tenían un N muy bajo; Folkes, 2002, no controló las diferencias entre practicantes, historias de estrés traumático, o diagnósticos múltiples; Darby, 2001, tanto administró el tratamiento como recogió los datos; y Sakai, y otros, 2001, sólo usaron la USA auto-informada). Sin embargo, los estudios de resultados no controlados pueden facilitar evidencia preliminar que ayude a las determinaciones previas y al guiado de futuras

investigaciones y fuertes mejoras pre y post tratamiento fueron consistentes en todos estos seis estudios.

Pruebas controladas aleatoriamente con generalización limitada

Cuatro estudios, recogidos en la tabla 3, usaron diseños controlados aleatoriamente. Debido a varias otras limitaciones de diseño, sin embargo, su generalización es restringida.

Tabla 3: Cuatro PCA con generalización limitada

Fuente <small>*=revisados a pares</small>	Tratamiento, N	Controles, N	Mediciones	Comparación
Andrade & Feinstein, 2004	Series de sesiones de TFT, aprox 2500 pacientes con desorden de ansiedad	Series de sesiones de CBT, aprox 2500 pacientes con desorden de ansiedad	Entrevistas Post-tratamiento (entrevistador cegado al enfoque del tratamiento)	Efecto más fuerte de la TFT, $p < .0002$
Wade, 1990	1 sesión de TFT, fobias, N = 28	Lista de espera N= 25	USA	Efecto más fuerte de la TFT, $p < .001$
Irgens, Uldal, & Hoffart (2007)	Tratamientos con TFT para fobia social, agorafobia o PTSD, N = 24	Lista de espera N= 24	Varios inventarios de ansiedad	Efecto más fuerte de la TFT, .01 a .001
			Inventario de depresión	Ns
Carbonell & Figley, 1999*	Tratamientos con TFT de estrés traumático, N = 12	EMDR Test de estrés traumático stress, N=6; Reducción de Incidentes Traumáticos (TIR), N = 5	Los 3 tratamientos dieron reducciones duraderas significativas similares de ansiedad en medidas normalizadas, diferencias se requirieron en tiempo	Promedio (minutos): TFT = 63 EMDR = 173 TIR = 254

Nota: CBT = Terapia de Comportamiento Cognitivo; EMDR = Desensibilización y Reprocesado del Movimiento del Ojo; HMO = Organización de Mantenimiento de la Salud; TEPT = Trastorno de Estrés postraumático; RCT = Prueba controlada aleatoriamente; USA = Unidades Subjetivas de Angustia; TFT = Terapia de Campo de Pensamiento; TIR = Reducción de Incidentes Traumáticos.

En el primero y más largo de estos estudios, once clínicas en Argentina y Uruguay que habían estado usando la CBT(Terapia de Comportamiento Cognitivo) en sus tratamientos de ansiedad, introdujeron la TFT y llevaron a cabo una serie de estudios comparativos informales en sus instalaciones entre los dos métodos (informado por Andrade y Feinstein, 2004). En el más grande de estos, que fue realizado continuamente en un periodo de cinco años y medio, aproximadamente 5.000 pacientes diagnosticados con una gama de desordenes de ansiedad fueron asignados aleatoriamente a tratamiento con TFT o con CBT. Los entrevistadores que estuvieron

cegados a la modalidad de tratamiento clasificaron a cada paciente en una de tres categorías al terminar la terapia: sin mejora con el problema actual, alguna mejora, o remisión completa. Se informó de remisión completa en el 76% de los pacientes en el grupo de TFT y del 51% en el grupo de CBT ($p < .0002$). Se informó de alguna mejora a completa remisión por el 90% de los pacientes en el grupo de TFT y del 63% en el grupo de CBT ($p < .0002$). Otras pruebas controladas aleatoriamente con 190 pacientes diagnosticados con fobias específicas se centraron en la longitud del tratamiento. 78% del grupo de TFT informó de mejora de parcial a completa al terminar después de una media de tres sesiones (abarcando entre una y siete); el 69% del grupo de CBT informó de mejoras parciales a completas a la finalización después de una media de 15 sesiones (abarcando entre 9 y 20). Las superiores proporciones de mejoras producidas por TFT sobre CBT y la menor cantidad de sesiones requeridas para conseguirlas, mostraron una fuerte significación estadística.

Cada una de las pruebas controladas aleatoriamente resumidas en la Tabla 3 tenía limitaciones de diseño que hacen de sus hallazgos difíciles de interpretar o generalizar. Los datos del estudio de Sudamérica están contaminados por una cantidad de factores tales como la informalidad en el registro de datos, la evaluación subjetiva de resultados y las variables que no fueron controladas rigurosamente. Los datos de resultados de Wade, 1990, se limitaron a informes propios. Irgens, Uldal y Hoffart, 2007, no controlaron estrictamente la introducción de otros enfoques en conjunción con TFT. Carbonell y Figley (1989) usaron un N (muestra) muy pequeña distribuida muy irregularmente entre las condiciones del tratamiento. Aún así, como con los estudios de resultados no controlados, estas fuentes adicionales de evidencia primaria parecen corroborar los informes clínicos.

Siete Pruebas Controladas con fuerte Potencial de Generalización.

Cinco pruebas clínicas aleatorias cuyos hallazgos pueden ser interpretados y generalizados con más facilidad, han investigado tratamientos de PE con ansiedad a hablar en público, ansiedad a hacer exámenes, control de peso, ansiedad y dolor posteriores a lesiones, y fobias a insectos o pequeños animales. Una sexta prueba controlada aleatoriamente extendió y parcialmente replicó el estudio de fobias. Una séptima investigación usó a sus sujetos como sus propios controles en otra réplica parcial del estudio de fobias. Estos siete estudios están resumidos en la Tabla 4, y ya que constituyen una clase de evidencia más fuerte que aquellas presentadas en secciones previas, son descritas aquí con más detalle.

Tabla 4: Siete pruebas controladas con fuerte potencial de Generalización mostrando que la PE es estadísticamente superior a otros tratamientos de estados.

Fuente	Condición	Tra tamiento,	Controles,	Mediciones	Dif.
<i>*=revisados a pares</i>		N	N		<i>p <</i>
Schoninger, 2004	Ansiedad a hablar en público	1 sesión de TFT N=24	Lista de espera N=24	USA, Escala de Ansiedad del Orador, Escala de ansiedad Trait/State	0.001
					0.001
					0.001
Sezgin & Özcan, 2004	Ansiedad por exámenes	Entrenamiento en EFT N=16	Entrenamiento en relajación N=16	Inventario de ansiedad por examen normalizado	0.05
Elder, et al., 2007*	Mantenimiento de la pérdida de peso	10 horas de sesiones de TAT en grupo en 12 semanas N=27	Sesiones de 10 horas de qigong en grupo en 12 semanas N=22	Mantenimiento de la pérdida de peso después de 10 sesiones de grupo y luego 12 semanas más tarde	0.006 0.000
Korber, et al., 2002*	Ansiedad, dolor y elevadas pulsaciones después de heridas	Acupresura aplicada por paramédicos antes del traslado al hospital N=20	Acupuntura fingida aplicada por paramédicos N=20 Sin tratamiento N=20	Frecuencia de pulso, Escala Visual Analógica dolor de ansiedad	0.001
					0.001
					0.001
Wells, et al., 2003*	Fobia específica (replica parcial de Wells)	Sesión de EFT de 30 min. N=18	Sesión de Respiración Diafragmática de 30 min. N=17	USA, Sondeo Estandarizado de Miedo, Tarea de Enfoque Conductual	0.005
					0.005
					0.02
Baker & Siegel, 2005	Fobia específica (replica parcial de Wells)	Sesión de EFT de 45 min. N=11	Consejo de apoyo de 45 minutos N=10	USA, Cuestionario de Miedo 1, 2 Tarea de Enfoque Conductual	0.001
					0.02
					0.001
					0.03
Salas, 2001	Fobia específica (replica parcial de Wells)	1 sesión de EFT 1 Respiración diafragmática, N=22 (la mitad en cada uno)	Los sujetos fueron sus propios controles	USA, Inventario de Ansiedad Beck, Tarea de Enfoque Conductual	0.01 a 0.001

Nota: EFT = Técnicas de Liberación Emocional, RCT = Pruebas controladas aleatoriamente; USA = Unidades Subjetivas de Angustia; TAT = Técnica de Acupresión Tapas; TFT = Terapia de Campo de Pensamiento.

Ansiedad de hablar en público. En una investigación de la eficacia de TFT con la ansiedad de hablar en público, 38 mujeres y 10 hombres con ansiedad de hablar en público identificada por ellos mismos, fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control de lista de espera (Schoeninger, 2004). Cada uno de los 48 sujetos dio charlas improvisadas delante de una pequeña audiencia y después se les dieron instrumentos de auto-reporte para medir sus respuestas emocionales a la experiencia de hablar en público. Las medidas incluyeron la Escala de Ansiedad del Orador de Clevenger y Halvorson, la Escala de Ansiedad de Estado y Rasgos de Spielbergger, y calificaciones de USA (Unidades Subjetivas de Angustia). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en las mediciones anteriores al tratamiento. A los sujetos en el grupo en tratamiento se les dio una única sesión de TFT de hasta una hora centrada en hablar en público. Luego, ellos dieron otra charla improvisada bajo las mismas condiciones, seguida por las mismas mediciones de ansiedad. Las puntuaciones en las tres medidas fueron significativamente más bajas comparadas con las puntuaciones anteriores al tratamiento ($p < .001$). Las puntuaciones de ansiedad del grupo de control seguidas por una segunda charla (en lugar del tratamiento, hubo un retraso de dos semanas entre las charlas dadas por el grupo en espera) se incrementaron ligeramente, aunque no significativamente. Al grupo en espera se le dio entonces una sesión de TFT de hasta una hora. Las pruebas inmediatamente posteriores revelaron puntuaciones de resultados mejorados equivalentes a aquellas del grupo original en tratamiento. Cambios significativos antes y después del tratamiento en la escala de Ansiedad del Orador incluyeron menos timidez, confusión, actividad fisiológica y ansiedad posterior a la charla, así como desenvoltura incrementada, anticipación positiva e interés en dar una futura charla. En las entrevistas de seguimiento cuatro meses más tarde, los resultados del tratamiento parecía haberse mantenido, de acuerdo a los relatos de los participantes, con informes frecuentes de una auto-expresión más efectiva en varios contextos, aunque no se administraron instrumentos estandarizados.

Ansiedad por realización de exámenes. EFT fue comparada con la Relajación Muscular Progresiva (PMR) en el auto-tratamiento de la ansiedad por exámenes con un grupo de estudiantes adolescentes bajo tratamiento intensivo para la preparación del examen de admisión a la Universidad en Turquía (Sezgin y Özcan, 2004). Treinta y dos estudiantes con altas puntuaciones en la forma turca del Test de Inventario de Ansiedad (TAI) fueron divididos aleatoriamente entre dos grupos ($N=18$). Cada grupo recibió primero una conferencia sobre la modalidad a ser usada (EFT o PMR). A los alumnos en el grupo de EFT se les enseñó luego a auto-aplicarse los procedimientos de tapping de EFT mientras se centraban en realizar el test. Los estudiantes del grupo de PMR recibieron CDs de audio de instrucción para relajación muscular progresiva, publicados por la Asociación Turca de Psicología. A los grupos se les pidió que se aplicaran EFT o PMR (según las instrucciones del CD de audio) tres veces por semana durante los dos meses siguientes, particularmente las veces cuando sintieran ansiedad sobre el examen. Entonces se volvió a administrar el TAI (todavía antes de la entrada al examen). Ambos grupos mostraron una reducción significativa en la ansiedad por el examen, pero la reducción para el grupo de EFT (la puntuación media antes del tratamiento de 53.9 se redujo a 33.9) fue significativamente mayor que la reducción (56.3 a 44.9) para el grupo de PMR ($p < .05$).

Pérdida de peso. Un estudio realizado por el Centro Permanente Káiser para la Investigación de la Salud dirigido al hecho de que a pesar de amplios esfuerzos gubernamentales, profesionales y de la comunidad, "la epidemia de obesidad continua afectando a más de cien millones de Americanos. Un factor principal que contribuye al crecimiento de la epidemia es la ganancia de peso posterior a una pérdida de peso, que es desalentadoramente común" (Elder y otros, 2007, pg. 68). Los investigadores

estaban interesados en la efectividad potencial de las terapias mente-cuerpo para el control del peso (este estudio comparó la TAT y el qigong). Un grupo de apoyo para el mantenimiento del peso se usó como estado de control. Para ser elegible para este estudio, los participantes tenían que haber perdido al menos 3.5 kg durante un programa previo en grupo de pérdida de peso de 12 semanas, el cual incluía apoyo social así como información sobre teorías de comportamiento y de motivación. Los participantes (la pérdida de peso media fue de 5.33 kg) fueron situados luego aleatoriamente en uno de tres programas de mantenimiento de pérdida de peso: TAT (enfocándose en problemas tales como los orígenes de los problemas del peso de los participantes o factores dificultando la pérdida de peso), qigong (otra intervención enraizada en la Medicina Tradicional China que combina ejercicios mentales y físicos) o un grupo de apoyo que investigó las estrategias del mantenimiento de la pérdida de peso y proporcionó oportunidades para compartir experiencias y formular preguntas. Los tres tratamientos fueron ajustados a la intensidad de contacto, con cada uno proporcionando diez horas de tiempo de contacto de grupo durante las primeras 12 semanas de la fase de mantenimiento de la pérdida de peso.

TAT fue superior a las otras dos condiciones en el mantenimiento de la pérdida de peso, con una pérdida de peso adicional de sus participantes de 0.1 kg a las 12 semanas y una ganancia de solamente 0.1 kg a las 24 semanas. Los participantes de Qigong habían vuelto a ganar 1.5 kg. a las 12 semanas ($p < .006$ comparado con TAT) y 2.8 kg a las 24 semanas ($p = .000$). Los participantes del grupo de apoyo habían vuelto a ganar 0.3 kg a las 12 semanas y 1.2 kg a las 24 semanas, números que no alcanzan la significación estadística comparada con los participantes de TAT ($p < .09$ a las 24 semanas). Curiosamente, los participantes con un historial recurrente de pérdida insatisfactoria de peso tenían más probabilidad de ganar peso si estaban asignados al grupo de apoyo, pero este efecto no se encontró en los grupos de TAT o qigong ($p < .03$).

Ansiedad, Dolor y Elevadas pulsaciones cardíacas después de una lesión. Un estudio de tratamiento de acupresión por paramédicos inmediatamente posterior a una lesión, publicado en *Anesthesia & Analgesia* (Kober, y otro, 2002) condujo a sorprendentes reducciones en la ansiedad, dolor y elevadas pulsaciones cardíacas. Mientras que sin estar limitada específicamente a TFT, EFT o TAT, sus hallazgos están incluidos aquí porque son las únicas pruebas controladas aleatoriamente de un enfoque de PE administrado in vivo. Tres tratamientos de estados fueron usados para investigar los efectos de la acupresión sobre el dolor, la ansiedad y el ritmo cardíaco en pacientes que habían sufrido lesiones leves que sin embargo requerían paramédicos para su traslado al hospital. La condición 1 incluía que el paramédico mantuviera un conjunto de puntos de acupuntura preseleccionados durante tres minutos después de que se completaran intervenciones médicas pero antes del traslado al hospital. La condición 2 era idéntica excepto que el tratamiento incluía mantener áreas de la piel que no contenían puntos de acupuntura reconocidos (puntos "fingidos"). La condición 3 incluía tres minutos de espera sin ninguna aplicación de acupresión o acupresión "fingida". Sesenta pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de estos tres grupos. Un observador independiente, ciego a la condición de tratamiento, registró signos vitales y la auto-evaluación del paciente de su dolor y ansiedad en una escala visual análoga antes del tratamiento de acupresión y después de la llegada al hospital. Los tratamientos que usaron puntos tradicionales resultaron en una reducción significativamente mayor de la ansiedad ($p < .001$), dolor ($p < .001$) y elevado ritmo cardíaco ($p < .001$) que los otras dos condiciones de tratamiento.

Fobias específicas. Una prueba controlada aleatoriamente comparó EFT con una forma de Respiración Diafragmática (RD) en el tratamiento de fobias específicas a insectos o pequeños animales, incluyendo ratas, ratones, arañas y cucarachas (Wells, Polglase, Andrews, Carrington, y Baker, 2003). La RF fue diseñada par incluir

elementos verbales similares a los de EFT. Los dos tratamientos de condiciones fueron, excepto para la primera variables (la intervención física; tapping o RD), mantenidas tan similares como fue posible de modo que los investigadores fueran capaces de determinar si el *tapping* fue el factor operativo en cualquier beneficio del tratamiento. A los voluntarios, reclutados a través de anuncios en prensa y radio, se les hizo una amplia entrevista telefónica estructurada sobre el criterio DSM IV para fobia específica. Los participantes seleccionados para su inclusión se ajustaban a este criterio, no estaban recibiendo ningún tratamiento para la fobia y acordaron ser contactados para pruebas de seguimiento. Los sujetos potenciales que informaron de un nivel de USA de menos de cinco mientras estaban directamente delante del insecto o animal temido (un insecto o animal vivo fue usado para la evaluación pero no para el tratamiento), también fueron excluidos del estudio.

Treinta y cinco participantes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento con EFT (N=18) y al tratamiento de RD (N=17). Una forma modificada de las Instrucciones Estándar para Auto-evaluación de Pacientes de Fobias (usando tres de las cuatro medidas):

Fobia objetivo principal, fobia global y ansiedad-depresión) fue administrada para medir los síntomas fóbicos y el cambio. Se diseñó una Tarea de Comportamiento de Aproximación (TCA) para medir los niveles de los participantes de eludir el animal temido. Se evaluó a los participantes sobre cuánto se permitirían acercarse al animal temido de acuerdo a 8 puntos de medición (fuera de la sala, puerta cerrada; fuera de la sala, puerta abierta; dentro de la sala a 5, 4, 3, 2, y 1 metro y directamente delante del animal). Los niveles de USA fueron tomados en cada uno de los puntos que el participante alcanzaba en la TCA. Las demandas del experimentador se mantuvieron bajas, sin que se animara a los participantes a acercarse al animal. Un asistente de investigación que estaba cegado al tratamiento de la persona, tomaba manualmente el ritmo cardíaco como referencia siguiendo a la compleción de los datos demográficos y una vez de nuevo en el punto en el que el cliente se paraba voluntariamente en la Tarea de Comportamiento de Aproximación.

La sesión de tratamiento, que estaba limitada a 30 minutos y empezaba cuando el experimentador daba un breve razonamiento para intervenir, fue realizada inmediatamente a continuación del pre-test. Después del tiempo designado, el tratamiento se paraba y tests posteriores eran administrados en el mismo orden que los tests anteriores, usando idénticas medidas. En el seguimiento, los participantes eran vueltos a testar en todas las medidas y también se les daba la oportunidad de comentar sus experiencias con los investigadores.

Ambos grupos mostraron mejoras inmediatas posteriores al tratamiento en las cinco medidas, siendo EFT superior en cuatro de ellas: cuestionario sobre el miedo ($p < .005$), TCA ($p < .02$), nivel de USA durante la TCA ($p < .02$), y nivel de USA antes y después del tratamiento ($p < .005$). El ritmo cardíaco decreció aproximadamente igual siguiendo ambos tratamientos. Doce participantes del EF y 9 de la RD estuvieron disponibles para el test de seguimiento entre seis y nueve meses después del tratamiento. Las puntuaciones del seguimiento para el grupo de EFT en la TCA, el nivel de USA durante la TCA y el nivel de USA antes y después del tratamiento mostraron que las mejoras encontradas inmediatamente después del tratamiento se habían mantenido. Las puntuaciones en el cuestionario de miedo indicaron un aumento de miedo desde el tratamiento, pero todavía eran significativamente más bajos que las puntuaciones originales antes del tratamiento ($p < .025$).

Fobias específicas- Reproducción de Estudios. Una duplicación parcial del estudio de Wells (Baker y Siegel, 2005) usó controles aleatorios (N=11 para el grupo de EFT, N=10 para el grupo de control) y corroboró sus hallazgos. Baker y Siegel añadieron una tercera condición, un grupo de control sin tratamiento (N=10) y cambiaron la condición de comparación para la respiración diafragmática a una entrevista de soporte

en la que se les daba a los participantes una oportunidad de comentar sus miedos en un ambiente respetuoso y de aceptación. El tiempo asignado para los dos tratamientos de condición también fueron cambiados pasando de 30 minutos a 45. EFT fue superior en 5 medidas anteriores/posteriores: USA siguiente al tratamiento, USA durante la TCA, el cuestionario del miedo, un cuestionario de miedo a los animales diseñado para el nuevo estudio, y la TCA (.001,.002,.02,.001, y .03 respectivamente), apoyando los hallazgos del estudio original. Donde el tratamiento de la respiración diafragmática resultó en alguna mejora en el estudio original, los participantes de la entrevista de soporte y control de la condición sin tratamiento de este estudio no mostraron cambios significativos en las medidas de los cuestionarios. Como en el estudio original, sólo el ritmo cardíaco mostró grandes, pero iguales cambios para ambos tratamientos. El seguimiento, en promedio 1.4 años más tarde, mostró que los efectos de EFT persistían aunque de forma atenuada.

Una tesis doctoral no publicada de Salas (2001) también replicaba parcialmente el estudio de Wells. Más que usar un grupo de control, los veintidós sujetos sirvieron como sus propios controles, la mitad recibiendo EFT primero y luego RD, la otra mitad recibiendo primero RD y luego EFT. Los sujetos eran alumnos universitarios quienes habían informado tener fobias específicas las cuales, para ser incluidas en el estudio, valoraron en ocho o más alto en un recuento escrito de USA. Las fobias que ellas mismas no se adaptaban a las pruebas concretas en la Tarea de Comportamiento de Aproximación, tales como el miedo a volar, tampoco fueron incluidas. Estas medidas.- el recuento de ansiedad de Beck, una TCA modificado y niveles de USA- fueron administradas antes de cada tratamiento, después del primer tratamiento, y después del segundo tratamiento. La RD produjo una reducción significativa de la ansiedad ($p < .001$) tal como se midió por el USA cuando fue el primer tratamiento, pero no cuando fue el segundo tratamiento y no produjo mejoras significativas de acuerdo a los otros dos parámetros sin importar el orden de los tratamientos. EFT produjo una reducción significativa de la ansiedad en los tres parámetros, tanto si fue usada como el primer o el segundo tratamiento. Los niveles de USA mejorados con EFT, tanto dados antes como después de RD, estaban en el nivel de .001. Las mejoras tanto en el recuento Beck y en la TCA modificada estaban en el nivel .001 cuando EFT fue administrada en primer lugar y en el nivel .01 cuando se administró en segundo lugar.

Discusión de los estudios controlados.

¿La introducción de los así llamados métodos energéticos dentro de la psicoterapia representa una moda pasajera, una remodelación de modalidades establecidas, o una innovación genuina? En 1992, la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de APA) designó un grupo de expertos guiado por Dianne Chambless para considerar los métodos de identificar psicoterapias efectivas y para educar a los psicólogos, aseguradores y al público general sobre ellos. El informe del grupo designado (Grupo de expertos acerca de la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos, 1995) juntamente con una serie de actualizaciones y comentarios por Chambless y varios colegas, se ha convertido en un estándar para la evaluación de tratamientos usando criterios basados en la evidencia. El Grupo de Expertos designa dos categorías para las terapias que tienen suficiente respaldo empírico: "Tratamientos bien establecidos" y "Tratamientos probablemente eficaces". Los estándares de la división 12 están diseñados para aislar factores terapéuticos genéricos tales como el placebo, la sugestión, el cumplimiento y el efecto esperado. Asuntos tales como el diseño de la investigación, selección de sujetos, especificidad del problema o desorden, implementación del tratamiento, evaluación del resultado, análisis de los datos, duplicación y la resolución de datos conflictivos son discutidos todos y se ofrecen líneas maestras para aquellos que evalúan la investigación clínica (Chambless y Hollon, 1998). Para alcanzar el criterio para "Tratamiento bien establecido", el enfoque puede demostrar eficacia probando él mismo ser estadísticamente superior al placebo o a un

tratamiento no probado en al menos dos estudios bien diseñados comprobados por duplicado llevados a cabo por diferentes investigadores o por equipos de investigación (Chambless y otro, 1998). El tener uno de tales estudios en la documentación alcanza el criterio para ser un "Tratamiento probablemente eficaz". Dos criterios adicionales para cada categoría incluyen que la muestra de clientes debe estar claramente especificada y que la implementación del tratamiento debe ser uniforme, tanto a través del uso de manuales como por otros medios tal como cuando la intervención de un tratamiento que es relativamente simple "está adecuadamente especificado en la sección de procedimientos en el artículo de la publicación, probando su eficacia" (Chambless y Hollon, 1998, pg. 11).

El estudio de EFT de Wells (Wells, Polglase, Andrews, Carrington, y Baker, 2003) y el estudio de TAT de Káiser (Elder y otros, 2007) cada uno traspasa la PE más allá del umbral formulado por el Grupo de Expertos de la División 12, estableciendo EFT como un "Tratamiento Probablemente Eficaz" para fobias específicas y a TAT como un "Tratamiento Probablemente Eficaz" para el mantenimiento de la pérdida de peso (aunque la División 12 no ha evaluado todavía ninguno de los dos estudios en informes publicados). Cada uno es una investigación bien diseñada, aleatoria y comprobada por duplicado. El estudio Wells demostró que una sesión de exposición a imágenes además de *tapping* fue estadísticamente superior a la sesión con exposición a imágenes más respiración diafragmática en el tratamiento de fobias a insectos y pequeños animales. El estudio de Káiser, comparando los dos enfoques cuerpo - mente, demostró que TAT era significativamente más efectiva que el qigong en mantener la pérdida de peso en un período de 24 semanas.

Problemas sin resolver.

Más allá de la investigación necesaria para establecer con mayor firmeza la eficacia de la PE, varias cuestiones adicionales reclaman una investigación más particular. Presionando entre estas está la necesidad para un mejor entendimiento de los mecanismos que forman los tratamientos de PE, el uso de PE en problemas psicológicos complejos y las condiciones para las cuales la PE tiene más posibilidades de ser efectiva.

Mecanismos. Los mecanismos distintivos de acción de PE – más allá de elementos comunes para muchos enfoques clínicos, tales como la construcción de una alianza clínica – están siendo cada vez más explicados por los practicantes de PE de acuerdo a principios subyacentes al tratamiento de exposición combinado con principios de la base de la acupuntura. El tratamiento de exposición, más allá de reducir la hiperexcitación en el momento, está construido sobre el principio de que siempre que se accede a un recuerdo, debe ser entonces reconsolidado en la neurología y sistema cognitivo de la persona. (Garakani, Mathew, y Charney, 2006). Mientras que la consolidación, el proceso por el cual se almacena la información recientemente aprendida, se creía en un tiempo que ocurría solamente en el momento de la experiencia, un programa de investigación en la Universidad de Nueva York guiado por Joseph LeDoux ha demostrado que "los recuerdos consolidados, cuando son reactivados a través del recuerdo, se vuelven lábiles (susceptibles de disrupción) de nuevo y sufren reconsolidación (incluyendo cambios en las respuestas límbicas que evocan) antes de volver a ser almacenados de nuevo. Este proceso es un ingrediente esencial para todas las formas de terapia expositiva.

Pero la exposición in vivo o imaginaria en sí misma no es suficiente para asegurar cambios terapéuticos. Entre la exposición que activa las emociones asociadas y la reconsolidación de la experiencia, la respuesta límbica debe ser alterada. En CBT, esto podría lograrse a través de técnicas de relajación o a través de múltiples exposiciones apareadas con afirmaciones positivas, llevando finalmente a su extinción. En PE, se consigue estimulando manualmente un conjunto de puntos de acupuntura que se cree que acarrearán cambios terapéuticos en la neuroquímica. Estudios MRI ha mostrado de

hecho que estimulando ciertos puntos de acupuntura, decrece la activación de señales en las áreas de la amígdala u otras estructuras cerebrales concernientes con el miedo (Hui y otro, 2000).

En resumen, la combinación de dos hallazgos de laboratorio aparentemente no relacionados conduce a una explicación para los efectos observados de las intervenciones de PE para los desórdenes de ansiedad: 1) la estimulación de acupuntos durante episodios de hiperexcitación puede enviar señales de desactivación a las estructuras del cerebro que regulan la afectividad y 2) los recuerdos evocados necesitan ser reconsolidados. Cuando un recuerdo o pensamiento que dispara la hiperexcitación límbica es evocado y se estimulan los acupuntos que disminuyen las señales de activación en la amígdala y estructuras cerebrales relacionadas, se disminuye la hiperexcitación. Cuando el recuerdo o pensamiento es luego reconsolidado, la fuerza de su habilidad para activar la hiperexcitación sigue disminuida, llevando (después de una cantidad de exposiciones al procedimiento) a la extinción de la elevada respuesta límbica. Aunque esta hipótesis no ha sido ella misma validada empíricamente, está construida sobre los hallazgos de investigaciones establecidas y ofrece una explicación plausible para los informes de rápida reducción de la ansiedad después del uso de PE.

Tratamiento de Estados Clínicos Complejos.

Otra cuestión sin resolver es el uso de PE con problemas psicológicos que son más complejos que fobias específicas u otras respuestas condicionadas. Muchos de los estudios existentes de PE están basados en tratamientos de una sola sesión de problemas relativamente circunscritos tales como fobias específicas o ansiedad a hablar en público. En la práctica actual, los tratamientos de PE para estados más complejos típicamente requieren múltiples sesiones. Estas con frecuencia incluyen la identificación y tratamiento, una a una, de numerosas respuestas condicionadas aparejadas. Un problema complejo es dividido en componentes o aspectos tales como activadores de la respuesta problemática, experiencias anteriores asociadas con la situación problemática, creencias irracionales que mantienen el problema o elementos altamente específicos de un recuerdo traumático, tales como el chirrido de neumáticos anterior a una colisión de automóvil (Feinstein, Eden, y Craig, 2005). Conflictos no reconocidos acerca de conseguir el objetivo del tratamiento es otro foco frecuente durante los tratamientos con PE. Las intervenciones de PE en problemas complejos pueden ser fácilmente (y con frecuencia lo son) combinadas con otros tratamientos. Los estudios que compararan tratamientos estándar para diagnósticos difíciles con o sin intervenciones adjuntas de PE harían mucho, de hecho, para establecer si la PE es eficaz para estados clínicos complejos. Mientras tanto, están disponibles las impresiones preliminares sobre los estados específicos y poblaciones de clientes para los que la PE podría estar indicada.

Estados para los que la PE posiblemente podría ser efectiva.

Los únicos datos sistemáticos sobre estados para los que la PE puede ser más efectiva están basados en sondeos de los practicantes. Un estudio doctoral de las perspectivas de los terapeutas sobre el uso de PE en el tratamiento de adultos supervivientes de abusos sexuales en la niñez sondearon 12 psicólogos licenciados en práctica privada (9 mujeres, 3 hombres) con edades comprendidas entre 43 y 67 años (Schulz, 2007). Los doce usaron PE: Seis habían sido licenciados hacía más de veinte años, y todos habían sido licenciados hacía más de cinco años. La PE fue la modalidad primaria usada por cinco de ellos en adultos supervivientes de abusos sexuales en la niñez. Los otros siete combinaron la PE con terapia de hablar, CBT y/o EMDR. Los doce informaron creer que la PE es la aproximación más efectiva disponible para la ansiedad, ataques de pánico y fobias encontradas en adultos supervivientes. Los doce también informaron de la observación de mejor humor, auto-estima, y relaciones interpersonales cuando usaban PE con sus clientes. Diez de ellos atribuyeron las disminuciones en los síntomas

disociativos de sus clientes con abusos a la PE con mejor auto-cuidado y con informes de menos comportamientos dañinos para uno mismo.

Sus impresiones sobre los resultados de la PE con la ansiedad, ataques de pánico, fobias y humor mejorado son consistentes con las otras dos investigaciones de los practicantes de PE, uno originado en Norte América, el otro en Sudamérica (ver http://energymed.org/pages/ep_survey.htm). Ambos grupos informaron creer que la PE era más efectiva que otros enfoques disponibles para ellos en el tratamiento de la mayor parte de trastornos de ansiedad, incluyendo la hiperexcitación encontrada en los TEPT y muchos de las más comunes dificultades emocionales de la vida diaria, desde la ira inadecuada a sentimientos excesivos de culpa, vergüenza, pena profunda, celos y rechazo. Ellos también identificaron estados para los que creyeron que la combinación de la PE con tratamientos más convencionales producía resultados más rápidos que el tratamiento convencional solo, incluyendo depresión de ligera a moderada, desordenes obsesivos-compulsivos, desordenes de la habilidad de aprendizaje, desordenes de personalidad límite, desordenes alimenticios y abuso de sustancias. Mientras que sólo son sugestivos, los tres sondeos identifican estados y poblaciones para los que la aplicación de PE podría ser productivamente investigada.

Conclusión

La psicología energética integra métodos desde la acupresión y otros métodos no occidentales a otras tradiciones curativas no occidentales dentro de la práctica clínica contemporánea. Aunque la abundancia de evidencia casuística, estudios de resultados no controlados, e investigaciones no revisadas por duplicado, reflejan favorablemente sobre el enfoque, solamente dos pruebas de control aleatorio revisadas por duplicado comparando los protocolos más asentados de PE con otras modalidades, se pueden encontrar en publicaciones. Estas pruebas de control aleatorio, sin embargo, están conformes con los 12 criterios de la División de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) estableciendo la PE como un "tratamiento probablemente eficaz" para fobias específicas y otro como un tratamiento probablemente eficaz en el mantenimiento de la pérdida de peso. Mientras que más investigaciones sobre la eficacia, mecanismos y desórdenes indicados es claramente necesaria, amplios informes clínicos combinados con la limitada evidencia científica sugieren que la PE mantiene la promesa de un rápido y potente tratamiento para una gama de estados psicológicas.

Investigaciones en proceso:

[Área de investigaciones de la Asociación para la Psicología Energética Integral](#)

[Boletín de EFT – Innovaciones Investigaciones en Psicología Energética](#)

[Área de investigaciones en Psicología Energética de Fred Gallo](#)

[Psicología Energética Interactiva](#)

www.EnergyPsychologyInteractive.com

Energy Psychology: A Review of the Preliminary Evidence

Visite: [Medicina Energética en Resumen](#)

Para una vista de pájaro de nuestro acercamiento a la medicina energética.

REFERENCIAS

Andrade, J., & Feinstein, D. (2004). Energy psychology: theory, indications, evidence. In D. Feinstein, Energy psychology interactive (Appendix, pp. 199–214). Ashland, OR: Innersource.

Baker, A. H., & Siegel, L. S. (2005, April 29). Can a 45 minute session of EFT lead to reduction of intense fear of rats, spiders and water bugs?—A replication and extension of the Wells et al., (2003) laboratory study. Paper presented at the Seventh International Conference of the Association for Comprehensive Energy Psychology, Baltimore, Ap 27–May 4, 2005.

Bray, R. L. (2006). Working through traumatic stress without the overwhelming responses Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 12, 103-124.

Callahan, R. J., & Trubo, R. (2002). *tapping* the healer within. New York: McGraw-Hill.

Carbonell, J.L., & Figley, C. (1999). A systematic clinical demonstration project of promising PTSD treatment approaches. *Traumatology* (online journal), 5(1), Article 4. Retrieved July 2, 2005, from <http://www.fsu.edu/~trauma/promising.html>

Carrington, P. (Ed.). (2005, October 5). Using continuous *tapping* for victims of abuse. *EFT Newsletter*, #10. Retrieved April 25, 2008, from www.masteringeft.com/EFT1MinuteNews/2005Newsletter/October-05-05/UsingContinuoustapping.html

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 7 – 18.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3 - 16.

Church, D. (2008, May). The treatment of combat trauma in veterans using EFT (Emotional Freedom Techniques): A pilot protocol. Paper presented at the Tenth International Conference of the Association for Comprehensive Energy Psychology, Albuquerque, NM.

Coghill, G. (Producer). (2000, March 19). Good Morning Texas [Television broadcast]. Dallas, TX: WFAA-TV.

Corsini, R. (2001). Preface to Chapter 66, Thought field therapy. In R. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative therapy* (p. 689). New York: John Wiley.

Darby, D. (2001). The efficiency of thought field therapy as a treatment modality for individuals diagnosed with blood-injection-injury phobia. Unpublished doctoral dissertation. Minneapolis: Walden University.

Debiec J., Doyere V., Nader K., & LeDoux J.E. (2006). Directly reactivated, but not indirectly reactivated, memories undergo reconsolidation in the amygdala. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*. 28;103(9),3428-33.

Diepold, J. H., Britt, V., Bender, S. S. (2004). *Evolving thought field therapy: the clinician's handbook of diagnoses, treatment, and theory*. New York: W. W. Norton.

Diepold, J. H., Jr., & Goldstein, D. (2000). *Thought field therapy and qEEG changes in the treatment of trauma: a case study*. Moorestown, NJ: Author.

Elder, C., Ritenbaugh, C., Mist, S., Aickin, M., Schneider, J., Zwickey, H., & Elmer, P. (2007). Randomized trial of two mind-body interventions for weight-loss maintenance. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(1), 67-78.

Feinstein, D. (2004). *Energy psychology interactive: rapid interventions for lasting change*. Ashland, OR: Innersource.

Feinstein, D. (2008). Energy psychology in disaster relief. *Traumatology*, 14(1), 124-137.

Feinstein D., & Eden D. (2008). Six pillars of energy medicine: clinical strengths of a complementary paradigm. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 14(1), 44-54.

Feinstein, D., Eden, D., & Craig, G. (2005). *The promise of energy psychology*. New York: Tarcher/Penguin.

Folkes, C. (2002). Thought field therapy and trauma recovery. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 99-103.

Gallo, F. P. (2004). *Energy psychology: explorations at the interface of energy, cognition, behavior, and health*. (2nd ed.). New York: CRC Press.

Gallo, F. P. (Ed.). (2002). *Energy psychology in psychotherapy*. New York: Norton.

Garakani, A., Mathew, S. J., & Charney, D. S. (2006). Neurobiology of anxiety disorders and implications for treatment. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 73, 941-948.

Hartung, J., and Galvin, M. (2003). *Energy psychology and EMDR: combining forces to optimize treatment*. New York: Norton.

- Hui, K. K. S, Liu, J., Makris, N., Gollub, R. W., Chen, A. J. W., Moore, C. I., et al. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: Evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping*, 9(1), 13-25.
- Irgens, A., Uldal, M. J., & Hoffart, A. (2007). Can thought field therapy improve anxiety disorders? A randomized pilot study. Unpublished manuscript.
- Keane, T., Foa, E.B., Friedman, M., Cohen, J., & Newman, E. (2007, Nov.). Effective Treatments for PTSD: Updated Practice Guidelines from the ISTSS. Plenary presented at the 23rd International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore.
- Kober A., Scheck, T., Greher, M., Lieba, F., Fleischhackl, R., Fleischhackl, S., et al., (2002). Pre-hospital analgesia with acupressure in victims of minor trauma: a prospective, randomized, double-blinded trial. *Anesthesia & Analgesia*, 95 (3), 723-727.
- Lambrou, P. T., Pratt, G. J., & Chevalier, G. (2003). Physiological and psychological effects of a mind/body therapy on claustrophobia. *Subtle Energies & Energy Medicine*, 14, 239-251.
- McNally, R. J. (2001). Tertullian's motto and Callahan's method. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1171-1174.
- Meyers, L. (2007). Serenity now: East meets West as psychologists embrace ancient traditions to enhance modern practice. *Monitor on Psychology*, 38(11), 32-34.
- Mollon, P. (2008). Psychoanalytic energy psychotherapy. London: Karnac.
- National Institute of Medicine's Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. (2007). Treatment of posttraumatic stress disorder: an assessment of the evidence. Washington, D.C.: National Academies.
- Oschman J. (2003). Energy medicine in therapeutics and human performance. New York: Elsevier.
- Rowe, J. E. (2005). The effects of EFT on long-term psychological symptoms. *Counseling and Clinical Psychology*, 2(3), 104-111.
- Rubik B. (2002). The biofield hypothesis: its biophysical basis and role in medicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8:703-717.
- Ruden, R. A. (2007). A model for disrupting an encoded traumatic memory. *Traumatology*, 13,71-75.
- Sakai, C., Paperny, D., Mathews, M., Tanida, G., Boyd, G., & Simons, A. (2001). Thought field therapy clinical application: utilization in an HMO in behavioral medicine and behavioral health services. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1215-1227.
- Salas, M. M. (2001). The effect of an energy psychology intervention (EFT) versus diaphragmatic breathing on specific phobias. Unpublished master's thesis. Kingsville, Texas: Texas A & M University.
- Schoninger, B. (2004). Efficacy of thought field therapy (TFT) as a treatment modality for persons with public speaking anxiety. Unpublished doctoral dissertation. Cincinnati: Union Institute.
- Schulz, K. M. (2007). Integrating energy psychology into treatment for adult survivors of childhood sexual abuse: an exploratory clinical study from the therapist's perspective. Unpublished doctoral dissertation. Calif. School of Professional Psychology, San Diego.
- Serlin, I. (2005, March 2). Energy psychology—An emerging form of integrative psychology [Review of the book /CD Energy psychology interactive: rapid interventions for lasting change]. *PsycCRITIQUES* [On-line serial]. Vol. 50, No. 9, Article 12.
- Sezgin, N., & Özcan, B. (2004). Comparison of the effectiveness of two techniques for reducing test anxiety: EFT & progressive muscular relaxation. Poster session presented at the Sixth Annual Energy Psychology Conference, Toronto, Ontario, Canada.
- Swingle, P. G., Pulos, L., & Swingle, M. K. (2004). Neurophysiological indicators of EFT treatment of posttraumatic stress. *Subtle Energies & Energy Medicine*, 15(1), 75-86.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Wade, J. F. (1990). The effects of the Callahan phobia treatment techniques on self concept. Unpublished doctoral dissertation. The Professional School of Psychological Studies, San Diego, CA.

Wells, S., Polglase, K., Andrews, H. B., Carrington, P. & Baker, A. H. (2003). Evaluation of a meridian-based intervention, emotional freedom techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 943-966.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

World Health Organization. (2002). *Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials*. Geneva: Author.

Se agradecen los comentarios sobre borradores preliminares de este estudio por Fred P. Gallo, Ph.D., Douglas J. Moore, Ph.D., Ronald A. Ruden, M.D., y Robert Scaer, M.D. Traducido por Juan Carlos Vega