



Feinstein, D. (2012). La estimulación de los Puntos de Acupuntura en el tratamiento de trastornos psicológicos: Prueba de Eficacia. *Review of General Psychology*. © 2012, Asociación Americana de Psicología.

DOI (identificador digital de objetos):

<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028602>

Para mayor información sobre psicología energética visite [www.EnergyPsychEd.com](http://www.EnergyPsychEd.com)

# La Estimulación de Acupuntos en el Tratamiento de Trastornos Psicológicos: Prueba de Eficacia

Por: David Feinstein  
Ashland, Oregón

Traducción: Maria Isabel Murillo

La psicología energética es una modalidad clínica y de autoayuda que combina procedimientos verbales y físicos para efectuar cambios terapéuticos. Si bien utiliza métodos clínicos ya establecidos, tales como la exposición y la reestructuración cognitiva, el enfoque también incorpora conceptos y técnicas provenientes de sistemas de sanación no occidentales. Sus protocolos más frecuentemente utilizados combinan la estimulación de puntos de acupuntura (por medio de golpecitos leves (tapping), al sostenerlos o masajearlos) con la activación mental del problema psicológico que se está tratando. La psicología energética es un tema que ha causado controversia, en parte porque depende de mecanismos explicatorios que se encuentran fuera del marco clínico convencional y, en parte, porque sus primeros proponentes aseguraban que se podían lograr resultados clínicos positivos con extraordinaria rapidez y potencia, aunque dichas afirmaciones no estaban debidamente sustentadas en la investigación.

Este artículo revisa algunas de las primeras afirmaciones que se hicieron en este campo, así como las prácticas actuales, y las evalúa en el contexto de la evidencia existente. Se llevó a cabo una investigación que identificó 51 artículos revisados por otros expertos en el tema, que reportan o investigan los resultados clínicos en el tratamiento de problemas psicológicos después de haber realizado “tapping” sobre algunos puntos de acupuntura. Los 18 ensayos controlados aleatorios en esta muestra fueron evaluados con ojo crítico, para determinar la calidad de su diseño, y la conclusión fue que sistemáticamente se demostró el efecto potente y otros resultados estadísticos positivos después de tan solo unas pocas sesiones de tratamiento con tapping, demasiado evidentes y amplios para ser atribuidos a la casualidad. También se aplicaron los criterios propuestos por la División 12 de la Asociación Americana de Psicología para tratamientos basados en la evidencia y se encontró que se cumplían para varias condiciones basadas en la ansiedad, incluyendo trastornos de estrés postraumático. (TEPT). Igualmente se revisaron los mecanismos neurológicos que pueden estar involucrados en estos hallazgos tan sorprendentemente fuertes.

*Palabras Clave:* acupuntor, eficacia, “Emotional Freedom Techniques (EFT)” – Técnicas de Liberación Emocional (EFT), exposición, Terapia del Campo del Mental (TFT).

La estimulación de los puntos de acupuntura (acupuntos) es un componente de la psicoterapia que se remonta a la formulación de la Terapia del Campo Mental (TFT) por parte del psicólogo Roger Callahan en la década de los 70's (Callahan & Callahan, 1996). Posteriormente se introdujeron variaciones de los protocolos originales de Callahan bajo el término genérico de “psicología energética”, siendo “EFT” o Técnicas de Liberación Emocional la más popular y ampliamente utilizada de ellas (Craig, 2011). La mayoría de los psicoterapeutas que utilizan la estimulación de acupuntos integran el procedimiento en su propio marco y métodos psicológicos (Mayer, 2006). La estimulación de acupuntos también se puede aplicar en la autoayuda, y los profesionales sistemáticamente recomiendan a sus clientes que usen la técnica en casa, además de lo recibido en el lugar donde se realiza el tratamiento.

Los reportes de velocidad inusual, alcance y durabilidad de los resultados clínicos que obtienen los profesionales que utilizan modalidades de la psicología energética han sido provocadores (Feinstein, 2009A). Los proponentes afirman que la estimulación de los acupuntos seleccionados, junto con la activación de problemas psicológicos específicos, resultan en una importante innovación clínica, mientras que los escépticos responden que los resultados reportados son improbables y que ciertamente no han sido respaldados con datos suficientes, o mecanismos de acción establecidos. Este

artículo revisará las afirmaciones que causan esta controversia y tendrá en cuenta la evidencia empírica relacionada con ellas.

A manera de revelación de los conflictos de intereses potenciales, el autor realiza entrenamientos, brinda servicios clínicos y ha escrito libros y artículos relacionados con el enfoque del presente artículo. Los comentarios que se hicieron en anteriores borradores de este documento por parte de Dawson Church, PhD, John Freedom, Doug Moore, PhD, y Robert Schwarz, PhD, son reconocidos con gratitud. Gracias especiales a Sandra Shipp por haber ayudado en el análisis de los estudios que fueron revisados.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a David Feinstein, 777 East Main Street, Ashland, OR 97520. E-mail: [df777@earthlink.net](mailto:df777@earthlink.net)

### **Afirmaciones Extraordinarias**

Los primeros defensores de la psicología energética reportaron resultados rápidos con una gran variedad de trastornos psiquiátricos (por ejemplo, Callahan, 1985; Johnson, Shala, Sejdijaj, Odell, & Dabishevi, 2001; Sakai et al., 2001). Estas afirmaciones, las cuales fueron manifestadas públicamente antes de contar con el correspondiente respaldo por parte de la investigación, o del descubrimiento de persuasivos modelos de explicación – combinadas con procedimientos de aspecto raro como el uso de golpecitos leves (tapping) sobre la piel – condujeron a un escepticismo enfático dentro de la comunidad clínica (por ejemplo, Devilly, 2005; Herbert & Gaudiano, 2001; Lohr, 2001; McNally, 2001). Hubo tres estudios piloto a gran escala que particularmente causaron mucho revuelo, porque sus presuntos índices de velocidad y de éxito sobrepasaban cualquier tratamiento en la literatura clínica respecto de las condiciones que se estaban tratando.

En uno de estos estudios un grupo de médicos del Kaiser Permanente en Honolulu siguieron el progreso de 714 pacientes que estaban siendo tratados con TFT (Sakai et al., 2001). Las sesiones tenían una duración de 30 a 50 minutos y los pacientes recibían en promedio 2.2 tratamientos. Al parear las pruebas  $t$  de los reportes de los pacientes antes y después del tratamiento de aflicciones subjetivas, que fue la principal medida de resultados que se utilizó, se mostró una mejora estadística importante, al nivel de confianza del .001 para 28 problemas, o categorías de diagnóstico que se estaban presentando (incluyendo, por ejemplo, ansiedad, dolor por la muerte de un ser querido, dolor crónico, depresión, ansias de comer, dolencias obsesivas, trastornos de la personalidad obsesiva-compulsiva, pánico, fobias, y trastornos de estrés postraumático) y al .01 para otras tres condiciones (ansias de alcohol, trastorno

depresivo mayor y temblores). Aunque los investigadores tuvieron cuidado al afirmar que sus hallazgos constituían únicamente “datos preliminares que requerían de estudios controlados para examinar la validez, confiabilidad y mantenimiento de sus efectos en el tiempo” (p. 1229), su reporte fue recibido con fuertes críticas o total incredulidad por parte de la comunidad profesional (ejemplo Lohr, 2001).

Un segundo estudio preliminar surgió después de que Joaquín Andrade, un médico con entrenamiento en las prácticas de acupuntura y TFT, trajo el tapping de acupuntura para afecciones psiquiátricas a una práctica grupal que manejaba 11 clínicas en Argentina y Uruguay. En una investigación interna su equipo hizo seguimiento a 5,000 pacientes de ansiedad, durante un período de 5 ½ años. La mitad de ellos fue asignada al protocolo estándar de la clínica para el tratamiento de trastornos de ansiedad, terapia cognitivo conductual (CBT), con medicamentos contra la ansiedad, según se requirieran. La otra mitad recibió tratamiento con “tapping” de acupuntos con activación mental, pero sin medicamentos contra la ansiedad. Los evaluadores no sabían qué tipo de tratamiento había recibido cada paciente. Se observó una mejoría del 90% en el grupo que hizo “tapping” en los puntos de acupuntura, y del 63% en el grupo de CBT, con un alivio completo de los síntomas en el 76% de los pacientes tratados con “tapping”, y del 51% para los de CBT. Un año de muestreos de seguimiento reveló que el 78% de los pacientes tratados con “tapping” mantuvo los beneficios del “tapping” y 69% del CBT. Y el que es quizá el hallazgo más sorprendente es que en un sub estudio de 190 pacientes del grupo que fue tratado con éxito se requirieron en promedio tres sesiones de “tapping” para que la condición de ansiedad desapareciera, comparado con un promedio de 15 sesiones que se requirieron para los de CBT (reportado en Feinstein, 2004).

Una investigación aún más provocadora fue la tercera a gran escala que realizó Carl Johnson – un psicólogo retirado del Departamento de Asuntos de los Veteranos (V. A.) y diplomado de la Junta Americana de Psicología Profesional – basado en su trabajo con personas que habían sido traumatizadas severamente. Johnson conoció la técnica del “tapping” hacia el fin de su carrera con el V. A. Después de su retiro se dedicó a llevar el enfoque a aquellos lugares del mundo que han sido víctimas permanentes de grandes desastres, tales como el genocidio, o los impactos de la guerra en las poblaciones civiles. El tratamiento con el uso de la TFT se enfocó en reducir las reacciones emocionales severas evocadas por recuerdos traumáticos específicos, que con frecuencia incluían torturas, violaciones y observar cómo se asesinaba a seres queridos. El reporte inicial de Johnson describió su trabajo con 105 personas durante sus primeras cinco visitas a Kosovo después del genocidio, y en el que se afirma que 103 de ellas experimentaron una fuerte mejoría (Johnson et al., 2011).

Johnson siguió afirmando que 334 de los 337 individuos traumatizados que siguieron el tratamiento con él y con sus colegas que viajaron a Kosovo, Ruanda, el Congo y Sudáfrica – pudieron traer a la memoria sus recuerdos más dramáticos del desastre sin experimentar ninguna reacción fisiológico-afectiva. Un indicador del tratamiento exitoso de un trastorno postraumático del estrés es que el cliente es capaz de recordar el evento precipitante sin ser reactivado (van der Kolk, Mc Farlane, & Weisaeth, 1996/2007). Según los cálculos de Johnson, los 337 individuos trabajaron con 1016 recuerdos traumáticos. Johnson también reportó que la reducción de la reacción ante los horribles recuerdos que tienen los sobrevivientes civiles de la guerra y el genocidio produjo mejorías en habilidad de las personas para funcionar. La mayoría de los tratamientos de Johnson fueron realizados en una sola sesión que duró menos de una hora. Se hizo un seguimiento durante 18 meses con aproximadamente tres cuartos de los 105 individuos que fueron tratados inicialmente en Kosovo, en el que no se registraron recaídas. Mientras reconoce que estas cifras son “demasiado buenas para ser verdad” y que causaron más escepticismo en él mismo y el deseo de ver estudios más controlados, Johnson afirmó en una entrevista posterior que las cifras revelan sus observaciones con precisión y que las ha “registrado exactamente conforme a lo sucedido” (narrado en Feinstein, 2008a. P. 131).

### **Búsqueda de Literatura**

La búsqueda de literatura para este reporte fue realizada utilizando MEDLINE/PubMed, PsycINFO, Google Scholar, y referencias de algunos documentos que se recuperaron. Las organizaciones profesionales y los grupos electrónicos (e-grupos) fueron una fuente de información en investigaciones pendientes y también se examinaron documentos relacionados que están “en prensa” pero aún sin indizar. La búsqueda está actualizada hasta abril de 2012. Solamente se incluyeron artículos escritos en inglés. Los términos de búsqueda fueron “energy psychology”, “Thought Field Therapy”, “Emotional Freedom Techniques”, “acupoint tapping”, “acupoint stimulation”, “acupuncture point tapping” y “acupuncture point stimulation”. psicología energética”, “Terapia del Campo del Pensamiento”, “Técnicas de Liberación Emocional”, “golpecitos leves (tapping) en los puntos de acupuntura”, “estimulación de los puntos de acupuntura”, “tapping en los puntos de acupuntura” y “estimulación en los puntos de acupuntura”.

Para ser seleccionados los artículos debían: a) examinar el uso de tapping en los puntos de acupuntura (la forma de estimulación de los puntos de acupuntura que más utilizan los profesionales de la psicología energética) dentro de un marco psicoterapéutico, o de orientación (coaching); b) presentar resultados clínicos, y c)

haber sido revisados por otros expertos en el tema. Entre los más de 3,000 registros de la literatura sobre psicología y acupuntura que fueron seleccionados por los términos de búsqueda sólo 51 cumplen con los criterios (la mayoría de estudios sobre acupuntura investigan el tratamiento de condiciones físicas fuera de los escenarios psicoterapéuticos). Treinta y nueve de ellos habían sido publicados, o estaban “en proceso de impresión” desde la primera revisión sistemática de la búsqueda de la psicología energética, que se llevó a cabo 4 años antes (Feinstein, 2008b). De los 51 artículos que se revisaron 7 presentaron estudios de casos, 8 presentaron observaciones sistemáticas de casos múltiples, 14 presentaron investigaciones de resultados incontrolados utilizando medidas estandarizadas, y 22 presentaron investigaciones de resultados controlados utilizando medidas estandarizadas. De este último grupo 18 estudios fueron ensayos aleatorios controlados (Ritz), mientras que 4 no usaron toda la acción aleatoria.

Cada uno de los 36 estudios que sistemáticamente midieron los resultados de los tratamientos se enfocaron en TFT (n = 11), o en EFT (n = 25). Se encontraron dos variaciones adicionales de la psicología energética que usan “tapping” en los puntos de acupuntura, correspondientes al estudio de casos y en los reportes de observación sistemática. Debido a que no se han conducido estudios de resultados en los otros protocolos de “tapping”, TFT y EFT, que son modalidades estrechamente relacionadas, constituyen el dominio del tratamiento de esta revisión. Los dos métodos – en sus procedimientos documentados en manuales como se usan en las investigaciones controladas – hacen que el cliente a) active mentalmente un escenario problemático o una emoción; b) dé una calificación a las “unidades subjetivas del dolor” (SUD); c) haga “tapping” en un grupo determinado de puntos de acupuntura, mientras d) mantiene mentalmente la escena, o hace declaraciones verbales, que evocan emociones problemáticas, o reestructuran cogniciones que mantienen patrones psicológicos de no adaptación relevantes a la emoción; y e) secuencialmente sintonice los múltiples aspectos de la situación que se está tratando. Ambas técnicas pueden también emplear una intervención auxiliar somática (llamada el “procedimiento 9 Gama”), que se cree que promueve la integración de la parte derecha y la parte izquierda del cerebro y mejora el procesamiento de la información. El procedimiento 9 Gama – que se hace separadamente del enfoque en el problema que se está presentando – es estándar en los protocolos de TFT y se introduce en los protocolos de EFT cuando las rutinas más sencillas no producen el efecto deseado. La diferencia más importante entre TFT y EFT está en el número y selección de los puntos de acupuntura que se usan. TFT emplea diferentes puntos dependiendo del problema que el cliente está presentando (por ejemplo, pena, rabia, ansiedad, depresión, trauma,

etc.), mientras que EFT ha incorporado muchas de las secuencias de TFT en una secuencia más larga, que se aplica sin importar la clase de problema que se está tratando. Cuál de los dos protocolos es más efectivo, si acaso alguno no fue examinado en ninguno de los estudios localizados por la búsqueda de la literatura.

Además de las investigaciones de TFT y de EFT, muchos otros estudios describieron resultados psicológicos o de comportamiento después de la estimulación de los puntos de acupuntura por medios diferentes a los golpecitos leves o tapping (por ejemplo, una búsqueda de los términos “acupressure” y “depression” en Google Scholar arrojó 6,460 entradas el 12 de diciembre de 2011). Por lo general estos enfoques caen fuera del dominio de la psicología energética como se usa usualmente (ejemplo Gallo, 2004) y no se incluyeron en la muestra para revisión. Algunos enfoques de la estimulación de los puntos de acupuntura distintos a “tapping” todavía se mencionan en la siguiente discusión, aun cuando no cumplen con los criterios de selección de la revisión, ni están incluidos en la muestra de revisión (ejemplo Elder et al., 2007).

### **Una Jerarquía de Evidencias**

Para efectos de esta revisión los reportes de resultados se categorizan de acuerdo con la siguiente jerarquía:

#### **Reportes Anecdóticos**

Las evidencias que sustentan una nueva terapia casi siempre empiezan con reportes de casos. Si no se producen los reportes de casos obligatorios, ni los proponentes del método, ni los investigadores clínicos tienen muchas posibilidades de invertir sus recursos para seguir estudiándola. La característica más sobresaliente de los reportes de casos para la estimulación de los puntos de acupuntura es sus números. Por ejemplo, el sitio Web <http://www.EFTuniverse.com> presenta más de 2,000 reportes anecdóticos que describen la aplicación exitosa de EFT. Probablemente es seguro decir que no ha existido ninguna otra modalidad en la historia que tenga tantos reportes anecdóticos que están fácilmente disponibles para ser revisados por la comunidad profesional.

#### **Estudios de Casos**

Los estudios de casos son más sistemáticos que los reportes anecdóticos. Los estudios de casos no solamente presentan las observaciones del facilitador después de aplicar la modalidad terapéutica a un cliente dado, sino que también utilizan las evaluaciones antes y después de la intervención, detallan múltiples variables de tratamiento, y/o colocan el caso dentro de un marco teórico informativo. Los estudios de casos

revisados por otros que describen el uso de la estimulación de los puntos de acupuntura con dificultades psicológicas se incluyen en Bray, 2006; Burk, 2010; Craig, Bach, Groesbeck, & Benor, 2009; Diepold & Goldstein, 2009; McCarty, 2008; Sakai, 2010 y Swack, 2009.

### **Observación Sistemática**

El siguiente paso en el camino de la terapia hacia la credibilidad usualmente incluye reportes que generalizan acerca de los resultados cuando el enfoque terapéutico ha sido aplicado a múltiples clientes. Esta “observación sistemática” se aleja de los reportes anecdóticos y de los estudios de casos para resaltar los patrones que se pueden comprobar. Los reportes de las observaciones sistemáticas a menudo sirven de estudios piloto antes de diseñar investigaciones más rigurosas. Los reportes de observación sistemática de tapping en los puntos de acupuntura para problemas psicológicos revisados por los pares se incluyen en Dinter, 2008; Feinstein, 2008A; Feinstein, 2010; Feinstein & Church, 2010; Gallo, 2009; Lubin & Schneider, 2009; Schulz, 2009; Swingle, 2010.

### **Estudios de Resultados Incontrolados**

De las investigaciones que utilizaron medidas estandarizadas de resultados con múltiples sujetos, pero sin grupo de control las 14 reportaron cambios estadísticamente importantes después del tratamiento. Tal como sucedió con la preponderancia de las investigaciones sobre nuevas modalidades terapéuticas, los investigadores generalmente tenían un sentido de lealtad con el método que se estaba investigando y, en algunos casos, suministraban el tratamiento ellos mismos. La Tabla I presenta información adicional sobre estos estudios.

### **Ensayos Controlados Aleatorios (ECA)**

De las investigaciones que utilizaron medidas estandarizadas de resultados y compararon los resultados con un grupo de control, todas las 22 reportaron cambios estadísticamente importantes después del tratamiento. Se utilizó un grupo en espera como comparación en 9 de los estudios controlados y los otros 13 usaron un grupo de comparación que tenía un placebo o un ingrediente terapéutico activo. 4 de los 22 estudios no se hicieron en forma completamente aleatoria, de manera que un total de 18 ECAs fueron identificados en la búsqueda de literatura. La Tabla 2 presenta información adicional sobre los 22 estudios que incluyeron un grupo de comparación.

## Evidencia por Condición

Se pueden encontrar en la literatura múltiples estudios sobre la estimulación de los puntos de acupuntura con 9 condiciones, los cuales tratan temas de TEPT, fobias, ansiedades específicas, ansiedad generalizada, depresión, control de peso, dolor físico, enfermedad física, y desempeño atlético. El principal enfoque en esta sección es sobre las investigaciones sobre TEPT, seguida de una breve discusión sobre las otras 8 condiciones. Se puede encontrar información adicional sobre los estudios citados en las Tablas 1 y 2.

## TEPT

El trastorno de estrés postraumático es una condición de ansiedad severa que se calcula que afecta en cualquier momento a un 3.6% de la población de los Estados Unidos – es decir, a 10.9 millones de personas en la actualidad (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005). Es sumamente difícil de tratar (Comité de Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático). Además de los reportes de resultados contundentes con el uso de TFT y de EFT, el bajo número de sesiones que se requirieron para lograr una solución exitosa informado por Johnson (del que se habló arriba) exige una investigación más rigurosa. 4 ECAs y 5 estudios que no utilizaron un grupo de comparación proporcionan evidencia sobre la eficacia de aplicar una breve terapia asistida en los puntos de acupuntura en el tratamiento de TEPT.

La psicóloga Caroline Sakai, una de las colegas de Johnson, fue la investigadora principal en un estudio con 188 adolescentes, que habían sido traumatizados y habían quedado huérfanos 12 años antes por el genocidio de Ruanda (Sakai, Connolly & Oas, 2010). La gran mayoría de ellos aun mostraba síntomas de TEPT. Los 50 individuos que obtuvieron las calificaciones más altas en el inventario estandarizado de TEPT, el cual fue elaborado por sus cuidadores, cumplieron con los criterios de selección y, así mismo, se les fue administrada una sola sesión de TFT.

Tabla 1

*Estudios de Resultados Con Medidas Estandarizadas de Pre / Post Tratamiento, pero sin Condición de Comparación*

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Church (2010)	TEPT	EFT	11	SA.45. Lista de Chequeo de TEPT- Versión Militar	9 veteranos de combate y 2 miembros de la familia, todos reportaron síntomas de TEPT, mostraron una notable mejoría luego de 10 / 15 sesiones durante 5 días. Las ganancias se sostuvieron durante el período de seguimiento de 3 meses.
Church & Brooks (2010)	Angustia emocional	EFT	216	SA-45	Los cuidadores de la salud que tomaron talleres de EFT de 4 horas mostraron mejoras significativas en todas las escalas, incluyendo depresión, ansiedad y somatización. Las ganancias se sostuvieron durante el período de seguimiento de 3 meses.
Church et al. (2009)	TEPT	EFT	7	SA-45	Las 6 sesiones con veteranos militares mostraron una reducción importante en la sintomatología. Las ganancias se sostuvieron durante el período de seguimiento de 3 meses.
Darby & Hartung (en impresión)	Fobias específicas (inyecciones)	TFT	21	Programación de Encuestas sobre el Miedo, SUD	Una sola sesión redujo de manera importante el miedo a las inyecciones, durante un período de seguimiento de 1 mes.

TABLA 1 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Folkes (2002)	Recuperación de traumas	TFT	29	Lista de Chequeo de TEPT- Versión Civil	Refugiados de bajos ingresos que viven en EE.UU. mostraron una reducción importante y un menor comportamiento de negación, después de 1 – 3 sesiones.
Hodge & Jurgens (2011)	Psoriasis	EFT	12	SA.45, Skindex-Cuestionario 29	Se encontró una reducción importante en los síntomas físicos y emocionales después de una sesión grupal de EFT de 6 horas de duración, durante un período de seguimiento de 3 meses.
Lambrou et al. (2003)	Claustrofobia	TFT	4	EEG, Trait-State Anxiety Inventory	Luego de una sesión de 30 minutos se informó sobre la significativa reducción de los síntomas reportados, junto con una disminución de la tensión en el músculo trapecio y la normalización de la actividad de las ondas theta, al enfrentarse a una altura in vivo.
Palmer-Hoffman & Brooks (2011)	Angustia emocional	EFT	207	SA-45	Repite a Rowe (2005) y de Church & Brooks (2010) al mostrar una mejoría significativa en una variedad de síntomas emocionales después de los talleres de EFT. Las ganancias se sostuvieron durante el seguimiento.

TABLA 1 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Rowe (2005)	Angustia emocional	EFT	102	SA-45	Los participantes en el taller de EFT que se realizó durante un fin de semana mostraron una mejoría sustancial a todo nivel. Las ganancias se sostuvieron durante los 6 meses de seguimiento.
Sakai et al. (2010)	TEPT	TFT	50	CROPS, PROPS	Significativa disminución de los síntomas de TEPT luego de una sola sesión, en jóvenes que quedaron huérfanos hace 12 años durante el genocidio de Ruanda en 1994, Las ganancias se sostuvieron durante 1 año de seguimiento.
Stone et al. (2009)	TEPT	TFT, etc.	48	CROPS	Se encontraron importantes reducciones de los síntomas de TEPT en los adolescentes y jóvenes adultos que sobrevivieron al genocidio de Ruanda, luego de las sesiones de TFT individuales y grupales. Además de la creación de vínculos de confianza o de afinidad y la relajación, se utilizaron otras técnicas que distorsionaron los hallazgos.

TABLA 1 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Swingle et al. (2004)	Recuperación de un trauma (accidente de auto)	EFT	9	AI, BDI, BAI, qEEG, STAI	Se lograron importantes reducciones en los síntomas postraumáticos luego de 2 sesiones, pero sólo 5 sujetos las mantuvieron después de 2.5 a 5 meses del tratamiento. Los patrones de las ondas cerebrales señalaron con anticipación quiénes iban a mantener los beneficios.
Temple & Mollon (2011)	Ansiedad dental	EFT	30	SUD	Los pacientes de odontología reportaron una importante reducción en la ansiedad cuando recibieron sesiones de EFT por 10 minutos, justo antes de realizarse el procedimiento dental.

*Nota:* AI = Avoidance Inventory (Inventario de Evitación); BDI = Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck); BAI = Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck); CROPS = Child Report of Post-Traumatic Symptoms (Reporte Infantil de Síntomas Postraumáticos); EEG = electroencephalogram (electroencefalograma); PROPS = Parent Report of Post-Traumatic Symptoms (Informe de los Padres de Síntomas Postraumáticos); qEEG = quantitative EEG (EEG cuantitativo); SA-45 = Symptom Assessment-45 Questionnaire (Evaluación de Síntomas – Cuestionario 45); STAI = State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo); SUD = Subjective Units of Distress (Unidades Subjetivas de la Aflicción o Angustia).

## ESTIMULACION DE PUNTOS DE ACUPUNTURA (ACUPUNTOS)

Tabla 2

*Estudios de Resultados con Medidas Estandarizadas de Pre / Post Tratamiento, Utilizando una Condición de Comparación Aleatoria (a menos que se indique lo contrario)*

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento controles</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Baker & Siegel (2010)	Fobia específica (insectos o animales pequeños)	<b>EFT</b> SC No Tx	11 10 10	BAT, BSSPP, FOSAQ, Frecuencia del pulso, SUD	Una sesión de EFT de 45 minutos de duración produjo importantes reducciones del miedo en la mayoría de las medidas. No sucedió así con las condiciones de control. Los beneficios persistieron en los seguimientos que se hicieron más de un año después de realizado el tratamiento.
Benor et al. (2009)	Ansiedad frente a los exámenes	<b>EFT</b> WHEE CBT	5 5 5	Cuestionario Hopkins Symptom Checklist-21. TAI (Inventario de Ansiedad Frente a los Exámenes)	WHEE combina EFT con la estimulación bilateral. Los 3 tratamientos produjeron una mejora sustancial. Se necesitaron 5 sesiones de CBT para lograr ganancias equivalentes. El estudio no fue totalmente aleatorio.
Brattberg (2008)	Fibro-mialgia	<b>EFT</b> Lista de espera	26 36	CPAQ, GSE, HAD, PCS, SF-36, SUD	Se administró un programa de tratamiento de 8 semanas por Internet, con apoyo de correos electrónicos. La mejoría del dolor, ansiedad, depresión y otras medidas fue muy significativa para el grupo en tratamiento.

Tabla 2 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento o controles</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Carbonell & Fifley (1999)	TEPT	<b>TFT</b> EMDR TIR V/KD	12 6 9 11	Inventario Breve de Síntomas (BSI por sus siglas en inglés), Escala de Impacto de los Eventos, SUD	A pesar de las numerosas fallas en el diseño, las 4 condiciones en este primer estudio produjeron reducciones en las medidas de ansiedad, las cuales se sostuvieron en los seguimientos que se realizaron después de 4 a 6 meses. El grupo de TFT se tardó un promedio de 63 minutos por sujeto, comparados con 172 (para EMDR), 254 (para TIR) y 113 (para V/KD). No se usaron pruebas aleatorias.
Church (2009)	Desempeño en el juego de baloncesto	<b>EFT</b> Charla de motivación por parte del entrenador	13 13	Tiros libres, salto alto	Los hombres y mujeres jugadores de baloncesto universitario mejoraron significativamente los porcentajes de sus tiros libres después de una sesión de 15 minutos de EFT, en comparación con los controles, pero las diferencias del grupo en salto alto no fueron importantes.

Tabla 2 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento controles</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Church, De Asis, & Brooks (en impresión)	Depresión	<b>EFT</b> Lista de espera	9 9	Inventario de Depresión de Beck	Se realizaron 4 sesiones grupales de EFT de 90 minutos, con estudiantes universitarios afectados por una depresión entre leve y severa, en las Filipinas. Los resultados indicaron que el trastorno se redujo desde bien pasado el rango de depresión moderada a un nivel muy por debajo de la cesación de la depresión.
Church, Piña et al. (2011)	TEPT	<b>EFT</b> Lista de espera	8 8	Escala de Impacto de los Eventos	Unos muchachos jóvenes en un centro en el Perú que fueron abusados que sacaron en promedio 36 puntos en el IES (35 indica un “diagnóstico probable de TEPT”) tuvieron 3 puntos después de una sola sesión de EFT. Los puntajes para el grupo de la lista de espera no cambiaron.
Church, Hawk et al. (en imprenta)	TEPT	<b>EFT</b> Lista de espera		PCL-M, SA-45	Los puntajes de PCI bajaron de 61.4 a 34.6 después de 6 sesiones de EFT (50 es el corte del TEPT; 17 es el menor puntaje posible) y se sostuvieron en 36.5 puntos en el seguimiento que se hizo durante 6 meses.

Tabla 2 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento controles</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Church, Yount et al. (en imprenta)	Estrés	<b>EFT</b> SC No Tx	28 28 27	SA-45, Ensayo del Cortisol en las Glándulas Salivares	Los síntomas psicológicos disminuyeron en ambas condiciones tratadas después de una sesión de 1 hora, pero los resultados fueron más significativos para el grupo de EFT. Se encontró una disminución de los niveles del cortisol de estrés después de las sesiones de EFT, pero no para los otros dos grupos.
Connolly & Sakai (2011)	TEPT	<b>TFT</b> Lista de espera	71 74	TEPT modificado, Escala de Síntomas, Inventario de Síntomas del Trauma	Sobrevivientes del genocidio de 1994 en Ruanda recibieron una sola sesión de TFT (41 minutos en promedio), conducida por personas no profesionales ni expertas entrenadas en TFT. Se observó una mejoría sustancial en todas las subescalas en el seguimiento que se hizo durante 2 años.
Irgens et al. (en imprenta)	Ansiedad	<b>TFT</b> Lista de espera	24 24	Inventario de Miedos, MINI, HAD, LSAS, SCL-90-R	Se halló una reducción considerable en la mayoría de las escalas después de 1 a 8 sesiones (M = 3.6), en comparación con el grupo de control.
Jones et al. (2011)	Miedo de hablar en público	<b>EFT</b> Lista de espera	18 18	PRCS, PRCA-24B. SRQ: STAI, SUD, TBC	Se halló una mejoría importante en casi todas las escalas después de una sesión de EFT de 45 minutos.

Tabla 2 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento controles</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Karatzias et al. (2011)	TEPT	<b>EFT</b> EMDR	23 23	Escala de TEPT Administrada por Médicos, HAD, PCL-C, SLS	Ambas condiciones de tratamiento mostraron mejorías sustanciales en las medidas de autoinforme, así como en las evaluaciones de entrevistas luego de una media de 3.8 sesiones (para EFT) y de 3.7 sesiones (para EMDR).
Llewellyn-Edwards & Llewellyn-Edwards (2012)	Desempeño en el fútbol	<b>EFT</b> Instrucciones del entrenador	7 8	Tiros al arco desde 13.5 metros	Se observó un avance en los tiros al arco después de una sesión grupal de EFT enfocada hacia la precisión de los tiros, pero no después de una sesión de entrenamiento (coaching) enfocada a mejorar la precisión.
Pignotti (2005)	Trastorno emocional	<b>TFT</b> Variación de TFT	33 33	SUD	Cada grupo en este mal diseñado estudio de desmantelamiento mostró el mismo progreso después de una breve sesión telefónica, con 97% de los 66 participantes que reportaron que el SUD bajó a 0, sin importar el orden de los puntos a los que se les aplicó "tapping". Prueba aleatoria incompleta

Tabla 2 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento controles</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Rubino (en imprenta)	Ansiedad ante la toma de exámenes	<b>EFT</b> RD (respiración diafragmática) / exposición Lista de espera	30 30  30	RTI, SA-45, Westside Test Anxiety Scale	Ambos tratamientos redujeron considerablemente la ansiedad por la toma de exámenes, después de 4 semanas de práctica luego de una sesión de entrenamiento en el método de 2 horas de duración. Alto índice de deserción con 41 sujetos que completaron el estudio.
Salas et al. (2011)	Fobia específica	<b>EFT</b> RD	11 11	BAT, Inventario de Ansiedad de Beck, SUD	Estudiantes universitarios con fobias específicas (alturas, serpientes, cucarachas, oscuridad, jeringas) mejoraron después de una breve sesión de alguno de los tratamientos, siendo EFT estadísticamente superior.
Schoninger & Hartung (2010)	Ansiedad por hablar en público	<b>TFT</b> Lista de espera	28 20	Escala de Ansiedad del Orador, SUD	Se observó una importante reducción de la ansiedad y aumento de las medidas de anticipación positiva luego de una sesión de 1 hora.
Sezgin & Ozcan (2009)	Ansiedad ante la toma de exámenes	<b>EFT</b> Relajación progresiva	35 35	Inventario de Pruebas de Ansiedad	Ambos tratamientos redujeron significativamente la ansiedad ante la toma de exámenes, después de 2 meses de práctica luego de una sesión inicial de entrenamiento. Con la aplicación de EFT se logró un avance aún más significativo que con el grupo de relajación.

Tabla 2 (continuación)

<i>Autor/ (fecha)</i>	<i>Condición Tratada</i>	<i>Tratamiento controles</i>	<i>n</i>	<i>Medidas</i>	<i>Principales Hallazgos / Comentarios</i>
Stapleton et al. (en imprenta)	Ansias de Comida	<b>EFT</b> Lista de espera	49 47	BMI, Inventario de Ansias de Comida, PFS, SA-45	Hubo disminución de las ansias por comer luego de 4 sesiones grupales de 2 horas. Los resultados se mantuvieron durante un año con reducción de la masa corporal.
Waite & Holder (2003)	Miedo	<b>EFT</b> Variación 1 Variación 2 No. Tx	NS	SUD	Un total de 119 estudiantes universitarios que reportaron fobias específicas fueron asignados a 3 grupos de "tapping", o a un grupo sin tratamiento. Se observó una importante reducción del miedo en los 3 grupos de "tapping", pero no en el grupo de control. No se usaron pruebas aleatorias.
Wells et al. (2003)	Fobia específica (insectos o animales pequeños)	<b>EFT</b> RD / exposición	18 17	BAT, Frecuencia del Pulso, SFS, SUD	Ambos grupos mostraron reducciones significativas del miedo luego de una sesión de 30 minutos, siendo EFT estadísticamente superior a RD. Las ganancias se mantuvieron en la mayoría de medidas entre 6 y 9 meses después del tratamiento.

Los 50 sobrepasaron el límite de TEPT en el inventario del cuidador. El inventario fue estructurado sobre los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) – 4ª edición, revisada (DSM-IV-R; Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2000)* para TEPT, diseñados para los padres y otros cuidadores y traducidos al idioma kinyarwanda, en

---

This material originally appeared in English as Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology*, 16(4), 364-380. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028602>. Copyright © 2012 by the American Psychological Association. Translated and reproduced with permission. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. This translation cannot be reproduced or distributed further without prior written permission from the APA.

una forma que fue aprobada por los diseñadores de la prueba. Los puntajes del inventario fueron corroborados por las observaciones del personal en cuanto a que estos niños padecieron de síntomas permanentes de TEPT, tales como escenas retrospectivas (flashbacks) intrusivas, pesadillas, dificultad para concentrarse, agresividad, enuresis y retraimiento durante un período de 12 años después del genocidio. Luego de una sesión de tratamiento de 20 – 60 minutos y un breve entrenamiento de relajación sólo un 6% de los adolescentes aún se encontraban dentro del rango de TEPT ( $p < .0001$ ), y el personal reportó haber observado una dramática reducción de los síntomas de TEPT. Luego de un año de seguimiento se observó que el 8% estaba dentro del rango de TEPT en el inventario del cuidador. En un inventario complementario administrado directamente a los adolescentes, 72% calificó dentro del rango de TEPT antes del tratamiento, 18% calificó dentro de este rango inmediatamente después del tratamiento ( $p < .0001$ ), y 16% calificó dentro del rango de TEPT en un año de seguimiento.

Los sólidos resultados del tratamiento del estrés traumático en una sola sesión (el estudio del orfanato de Ruanda y el estudio de Johnson), y el bajo número de sesiones requeridas para el tratamiento exitoso de la ansiedad en el estudio de Sudamérica (tres en promedio) son causa de escepticismo para cualquier terapeuta que haya trabajado con estas condiciones. Sin embargo, se ha obtenido apoyo adicional a los resultados reportados por parte de 2 ECAs, utilizando tratamientos de una sola sesión. Conolly y Sakai (2011) continuaron su estudio de los orfanatos con una investigación que incluía 145 adultos que sobrevivieron al genocidio de Ruanda. Los participantes fueron asignados en forma aleatoria a una sola sesión de tratamiento de TFT, o a una condición de control por lista de espera. Los puntajes de pre y postratamiento sobre dos auto-inventarios de TEPT estandarizados fueron significativos sobre el nivel de .001 en todas las escalas (por ejemplo, excitación ansiosa, depresión, irritabilidad, experiencias intrusivas, negación defensiva, disociación, etc.), y los progresos se mantuvieron durante un período de seguimiento de 2 años.

El otro ECA se realizó con 16 adolescentes masculinos abusados en el Perú (Church, Piña, Reategui & Brooks, 2011), utilizando un protocolo de tratamiento de una sola sesión. Todos los participantes estaban por encima del umbral de TEPT en un auto inventario estandarizado y fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento con EFT, o a un grupo de control de lista de espera.

Cada uno de los 8 participantes en el grupo de tratamiento ya no cumplía con los criterios del TEPT 30 días después de la sesión de tratamiento. Ninguno de los participantes en el grupo de control de la lista de espera mostró un cambio significativo.

Las entrevistas informales que este autor realizó con investigadores para los estudios de Ruanda y Perú revelaron que no se intentaba probar que los protocolos de tratamiento de una sola sesión fueran los adecuados, sino que podían producir un efecto positivo. Por consideraciones de orden práctico en cada estudio se exigió un tratamiento breve y los investigadores reportaron estar sorprendidos con la fuerza de los resultados. Todos reconocieron que las sesiones adicionales hubieran podido beneficiar al menos a algunos participantes. Para efectos de comparación, un estudio que investigaba el uso de EFT con TEPT, que permitía a los sujetos recibir hasta 8 sesiones de tratamiento reportó resultados positivos y terminación voluntaria del tratamiento después de 3.8 sesiones (Karatzias et al., 2011).

El siguiente relato fue escrito por la investigadora principal del estudio de orfanatos de Ruanda (Sakai, 2010), para dar una idea de cómo, aparentemente, una sola sesión de “tapping” en los puntos de acupuntura pudo ser efectiva en el tratamiento de adolescentes con traumas crónicos. Ella describe el tratamiento de uno de los 47 (de 50) participantes, cuyos puntajes pasaron de estar por encima del nivel de TEPT, a estar por debajo del nivel de TEPT; se trata de una niña de 15 años, que tenía 3 años cuando ocurrió el genocidio de 1994:

Se había escondido con su familia y otros habitantes del pueblo dentro de la iglesia local. La iglesia estaba llena de hombres con machetes, que iniciaron una masacre. El padre de la niña le dijo a ella y a otros niños que corrieran y que por ningún motivo voltearan a mirar. Ella obedeció y corrió tan rápido como pudo, pero de pronto oyó a su padre “que estaba gritando como un loco”. Recordó sus palabras, pero sus gritos eran tan desgarradores que ella volteó a mirar y vio con horror cómo un grupo de hombres con machetes lo asesinaban.

Después de 12 años no pasó un solo día sin que vinieran a su mente los recuerdos aterradores de esta escena. Su sueño estaba plagado de pesadillas que revivían los acontecimientos dolorosos en su memoria. En su sesión de tratamiento le pedí que trajera a su mente esos recuerdos y que me imitara mientras yo hacía “tapping” sobre un grupo de puntos de acupuntura, al tiempo que ella contaba la historia de esas

imágenes. Luego de unos minutos sus sollozos desgarradores se transformaron en sonrisas. Cuando le pregunté qué había pasado me comentó que había recordado cosas muy agradables. Por primera vez podía recordar a su padre y a su familia jugando juntos. Me confesó que hasta ese momento no recordaba nada de lo sucedido antes del genocidio.

Hubiéramos podido parar aquí, pero yo la dirigí hacia lo que había sucedido en la iglesia. El intérprete me lanzó una mirada, como para preguntarme “por qué vuelves a recordarle el tema cuando estábamos tan bien?” Pero yo quería darle el tratamiento completo. La niña volvió a llorar. Habló del momento en que vio cómo mataban a otras personas. Pensó que estaba viva gracias a que su padre pensó rápido y distrajo la atención de los hombres, mientras los niños corrían.

La niña volvió a llorar cuando revivió los horrores que había presenciado, mientras se escondía afuera con otra niña – las dos fueron las únicas sobrevivientes de todo el pueblo. Nuevamente, el “tapping” le permitió recordar, sin tener que revivir el horror de la experiencia.

Después de 15 ó 20 minutos de recordar una escena tras otra la niña sonrió y empezó a hablar de su familia. Su madre no permitía que los niños comieran frutas dulces, porque no eran buenas para sus dientes. Pero su padre se las arreglaba para esconderlas en el bolsillo y cuando la madre no estaba mirando se las daba a los niños. Se reía abiertamente mientras nos contaba esto y el traductor y yo nos reímos con ella.

Luego trabajamos en una serie de escenas adicionales Finalmente, cuando le preguntamos “qué viene a tu mente cuando recuerdas lo que sucedió en la iglesia?” ya sin llanto hizo la reflexión que podía recordar lo sucedido, pero ya no era tan vívido como si aún estuviera pasando. Sus recuerdos se apagaban en la distancia, como algo que ocurrió hace mucho tiempo. Luego empezó a hablar de otros recuerdos agradables. Su aspecto y su postura de depresión ya no eran evidentes.

Durante los días siguientes ella manifestó que por primera vez ya no venían esas imágenes retrospectivas tan feas, ni tenía pesadillas, y que había podido dormir bien. Se veía contenta y me comentó lo bien que se sentía por tener recuerdos agradables de su familia. Sus puntajes pasaron de estar muy por encima del nivel de TEPT, a estar muy por debajo de dicho nivel, luego de una sola sesión de tratamiento y se mantuvo así en la evaluación de seguimiento que se hizo un año después (pp. 50-51).

En un ECA que se realizó con “tapping” en los puntos de acupuntura a veteranos militares, 59 veteranos que padecían los síntomas de TEPT fueron asignados a un grupo de tratamiento, o a un grupo de control de lista de espera en forma aleatoria (Church, Hawk et al., 2012). 54 de los participantes iniciales completaron el estudio, incluyendo 29 en el grupo de tratamiento y 25 en el grupo de control. Se administraron sesiones de EFT de 6 horas de duración a cada participante en el grupo de tratamiento. El puntaje inicial promedio de la versión militar de la lista de chequeo estandarizada de TEPT fue de 61.4 para el grupo de tratamiento y de 66.6 para el grupo de la lista de espera. El nivel de TEPT es de 50. La mediana del puntaje luego de 6 sesiones de tratamiento había bajado a 34.6 ( $p < .0001$ ), sustancialmente más bajo que el nivel de TEPT. La mediana del puntaje para el grupo de la lista de espera un mes después de la prueba inicial permaneció prácticamente igual (65.3). Entonces se le ofreció tratamiento al grupo de control. Un total de 49 participantes, cuyo puntaje inicial había estado por encima del nivel de TEPT, finalmente recibieron sesiones de EFT de 6 horas de duración. Se observó que el 86% de los participantes ya no estaba en el rango de TEPT luego del tratamiento.

Cuatro estudios adicionales sobre “tapping” en los puntos de acupuntura con estrés postraumático, que fueron revisados por otros expertos en el tema, compararon los puntajes antes y después del tratamiento en auto inventarios estandarizados, pero no utilizaron los grupos de control. Cada estudio halló reducciones importantes en los síntomas de TEPT. La importancia estadística de los reducidos puntajes de los síntomas de TEPT después del tratamiento fue del nivel de .01 (Church, 2010, basado en tratamientos a veteranos de combate durante un período de 5 días), del nivel de .001 (Church, Geronilla & Dinter, 2009, 6 sesiones de tratamiento con veteranos de combate), del nivel de .001 (Stone, Leyden & Fellows, 2009, tres días consecutivos de tratamiento grupal con sobrevivientes del genocidio, introduciendo también ejercicios de establecimiento de relaciones y vínculos, así como también otras técnicas), y del nivel de .009 (Stone, Leyden & Fellows, 2010, usando un formato de tratamiento parecido al del estudio de 2009 con un grupo diferente de sobrevivientes del genocidio).

El primer estudio que comparó el “tapping” en los puntos de acupuntura con un tratamiento cuya eficacia con el TEPT ya se había establecido, fue conducido por el Servicio Nacional de Salud de Escocia (Karatzias et al, 2011). Además de utilizar un grupo de comparación basado en pruebas, la Desensibilización y Reprocesamiento por

Movimiento Ocular (EMDR), el estudio fue también más riguroso en otras formas, incluyendo su uso de evaluaciones de referencia 8 semanas antes del tratamiento, así como evaluaciones más completas antes, después y de seguimiento del tratamiento, tales como una entrevista de diagnóstico del TEPT administrada por un médico, junto con auto inventarios. Ambos tratamientos mostraron el gran tamaño de los efectos, con diferencias antes y después del tratamiento del orden de .001 de importancia en todas las medidas clínicas.

Se requieren estudios de comparación adicionales para responder a la importante pregunta de si la estimulación de los puntos de acupuntura es igual o mejor que otros tratamientos para el TEPT. En la literatura faltan en especial las comparaciones de la estimulación de los puntos de acupuntura con CBT, que aún se considera que es el mejor tratamiento del TEPT en muchos establecimientos clínicos (Bryant et al., 2008). En el único estudio comparativo que involucra la estimulación de puntos de acupuntura y CBT, 91 individuos afectados con el TEPT después de un terremoto en China fueron asignados en forma aleatoria a ser tratados solamente con CBT, o con CBT y estimulación de los puntos de acupuntura. Los participantes en ambos grupos mejoraron, pero la mejoría que se observó en aquellos que recibieron el tratamiento junto con la estimulación de puntos de acupuntura fue notoriamente más fuerte ( $p < .01$ ) que la mejoría que se observó en aquellos que solamente recibieron tratamiento con CBT (Zhang, Feng, Xie, Xu & Chen, 2011). Aunque el estudio no cumple con los criterios de inclusión de este artículo porque utilizó un estimulador electrónico de los puntos de acupuntura en vez de “tapping”, se menciona acá porque sugiere que la estimulación de los puntos de acupuntura puede mejorar los resultados cuando se utiliza en combinación con las modalidades establecidas.

### **Fobias Específicas**

El primer ECA que se publicó demostrando la eficacia de “tapping” en los puntos de acupuntura con un diagnóstico de *DSM-IV-R* establecido (APA, 2000) investigaba el tratamiento de fobias específicas, con énfasis en insectos y animales pequeños (Wells, Polglase, Andrews, Carrington & Baker, 2003). El estudio comparó EFT con la respiración diafragmática o abdominal, una intervención física que se utiliza ampliamente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La investigación fue un “estudio revelador” en cuanto a que los protocolos para ambos grupos de individuos eran idénticos, excepto por la intervención física: la estimulación de los puntos de acupuntura ( $n = 18$ ), o la respiración diafragmática o abdominal ( $n = 17$ ). Mientras que ambos grupos mostraron una mejoría en los síntomas después de una sola sesión de

30 minutos, el grupo al que se le aplicó la estimulación de los puntos de acupuntura fue estadísticamente superior en 4 o 5 medidas. Una reproducción parcial del estudio que realizaron Baker y Siegel (2010) con 31 individuos soporta estos hallazgos, mientras que controla cuidadosamente los artefactos metodológicos como la esperanza de vida, regresión a la mediana, la fatiga y el paso del tiempo. Otra reproducción parcial con 22 individuos (Salas, Brooks & Rowe, 2011) también sirvió de soporte para los hallazgos de Wells et al.

### **Miedo a Hablar en Público**

Los informes preliminares han demostrado que hacer “tapping” en los puntos de acupuntura es efectivo para el tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad específicos (por ejemplo, Darby & Hartung, en imprenta: Temple & Mollon, 2011). Dos ECAs han demostrado estadísticamente que hacer “tapping” en los puntos de acupuntura produce una mejora sustancial del miedo o la ansiedad por hablar en público. Schoninger y Hartung (2010) siguieron los resultados después de que una sola sesión de TFT hasta de 30 minutos fue administrada a 48 individuos que reportaron tener miedo a hablar en público. Los participantes fueron asignados a un grupo de tratamiento, o a un grupo de tratamiento demorado, en forma aleatoria. Los puntajes globales de tanto el auto-inventario estandarizado de ansiedad producida por hablar en público y del rasgo estandarizado y el estado del auto-inventario de ansiedad, mejoraron al nivel de .0005, antes y después del tratamiento, y entre grupos. Los puntajes de las pruebas para el grupo tratado mostraron una importante diferencia en cuanto a timidez, confusión, actividad fisiológica y ansiedad después de hablar, así como un aumento en el sentido de equilibrio, anticipación positiva e interés en dar una charla en el futuro. De acuerdo con los relatos de los participantes, en las entrevistas de seguimiento que se realizaron 4 meses después se observó que aparentemente los resultados del tratamiento se mantuvieron con una auto-expresión más efectiva en los contextos variables que frecuentemente se reportan, aunque no se administraron los instrumentos estandarizados. En una investigación posterior se asignaron 36 individuos que reportaron ansiedad al hablar ante un grupo a una condición de lista de espera, o a una sesión de EFT de 45 minutos, en forma aleatoria (Jones, Thornton & Andrews, 2011). El grupo tratado mostró que estadísticamente hubo reducciones importantes en las listas de chequeo estandarizadas sobre el miedo a hablar en público, la aprensión ante la comunicación y el rasgo y estado de la ansiedad, así como una importante disminución de los indicadores de ansiedad en una lista de chequeo conductual del observador.

## **Ansiedad Frente a la Toma de Exámenes**

El desempeño académico y autoestima de aproximadamente uno de cada tres estudiantes universitarios se ven impactados en forma negativa por la ansiedad frente a la toma de pruebas o exámenes (Rubino, en imprenta). Dos ECAs han examinado los efectos de EFT en la ansiedad frente a la toma de exámenes. Sezgin y Özcan (2009) compararon dos tratamientos auto-aplicables para la ansiedad frente a la toma de exámenes, con estudiantes de secundaria que se estaban preparando para tomar el examen de ingreso a la universidad en Turquía. De 312 estudiantes, cuyos puntajes en el inventario estandarizado de la ansiedad frente a la toma de exámenes cumplían con los criterios de selección, 70 fueron asignados en forma aleatoria a un grupo de EFT, o a un grupo de relajación progresiva, y se les enseñó cómo auto aplicarse el procedimiento en casa. A los estudiantes se les pidió que usaran EFT, o la relajación progresiva de los músculos 3 veces por semana, durante los 2 meses siguientes, en especial en los momentos en que sintieran ansiedad por el examen. Luego se les volvió a administrar el inventario de la ansiedad frente a la toma de exámenes (aún antes de tomarlos). Los dos grupos mejoraron sustancialmente sus puntajes en el inventario, pero los resultados del grupo que aplicó EFT fueron mucho mejores que los que se obtuvieron en el grupo de relajación (la mediana de 53.9 antes del tratamiento pasó a 33.9, y de 56.3 a 44.9, respectivamente) –  $p < .05$ . Rubino (en imprenta) asignó 150 estudiantes universitarios a un grupo de EFT, un grupo de respiración diafragmática con exposición de imágenes, o a un grupo de lista de espera, en forma aleatoria. Ambos grupos de tratamiento mejoraron sustancialmente la ansiedad estandarizada de los inventarios antes y después de la toma de exámenes, en comparación con el grupo de control. Otra investigación sobre la ansiedad antes y después de la toma de exámenes que se realizó - un pequeño estudio piloto usando dos inventarios estandarizados antes y después del tratamiento – mostró que el “tapping” sobre los puntos de acupuntura lograba beneficios en 2 sesiones, que de otra manera hubieran requerido de 5 sesiones de CBT (Benor, Ledger, Toussaint, Hett. & Zaccaro, 2009).

## **Depresión, Ansiedad Generalizada, y Otros Síntomas Psicológicos**

Un ECA que investigaba el uso de EFT para el tratamiento de la depresión en estudiantes universitarios (Church, De Asis & Brooks, en imprenta) mostró que después de sesiones grupales de 90 minutos el promedio de los puntajes en el Inventario de Depresión de Beck bajaron de un rango de depresión moderada (23.4) hasta un nivel muy por debajo del límite de depresión (6.1). La importancia estadística y el efecto duradero que se hallaron en este estudio corroboran la serie de estudios no controlados que hacen seguimiento a las reducciones en la depresión y otras medidas,

---

This material originally appeared in English as Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology*, 16(4), 364-380. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028602>. Copyright © 2012 by the American Psychological Association. Translated and reproduced with permission. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. This translation cannot be reproduced or distributed further without prior written permission from the APA.

luego de tratamientos grupales con EFT. Por ejemplo, un hallazgo sorprendente reportado por Rowe (2005) fue que la asistencia a un taller de EFT producía reducciones significativas y duraderas en los síntomas psicológicos de los participantes, según su medición en un auto reporte estandarizado. Rowe utilizó el formato corto SA-45 de la Lista de Chequeo de Derogatis (Derogatis Symptom List) para medir los cambios globales en el funcionamiento psicológico luego de haber participado en un taller de EFT de 18 horas que se realizó durante un fin de semana, en el que los participantes se autoaplicaron el método para poder conocerlo. El SA-45 fue administrado a 102 participantes 1 mes antes del taller, antes de la iniciación del taller, al final del taller, 1 mes después del taller y 6 meses después del taller. Se halló una importante reducción ( $p < .0005$ ) en todas las mediciones SA-45 de los trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, obsesivo-compulsivo, somatización, hostilidad, paranoia, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica y psicoticismo) antes del taller y después del taller. Los puntajes reducidos de los trastornos se mantuvieron en el seguimiento que se realizó después de 6 meses. Estudios posteriores llevados a cabo por Church y Brooks (2010) y Palmer-Hoffman y Brooks (2011) se construyeron sobre este diseño y apoyaron y expandieron los hallazgos de Rowe. Church y Brooks (2010) administraron el SA-45 a 216 trabajadores del cuidado de la salud en 5 conferencias separadas. Como parte de la conferencia, cada uno participó en un taller de EFT de 4 horas de duración, que incluía 2 horas de entrenamiento y 2 horas de auto aplicación. Tal como sucedió con Rowe, las diferencias antes y después de la prueba fueron altamente significativas ( $p < .001$ ) para las 9 escalas de síntomas SA-45, así como para el índice de severidad global. Igualmente, y tal como sucedió con Rowe, casi todos los progresos se mantuvieron durante los seguimientos. Palmer-Hoffman y Brooks (2011) administraron el SA-45 a los participantes en 4 talleres adicionales de EFT ( $n = 207$ ), cada uno de ellos liderado por un facilitador diferente, y también encontraron diferencias importantes inmediatamente después del taller ( $p < .001$ ) y en las visitas de seguimiento. A diferencia de Rowe (2005) y de Church y Brooks (2010), una característica de su estudio fue que el fundador de EFT, Gary Craig, no condujo ninguno de los talleres, de manera que los efectos fueron independientes de la influencia directa del fundador.

### **Dolor y Enfermedad Física**

Dado el creciente reconocimiento del papel que juegan los factores emocionales en la enfermedad y el dolor (Porcelli & Sonino, 2007), la estimulación de los puntos de acupuntura ha sido aplicada con una gran variedad de condiciones físicas. Por ejemplo, cerca de 270 reportes de casos de la aplicación de EFT para reducir el dolor se

describen en el sitio <http://www.EFTUniverse.com> (información extraída el 12 de diciembre de 2011). Cinco estudios sobre estimulación de puntos de acupuntura para casos de dolor o enfermedad revisados por expertos en el tema se describen brevemente aquí. Se enseñó EFT a 26 mujeres diagnosticadas con fibromialgia, que habían estado sin trabajar por enfermedad durante al menos 3 meses, utilizando un programa de entrenamiento en Internet (Brattberg, 2008). También se les brindó apoyo vía e-mail, pero no hubo interacción personal. Al final del programa de tratamiento de 8 semanas se observó una mejoría sustancial en medidas que incluían dolor, ansiedad, depresión, vitalidad, función social, nivel de actividad y problemas de desempeño en el trabajo debido a limitaciones físicas, en comparación con un grupo de lista de espera. En un segundo estudio, 12 individuos afectados con psoriasis, el trastorno autoinmune más frecuente en los Estados Unidos, participaron en un taller de EFT de 6 horas de duración (Hodge & Jurgens, 2011). Se observaron progresos significativos con respecto a la evaluación de los síntomas de psoriasis antes y después del taller, así como de otras cuestiones de salud y dificultades emocionales, incluyendo disminución de la ira, preocupación, estrés y timidez o vergüenza. También se reportó que los individuos estaban durmiendo mejor, tenían mejores relaciones y habían necesitado menos tratamientos médicos durante un período de seguimiento de 3 meses. El estudio de Church y Brooks (2010) de 216 trabajadores de la salud incluía una secuencia de EFT de 20 minutos de duración, enfocada hacia el dolor físico. Se reportó una reducción del 68% en el dolor físico, en una escala tipo Likert de 11 puntos, inmediatamente después de la autoaplicación de “tapping”. Kobber et al. (2002) enseñó a los paramédicos a sostener puntos de acupuntura luego de lesiones que, aunque menores, requerían que el paciente fuera llevado al hospital. Aunque sus investigaciones no cumplieron con los criterios de inclusión de esta revisión, ya que los puntos de acupuntura fueron sostenidos en lugar de que les aplicaran el “tapping”, ni tampoco incluyeron otros elementos de los protocolos de TFT/EFT, nos instruyen. El equipo de investigación comparó los resultados del tratamiento con dos condiciones de control que fueron asignadas en forma aleatoria: la no intervención o sostenimiento de puntos que no sean puntos de acupuntura. La estimulación de puntos de acupuntura resultó en una mayor reducción de la ansiedad ( $p < .001$ ), del dolor ( $p < .001$ ), y frecuencia cardíaca elevada ( $p < .001$ ), en comparación con las otras dos condiciones, y un equipo relacionado replicó los hallazgos (Lang et al., 2007).

## Control de Peso

Uno de cada tres americanos es obeso, una condición que produce enfermedades cardíacas, derrame cerebral, diabetes tipo 2 y ciertos tipos de cáncer (Centros para el

Control y Prevención de la Enfermedad, 2011). En sus investigaciones de “tapping” sobre puntos de acupuntura para reducir las ansias de comer Stapleton, Sheldon y Porter (en imprenta) seleccionaron 96 individuos en forma aleatoria, para incluirlos en un grupo de tratamiento que participó en 4 sesiones grupales de EFT, de 2 horas de duración, y en un grupo de lista de espera. Luego del tratamiento se encontró que hubo una disminución en las ansias de comer, así como una mayor capacidad para contener y dominar las ansias ( $p < .05$ ), las cuales aún estaban presentes durante el seguimiento que se realizó un año después, junto con reducciones importantes de peso y de masa corporal. Church y Brooks (2010) también incluyeron un componente de ansias de comer en el diseño de su tratamiento y reportaron una sorprendente reducción del 83% después de éste. Elder et al. (2007) investigaron los efectos de sostener los puntos de acupuntura seleccionados para tratar la ganancia de peso luego de programas de reducción de peso realizados con éxito en Kaiser Permanente. Nuevamente, aunque el sostener los puntos de acupuntura en vez de realizar “tapping” sobre ellos no fue suficiente para cumplir con los criterios de inclusión en esta revisión, el estudio es válido y pertinente. Uno de los más grandes retos en el manejo del peso es mantener la pérdida de éste. Se suministraron 10 horas de tratamiento durante un período de 12 semanas. El tratamiento sobre los puntos de acupuntura estuvo seguido de una mínima ganancia en el peso (.1 kg en promedio), durante 24 semanas. Este resultado ha sido muy superior a uno de los tratamientos comparativos ( $p < .001$ ) y sobrepasó al otro, aunque no pudo llegar a tener una importancia estadística ( $p < .09$ ).

### **Desempeño Deportivo**

Mientras que los atletas profesionales y otras personas interesadas en el alto rendimiento están utilizando la estimulación de los puntos de acupuntura con más frecuencia (en <http://www.EFTUniverse.com> se describen 46 casos de un mejor desempeño deportivo o artístico que fueron extraídos el 12 de diciembre de 2011), solamente se han publicado dos ensayos controlados. En un ECA realizado por Church (2009), 26 hombres y mujeres jugadores de baloncesto universitario de alto rendimiento (PAC-10) fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental que recibió una sesión de EFT de 15 minutos, o a un grupo de control que recibió una sesión de entrenamiento (coaching), que duró casi el mismo tiempo. Se midió el desempeño antes y después del tratamiento en tiros libres y en salto alto. El tiempo que duró el tratamiento y la colección de datos simuló un juego real de baloncesto. En la prueba posterior el salto alto no registró un cambio significativo, pero los jugadores que recibieron tratamiento con EFT mejoraron sus tiros libres en un promedio del 20.8%, mientras que el grupo de control empeoró en un 16.6% en promedio, una diferencia

que fue significativa al nivel de .03. En otro ECA que se realizó con atletas, 15 jugadoras de fútbol en el Reino Unido fueron asignadas a una sesión grupal de EFT, o a una sesión de coaching grupal con sus entrenadores, en forma aleatoria. El objetivo para cada grupo era mejorar los porcentajes de tiros de penal (tiros con “pelota muerta” a una distancia de 13.5 m de la cesta). Los progresos que se observaron en los resultados de las jugadoras que recibieron EFT fueron mucho más significativos que los que se registraron para las jugadoras que recibieron la sesión de coaching normal (Llewellyn-Edwards & Llewellyn-Edwards, 2012).

### **Calidad de los ECAs**

La literatura existente representa una etapa relativamente temprana en los esfuerzos para establecer la eficacia de los protocolos de la psicología energética. Muchas de las investigaciones mencionadas en este artículo fueron concebidas como estudios piloto y conducidas por los mismos proponentes del método que se estaba estudiando. La mayoría contaba con presupuestos muy reducidos, con apenas un puñado de los 51 reportes que se basó en el trabajo financiado por una institución importante (por ejemplo, Baker & Siegel, 2010; Brattberg, 2008; Karatzias et al., 2011; Wells et al., 2003).

No obstante lo anterior, los 18 ECAs que se hallaron en la búsqueda en la literatura representan un conjunto de evidencias que se pueden examinar conforme a los criterios establecidos para el reporte de ensayos clínicos aleatorios (por ejemplo, Jadad & Enkin, 2007; Schlz, Altman & Moher, 2010). Todos los 18 estudios utilizaron medidas estandarizadas antes y después del tratamiento, e hicieron la asignación de los sujetos participantes en condiciones controladas o experimentales en forma aleatoria. Se realizaron 4 estudios adicionales, que incluyeron condiciones de comparación y no emplearon métodos aleatorios adecuados (identificados en la Tabla 2) y que no están incluidos en este análisis. Los 18 ECAs se revisan aquí de acuerdo con su uso de medidas externas u objetivas (versus la dependencia exclusiva de los auto reportes), condiciones de comparación como el uso de placebos o ingredientes activos (versus la lista de espera), cegamiento, investigación de seguimiento y tamaño del efecto.

### **Uso de Medidas Externas u Objetivas**

Los 18 estudios utilizaron auto-inventarios. Sin embargo, la naturaleza subjetiva de los auto-reportes, junto con su susceptibilidad a la expectación y los sesgos de la motivación, tales como los efectos de la adhesión, la falta de acceso introspectivo a las

variables que están siendo examinadas y otros factores que influyen en la recuperación de información desde la memoria, abren el espacio para la preocupación acerca de su confiabilidad como medidas de resultados (Hofmann, Gawronski, Gschwendner & Schmitt 2005). Además de los auto-inventarios, 9 de los estudios también evaluaron los resultados utilizando medidas externas u objetivas, tales como: entrevistas estructuradas de diagnóstico administradas por personal clínico; la valoración del cortisol salival; la medición de la frecuencia del pulso frente a un estímulo que produce miedo; evitar un estímulo temido; se observan signos característicos de la ansiedad del orador, tales como caminar de un lado para otro, bambolearse, o movimientos extraños de los brazos o de las manos; el índice de la masa corporal después de un período de tiempo, luego de los tratamientos para reducir las ansias de comer; el porcentaje de tiros libres en el baloncesto y, así sucesivamente. En todos los casos en que se utilizaron medidas externas u objetivas los cambios antes y después del tratamiento que se evaluaron iban en la misma dirección que los cambios en las medidas de auto-reporte, y fueron aproximadamente equivalentes en términos de importancia estadística (los niveles  $p$ ). Para aquellos estudios que solamente utilizaron medidas de auto-reporte los niveles  $p$  para los hallazgos más importantes fueron .05, .05, .001, .001, .001, .001, .001, .001 y .001, respectivamente, con un estudio que no arrojó un puntaje  $p$  en el establecimiento de la importancia.

En esta muestra los estudios cuyos diseños fueron más fuertes (es decir, más discriminatorios) produjeron, sin embargo, resultados fuertes. En cambio, estos hallazgos sugieren que si se hubiera utilizado medidas externas u objetivas en los 9 estudios que se basaron únicamente en auto-reportes muy posiblemente los cambios antes y después del tratamiento que indicaban estos auto-reportes habrían sido corroborados por medidas más objetivas. Esta suposición de validez convergente concuerda con las correlaciones entre los auto-reportes y las escalas administradas por personal clínico (por ejemplo, Keen, Kutter, Niles & Krinsley, 2008; Ruggiero, Ben Scotti Y Rabalais, 2003), cuando los inventarios de auto-reporte cumplan las condiciones tales como una fuerte correspondencia conceptual entre las medidas (Hofmann et al, 2005).

### **Condiciones de Comparación por el Uso de Placebos o de Ingrediente Activo**

Los grupos de control de la lista de espera permiten que los cambios en individuos que recibieron el tratamiento que se investiga sean comparados con los de los individuos que no recibieron el tratamiento. Mientras se garantiza que cualquier efecto que se observe se debe a la intervención, en lugar de variables como el procedimiento de la

prueba o el avance espontáneo con el paso del tiempo, los grupos de comparación de la lista de espera no controlan el efecto placebo, sugerencias, o expectativas. Las condiciones de comparación que controlan estos factores utilizan tratamientos con placebos, o con ingredientes activos. 9 de los 18 ECAs en la muestra incluyeron un placebo, o una condición de control con ingredientes activos, mientras que los 9 restantes usaron solamente la condición de control de la lista de espera (véase la Tabla 2). La importancia estadística de los resultados (los niveles  $p$ ) fue levemente más fuerte, pero apenas equivalente con los estudios que usaron solamente una lista de espera (los niveles  $p$  para los principales y más fuertes hallazgos fueron .05, .05, .05, .03, .005, .001, .001 y .001, respectivamente, sin que un estudio proporcionara un puntaje  $p$  para el establecimiento de la importancia).

### **Cegamiento**

En vista de que generalmente no es posible ocultar al terapeuta la naturaleza del tratamiento, las formas más comunes de cegamiento incluyen el estudio de los participantes y la toma de medidas para garantizar que aquellos que estén recolectando y analizando los datos resultantes no saben si tienen que ver con la condición experimental, o la de control. Se encontró que se estudiaron métodos de cegamiento en 9 de los 18 ECAs. La importancia estadística en los resultados (los niveles  $p$ ) fueron marginalmente más fuertes para los estudios que reportaron el uso de métodos de cegamiento (los niveles  $p$  para los principales y más fuertes hallazgos fueron de .03, .005, .001, .001, .001, .001, .001, .001 y .001, respectivamente), que para aquellos que no (los niveles  $p$  para su principal y más fuerte hallazgo fueron de .05, .05, .05, .05, .001, .001, .001 y .001, respectivamente, con un estudio sin proporcionar un puntaje  $p$  en el establecimiento de la importancia). Aunque con una leve diferencia, va en dirección contraria a lo que se hubiera esperado si la falta de cegamiento hubiera arrojado resultados positivos y más fuertes. De hecho, en un estudio de triple cegamiento, Church, Young et al. (en imprenta) produjeron resultados muy sólidos después de diseñar métodos para cegar a los terapeutas, los individuos participantes y los evaluadores.

### **Investigación de Seguimiento**

La durabilidad de los beneficios del tratamiento se puede determinar por la evaluación de la condición originalmente medida después de transcurrido un período de tiempo específico. 8 de los 18 ECAs incluyeron una investigación de seguimiento, con 7 de estos que repitieron las medidas originales pre / post tratamiento, y 1 que se basó únicamente en las entrevistas de seguimiento (Schoninger & Hartung, 2910).

Schoninger & Hartung encontraron que de los 31 sujetos participantes 28 reportaron una mejoría sostenida 5 meses después del tratamiento. Wells et al. (2003) reportaron que los progresos en una prueba de evitación conductual se mantuvieron entre 7 y 10 meses después del tratamiento y, a pesar de que los puntajes en los auto-inventarios entraron en remisión, éstos siguieron siendo significativamente más fuertes que los puntajes registrados antes del tratamiento. La reproducción parcial del estudio de Wells et al. realizada por Baker y Siegel (2010) también encontró un avance sostenido en la misma prueba de evitación conductual (el período de seguimiento fue de 16.5 meses en promedio) y las ganancias del auto-inventario disminuyeron durante el período de seguimiento, aunque siguieron siendo mucho mejores que los puntajes que se registraron antes del tratamiento. Stapleton et al. (en imprenta) reportaron avances significativos ( $p < .05$ ) en el peso, en el índice de masa corporal, en las ansias de comer, el poder subjetivo de la comida, restricción de los antojos y varios síntomas psicológicos, 12 meses después del tratamiento de las ansias de comer. Karatzias et al. (2011) encontraron que los avances en la entrevista de diagnóstico y los puntajes auto-reportados después de los tratamientos de TEPT se mantuvieron durante un período de seguimiento de 3 meses. Connolly y Sakai (2011) en sus investigaciones sobre los resultados de los síntomas de TEPT entre los sobrevivientes del genocidio hallaron un avance sostenido, luego de un período de seguimiento de 2 años. Irgens et al. (en imprenta) encontraron que la mejora en los puntajes de la ansiedad luego del tratamiento se mantuvo en los seguimientos que se realizaron a los 3 y a los 12 meses. Church, Hawk et al. (en imprenta) encontraron que las ganancias del tratamiento se mantuvieron durante un período de seguimiento de 6 meses. Todos los estudios que realizaron investigaciones de seguimiento hallaron un progreso sostenido en el tiempo.

### **Tamaño del Efecto**

Los niveles de importancia (los puntajes  $p$ ) muestran la probabilidad de que la diferencia entre dos grupos de datos (tales como la diferencia entre los puntajes de la prueba antes y después del tratamiento dentro de un grupo de tratamiento, o cambios en los puntajes de prueba entre dos grupos) no se debe a la casualidad. Sin embargo, los niveles de importancia no reflejan el tamaño de dichas diferencias. Para llegar a determinar la magnitud de un efecto se debe calcular el tamaño del efecto, generalmente llamado "Cohen  $d$ ", o "eta cuadrado" (Cohen, 1998). 7 de los 8 estudios que reportaron el "Cohen  $d$ " (Baker & Siegel, 2010; Church, De Asis et al., en imprenta; Irgens et al., en imprenta; Karatzias et al., 2011; Salas et al. 2011; Schoninger & Hartung, 2010; Wells et al., 2003) tuvieron al menos un resultado clínico destacado, con  $d > .8$ , indicando grandes tamaños del efecto. El otro estudio (Stapleton et al., en

impresión) reportó un tamaño del efecto moderado. Para  $\eta^2$  cuadrado 0.0099 constituye un tamaño del efecto pequeño, 0.0588 un tamaño del efecto moderado, y 0.1379 un gran tamaño del efecto (Cohen, 1998). Los 4 estudios que hicieron el cálculo de  $\eta^2$  cuadrado (Connolly & Sakai, 2011; Jones et al., 2011; Rubino – en impresión; y Sesgin & Öcan, 2009) tuvieron al menos una medida clínica de resultados destacada, con  $\eta^2$  cuadrado en el rango de los efectos de gran tamaño. 4 de los 6 estudios para los que no se suministró el tamaño del efecto proporcionaron suficientes datos para calcular la  $d$  de Cohen, la cual fue computada por el presente escritor (disponible por solicitud). La  $d$  de Cohen fue mayor que .8 en al menos una medida clínica de resultados destacada para todos los 4 estudios. En resumen, se halló un gran tamaño de los efectos para 15 de los 16 estudios en los que el tamaño del efecto podía determinarse, y se encontró un tamaño del efecto moderado para el otro.

### **Evaluación de los ECAs Incluidos**

Mientras que los 18 ECAs que se hallaron en la investigación de literatura sugieren sistemáticamente que la estimulación de los puntos de acupuntura conduce a resultados clínicos sólidos para una variedad de condiciones, se requieren investigaciones adicionales para tratar muchas de las preguntas que quedan. Las reproducciones adicionales o parciales, tales como las de Baker y Siegel (2010) y las de Salas et al. (2011), controlan mejor la parcialidad del experimentador y otros factores no específicos. Se necesitan otros estudios de desmantelamiento, tales como los de Wells et al. (2003) y los de Baker y Siegel (2010), para identificar los ingredientes activos en los protocolos de la psicología energética. Los estudios de desmantelamiento podrían también responder preguntas que guiaran a los clínicos, tales como si los puntos de acupuntura utilizados en EFT son superiores a los que se usan en TFT; o si unos puntos específicos son más efectivos para condiciones específicas; o si el procedimiento de 9 Gama es necesario; o cómo las dimensiones verbales y somáticas de los protocolos de la psicología energética se integran en forma más efectiva. Se necesitan estudios de comparación adicionales, tales como los de Karatzias et al., 2011, para demostrar cómo se desempeñan los protocolos de la psicología energética en los ensayos clínicos de comparación directa, frente a otros tratamientos establecidos. Karatzias et al. también suministran el primer vistazo de si los fuertes resultados reportados en los estudios existentes van a ser encontrados por investigadores desinteresados, utilizando los estudios diseñados rigurosamente que se pueden esperar mientras que la comunidad más amplia de psicólogos examine las intervenciones de la psicología energética.

A la fecha el cuerpo de evidencias que existe se centra principalmente en cuestiones de eficacia. Todos los 18 ECAs identificados en la investigación de literatura que se hizo reportaron resultados positivos en al menos una medida clínica destacada que excedió el nivel de importancia de .05. El nivel de .001 fue excedido en 11 de los 18 estudios. El tamaño de los efectos fue grande en 15 de los 16 estudios en que se determinaron, y moderado en el estudio restante. El nivel de importancia y el tamaño del efecto se complementan entre sí al establecer estadísticamente un efecto subyacente para el resultado clínico observado (Ellis, 2010). Los 18 ECAs cumplen con los umbrales de importancia establecidos y muestran los fuertes efectos en los 16 estudios para los que se calculó el tamaño del efecto. Las formas de tratar con la expectación y la lealtad exigen características, cegamiento y condiciones de control, específicamente en investigaciones de protocolos de la psicología energética, las cuales han sido ampliamente analizadas en la literatura en este campo (Baker, Carrington & Putilin, 2009). Un cegamiento más riguroso, el control del sesgo del experimentador y la garantía de la fidelidad a los protocolos del tratamiento prescrito, proporcionarán información adicional a los hallazgos existentes. Sin embargo, en este punto las comparaciones entre: a) los estudios que utilizaron medidas de resultados externas u objetivas y los estudios que dependen de medidas de auto-reporte; b) los estudios que utilizaron placebos o condiciones de control de ingredientes activos y aquellos que no; c) los estudios que utilizaron el cegamiento y aquellos que no; y d) los estudios que realizaron investigaciones de seguimiento y aquellos que no, nos sugieren que los hallazgos reportados en los 18 ECAs pueden ser aceptados con razonable certeza.

### **Mecanismos**

Más allá de la pregunta de si hacer “tapping” sobre los puntos de acupuntura es efectivo está la pregunta: si funciona, ¿cómo funciona? El campo de la salud mental está tratando todavía de reconciliar el fuerte apoyo investigativo sobre la efectividad de la terapia de EMDR - Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular - (por ejemplo, Foa, Keane & Friedman, 2009) en el tratamiento de trastornos con fundamento en el trauma con sus procedimientos físicos de apariencia extraña (Bergmann, 2010). Mientras que la terapia de EMDR integra elementos de otras terapias en forma que se pueden explicar dentro de marcos convencionales – tales como la exposición a imágenes, el procesamiento de información y la reestructuración cognitiva – un elemento esencial para que su éxito tenga tanta fuerza parece ser la inclusión de estimulación bilateral a través de movimientos oculares, alternando “tapping” de izquierda a derecha en el cuerpo, o el escuchar tonos que alternan el lado

izquierdo y el derecho (por ejemplo, Gunter & Brodner, 2008; Lee & Drummond, 2008). Los mecanismos involucrados en este componente del tratamiento aún no han sido convincentemente descritos, o empíricamente establecidos. Lo que la psicología energética agrega al rompecabezas es un segundo enfoque que utiliza la activación somática como un procedimiento clave y que ha demostrado efectividad en el tratamiento de una serie de trastornos.

El hallazgo más destacado para especular en las razones por las cuales la estimulación de los puntos de acupuntura puede resultar efectiva en el tratamiento de TEPT y otros trastornos fundamentados en la ansiedad surgió de un programa de investigación que se realizó en la Escuela de Medicina de Harvard durante 10 años, y que investigaba los efectos de la estimulación de puntos de acupuntura específicos. Los estudios de imagen mostraron que la estimulación de ciertos puntos con agujas sin duda producía importantes disminuciones en la actividad en la amígdala cerebral, en el hipocampo y en otras zonas del cerebro asociadas con el miedo (Hui et al., 2000). Investigaciones posteriores realizadas por el mismo grupo proporcionaron “evidencia adicional para apoyar los reportes anteriores” relativos a que la acupuntura puede producir “una extensa desactivación de los sistemas límbico-paralímbico-neocortical” (Fang et al., 2009, p.1196).

¿Qué hace que los estudios de Hui y Fang sean tan esenciales? En casi todos los protocolos de estimulación de los puntos de acupuntura el procedimiento físico se hace simultáneamente con la activación mental de un problema psicológico o de un estado deseado. En este sentido, la psicología energética con TEPT y otros trastornos de la ansiedad es una técnica de exposición (Feinstein, 2010). El traer a la mente un disparador emocional, una escena problemática, o un recuerdo traumático sin resolver activa la amígdala cerebral, despertando una respuesta de amenaza. De acuerdo con los estudios de Harvard, la estimulación de los puntos de acupuntura seleccionados envía simultáneamente señales de desactivación a la amígdala cerebral. La repetición de la intervención física resuelve estas señales opuestas al reducir el despertar mientras el disparador todavía está mentalmente activo. Los registros del hipocampo en cuanto a que el recuerdo o el disparador se está contactando sin una respuesta ante el estrés y la red neuronal que inicia la respuesta asociada ante el estrés se altera permanentemente. Ser capaz de contactar el recuerdo o el disparador sin la exaltación del límbico se convierte en la nueva situación normal.

Esta explicación concuerda con los datos clínicos y con los hallazgos de la imagen cerebral, aunque es una vasta simplificación. La reducción de la exaltación del límbico en los trastornos de ansiedad y alterar la red neuronal que mantiene respuestas condicionadas psicopáticas son los dos principales procesos cerebrales que ocurren en la gama de resultados clínicos favorables reportados arriba. Otro efecto experimentado por el autor y reportado por otros expertos clínicos, aunque todavía no ha sido investigado empíricamente, es el de que hacer “tapping” sobre los puntos de acupuntura junto con imágenes positivas o sugerencias bien formuladas aparentemente incrementa en forma marcada el impacto de las imágenes, o de la sugestión. En cuanto al uso de agujas versus “tapping”, un estudio de doble cegamiento que comparó la penetración por agujas de acupuntura con presión no penetrante, que estimuló la sensación de penetración, encontró progresos clínicos equivalentes para cada intervención (Takakura & Yajima, 2009), y los estudios informales han sugerido que hacer “tapping” en realidad puede ser mejor que las agujas en el tratamiento de trastornos de la ansiedad (reportado en Feinstein, 2004).

Más allá de los efectos de la estimulación de los puntos de acupuntura sobre una función neurológica se encuentran los procesos bioquímicos y “energéticos”. Una hipótesis que no se ha probado, pero que concuerda con las tradiciones curativas de donde la psicología energética saca sus estrategias de intervención física, es que la estimulación de un grupo de puntos de acupuntura bien seleccionados momentáneamente establece el balance interno que permite que las cuestiones psicológicas salgan a la luz, se resuelvan y reintegren en formas que no son posibles si los sistemas internos están estresados. Mientras que se traza un plano de los efectos electroquímicos en la estimulación de los puntos de acupuntura, ellos están de hecho probando que concuerdan con las explicaciones antiguas que se usan en acupuntura. Por ejemplo, Langevin y Yandow (2002) demostraron una fuerte correspondencia entre la red neuronal sobre la que los puntos de acupuntura están situados (descritos como “meridianos” en la teoría de la acupuntura) y el tejido conectivo intersticial. Oschman (2006) explica que parece que las propiedades semi conductoras del tejido conectivo del cuerpo permiten la estimulación de puntos de acupuntura para rápidamente enviar señales electromagnéticas a ciertas áreas del cuerpo independientes del sistema nervioso.

Los efectos bioquímicos de la estimulación de los puntos de acupuntura también están siendo identificados, con neurotransmisores, endorfinas y otros químicos del cerebro que aparentemente son influenciados por “tapping” (Ruden, 2005). Tres investigaciones

han demostrado cambios deseables en los patrones de las ondas cerebrales después de los tratamientos de puntos de acupuntura (Diepold & Goldstein, 2009; Lambrou, Pratt & Chevalier, 2003; Swingle, Pulos & Swingle, 2004). En un estudio de EFT por Church, Yount y Brooks (en imprenta), una sola sesión de “tapping” no sólo era más efectiva que la sesión estándar de consejería de apoyo para reducir los trastornos auto reportados, sino que también el tratamiento redujo sustancialmente los niveles de cortisol. Los niveles elevados de cortisol son asociados con la aceleración del proceso de envejecimiento, muchas enfermedades del organismo y condiciones psicológicas, como la depresión y la ansiedad. Los niveles de cortisol no se redujeron en aquellos individuos controlados que recibieron consejería de apoyo, o no tuvieron ningún tratamiento. El estudio de Church, Yount et al. (en imprenta) mostró que EFT es muy superior a la consejería de apoyo, ya que mejora simultáneamente tanto los niveles de cortisol relacionados con el estrés y los síntomas psicológicos auto-reportados después de una sola sesión de tratamiento.

Los hallazgos con respecto al significado clínico de la consolidación de los recuerdos también pueden ayudar a explicar la forma en que las intervenciones de la psicología energética pueden alterar el condicionamiento pasado. Durante la consolidación de los recuerdos que han sido mentalmente activados, las respuestas automáticas al miedo son particularmente vulnerables a ser modificadas vía el entrenamiento de extinción, como por ejemplo mediante la exposición a indicadores condicionados (Schiller, Monfils, Raio, Johnson, Leroux & Phelps, 2010). En los protocolos de la psicología energética, los recuerdos formativos o traumáticos son activados antes de hacer “tapping” en los puntos de acupuntura, con el fin de obtener la clasificación de SUD. Luego se aplica “tapping” durante el período mientras los recuerdos están siendo reconsolidados. El condicionamiento ante el miedo es particularmente lábil de cambio durante este período, de manera que las señales de desactivación que se envían a la amígdala cerebral por medio de tapping en los puntos de acupuntura pueden mejorar el impacto en ese momento. Aunque la clasificación inicial del SUD se toma para efectos de proporcionar un punto de referencia a medida que el tratamiento progresa, la activación de los recuerdos que requiere puede ser en sí misma un ingrediente activo en el tratamiento.

Aunque las formulaciones corrientes todavía son muy básicas y poco precisas, el conocimiento emergente sobre la función cerebral, energías electromagnéticas y la química de las neuronas están convergiendo de manera que explicaciones

convincientes – tales como la desactivación de la incitación de la amígdala cerebral en el tratamiento de trastornos de la ansiedad – se proponen. Sin embargo, complica los intentos para comprender los mecanismos en juego al estimular puntos de acupuntura el hecho que su uso en medios clínicos no sea por lo general de una única intervención. Aunque la psicología energética puede ser concebida como una modalidad independiente y auto contenida, la mayoría de psicoterapeutas que aprenden este enfoque lo incorporan en su marco clínico y repertorio existente. La estimulación de los puntos de acupuntura se presta fácilmente a dicha integración, lo que constituye una de sus mayores fortalezas para profesionales de la salud mental. La contribución clave que la estimulación de los puntos de acupuntura le da a otros marcos clínicos parece estar en su aparente habilidad para cambiar las vías neuronales y la asociada adaptación inadecuada por el condicionamiento, con inusual velocidad y precisión.

### Discusión

Retomando la pregunta planteada al formular este artículo: ¿la evidencia empírica existente apoya las afirmaciones tempranas en cuanto a que la estimulación de los puntos de acupuntura conduce a resultados clínicos que son inusualmente fuertes y rápidos? Los estudios que reportan que *una sola* sesión de EFT o de TFT bajó los puntajes de la gran mayoría de individuos que participaron en las mediciones estandarizadas, pasando de estar por encima, a estar por debajo de los niveles de TEPT (Church et al., 2011; Connolly & Sakai, 2011; Sakai et al., 2010), con ganancias que parecen haber permanecido cuando se realizó el seguimiento (Connolly & Sakai, 2011; Sakai et al., 2010), se inclinan hacia esa dirección. Mientras que las conclusiones son prematuras hasta y a menos que estudios más rigurosos corroboren los hallazgos iniciales, la literatura existente concuerda con las aseveraciones en cuanto a que hacer “tapping” en los puntos de acupuntura produce resultados clínicamente rápidos y fuertes, con una variedad de condiciones.

No hemos visto un solo estudio refutatorio que haya aparecido (véase a Feinstein 2009b), para analizar la forma como dos de los primeros estudios – Pignotti, 2005 y Waite & Holder, 2003 – han sido interpretados por algunos como si cuestionaran las aseveraciones de los terapeutas que usan puntos de acupuntura. En un examen más estrecho estos estudios realmente proporcionan evidencia de un efecto clínico positivo, aunque los investigadores atribuyeron ese efecto a mecanismos diferentes de hacer “tapping” sobre los puntos de acupuntura). Una tendencia muy destacada en la

investigación sobre psicología energética ha sido el ajuste del rigor metodológico de los estudios más recientes (por ejemplo, Baker & Siegel, 2010; Church, Hawk et al., en imprenta; Church, Yount et al., en imprenta; Connolly & Sakai, 2011; Karatzias et al., 2011). A pesar de los diseños más sofisticados y un incremento en los niveles de control, estos estudios han sido consistentes en proporcionar evidencias sólidas sobre la efectividad. A medida que ha crecido el nivel de rigor en los diseños investigativos que se están usando, las primeras deducciones de los datos preliminares – en lugar de mostrarse excesivamente optimistas – están siendo corroboradas con validaciones estadísticas.

Sin embargo, la investigación sobre protocolos de los puntos de acupuntura para tratar desórdenes psicológicos se encuentra todavía en sus primeras etapas, con apenas tres cuartos de los estudios publicados en los últimos 4 años que cumplen con los criterios de inclusión en esta revisión. Más allá de las evaluaciones de calidad del diseño presentadas arriba, otra forma de evaluar el cuerpo actual de la investigación es su comparación con los criterios para tratamientos fundamentados en evidencias, desarrollados por la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la Asociación Americana de Psicología-APA), en sus esfuerzos por promover las mejores prácticas.

Para cumplir con los criterios de eficacia de la División 12 en cuanto a ser considerado un “tratamiento bien establecido” se requiere que 2 grupos de investigación independientes hayan demostrado que el tratamiento es o (a), más efectivo que un tratamiento placebo, o bien (b), equivalente a otro tratamiento cuya eficacia ya ha sido establecida (Chambless, 1998; Chambless et al., 1998), por medio de un reporte revisado por otros expertos en el tema. El tratamiento debe también haber sido estandarizado (lo que usualmente significa que los profesionales de la medicina adhirieron a procedimientos descritos en manuales) y la clientela debe ser claramente especificada, de manera que se pueda inferir la validez de generalizar los resultados del estudio. Para ser designado como “un tratamiento de eficacia probable” solamente se requiere que un estudio cumpla con los criterios mencionados. Los criterios de “eficacia probable” también se pueden cumplir con dos estudios, en los que la condición de control sea un grupo de lista de espera, en lugar de una condición de placebo, o un tratamiento establecido. Los dos estudios pueden haber sido realizados por un mismo investigador, o por diferentes investigadores. Mientras que la División 12 aún no ha evaluado ninguna evidencia para la psicología energética en los reportes publicados, las condiciones clínicas para los cuales los protocolos de estimulación de puntos de acupuntura parecen cumplir con los criterios para ser designado como

“tratamiento bien establecido” – según los estudios presentados arriba – incluyen fobias (Wells et al., 2003; Salas, Brooks & Rowe, 2011) y ansiedad ante la toma de exámenes (Rubino, en imprenta; Sezgin & Özcan, 2009). Los protocolos de los puntos de acupuntura parecen cumplir con los criterios para ser designados como “tratamientos de eficacia probable” para TEPT (Church et al., 2011; Church, Hawk et al., en imprenta; Connolly y Sakai, 2011; Karatzias et al., 2011) y el miedo a hablar en público (Schoninger y Hartung, 2010; Jones, Thornton & Andrews, 2011).

## Conclusión

Una revisión de la evidencia actual reveló que se ha examinado el uso de la estimulación en los puntos de acupuntura para el tratamiento de trastornos psicológicos en numerosos estudios que cumplen con los estándares científicos aceptados. Estos estudios han demostrado sistemáticamente los sólidos efectos y otros resultados estadísticos positivos después de unas pocas sesiones de tratamiento, los cuales son tan evidentes que no pueden ser atribuidos a la casualidad. Todas las investigaciones que se han llevado a cabo en más de una docena de países por parte de equipos independientes de investigación han producido resultados similares. La especulación alrededor de los mecanismos involucrados sugiere que hacer “tapping” en los puntos de acupuntura mientras se activa mentalmente el problema emocional que se está presentando, produce rápidamente los cambios deseados en la neuroquímica involucrada en ese problema. Si se siguen acumulando resultados favorables de la investigación sobre la psicología energética – como lo predicen los desarrollos recientes – y los modelos explicativos para los efectos observados siguen evolucionando, la estimulación de los puntos de acupuntura ofrecerá a los profesionales clínicos una técnica que podrá ser usada con confianza para alterar rápidamente las vías neuronales que subyacen los problemas psicológicos.

## Referencias Bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4a ed. Rev), Washington, DC: Author.

Baker, A.H., Carrington, P., & Putilin, D. (2009). Problemas teóricos y metodológicos en la investigación sobre las Técnicas de Liberación Emocional (EFT) y otras terapias fundamentadas en los meridianos. *Psychology Journal* 6, 34-46.

Baker, A.H., & Siegel, M. A. (2010). Las Técnicas de Liberación Emocional (EFT) reducen los miedos intensos: Una reproducción parcial y extensión de Wells et al. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment* 2, 13-30

Benor, D. J., Ledger, K., Toussaint, I., Hett, G., & Zaccaro, D. (2009). Estudio piloto de las Técnicas de Liberación Emocional, Híbrido Holístico Derivado de la Desensibilización y Reprocesamiento por Medio del Movimiento Ocular y de las Técnicas de Liberación Emocional (WHEE), y la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la ansiedad frente a la toma de exámenes en estudiantes universitarios. *Explore: The Journal of Science and Healing* 5, 338-340.  
doi:10.1016/j.explore.2009.08.001

Bergmann, U. (2010), Los mecanismos neurobiológicos de acción de la EMDR: Un estudio de 20 años de investigación. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4,22-42, doi:10.1891/1933-3196.4.1.22

Brattberg, G. (2008). Auto-administración de EFT (Técnicas de Liberación Emocional) en individuos con fibromialgia: Un ensayo aleatorio. *Integrative Medicine: A Clinician's Diary*, 7, 30-35.

Bray, R. I., (2006). Trabajando con el estrés traumático sin las respuestas abrumadoras. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 12. 103-123.  
doi:10.1300/JI46v12n01\_06

Bryant, R.A., Felmingham, K., Kemp. A., Das. P., Hughes, G. Pedutoa, A., & Williams, L. (2008). La activación de la amígdala y del cortex del cíngulo anterior predice la respuesta al tratamiento para la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de estrés

post-traumático. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 38, 555-561. doi:10.1017/S0033291707002231

Burk, L. (2010), Una Sola Sesión de EFT (Técnicas de Liberación Emocional) para el tratamiento de síntomas relacionados con el estrés después de accidentes de auto. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 2, 65-72.

Callahan, R. (1985). *La Cura de Cinco Minutos para las Fobias*. Wilmington, DE: Enterprise Publishing

Callahan, R. J., & Callahan, J. (1996). *Terapia del Campo Mental (TFT) y trauma: Tratamiento y Teoría*. Indian Wells, CA: Thought Field Therapy Training Center (Centro de Formación en la Terapia del Campo Mental).

Carbonell, J. L., & Figley, C. (1999) Un proyecto de demostración clínica sistemática de las promesas de enfoques de tratamiento del TEPT. *Traumatology*, 5, 4.

Centros para el Control y Prevención de la Enfermedad. (2011). Hechos sobre la obesidad en el adulto. <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>. Recuperado el 12 de diciembre de 2011.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, I., E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, P..... Woody, S. R. (1998). Actualización en terapias validadas empíricamente, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

Chambless, D. I., & Hollon. S. D. (1998). Definición de terapias empíricamente soportadas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66. 7-18.  
doi:10.1037/0022-006X.66.1.7

Church, D. (2009). El efecto de EFT (Técnicas de Liberación Emocional) en el desempeño atlético: un ensayo a ciegas, controlado y aleatorio. *The Open Sports Sciences Journal*, 2, 94-99. doi:10.2174/1875399X00902010094

Church, D. (2010) El tratamiento para combatir traumas en veteranos utilizando EFT (Técnicas de Liberación Emocional): Un protocolo piloto. *Traumatology*, 16, 55-65.

Church, D., & Brooks, A. J. (2010) El efecto de una breve auto-intervención de EFT (Técnicas de Liberación Emocional) para la ansiedad, depresión, dolor y ansias de comer en trabajadores de la salud. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 9, 40-44.

Church, D., De Asis, M. A., & Brooks, A. J. (en prensa). Breve intervención grupal utilizando EFT (Técnicas de Liberación Emocional) para la depresión en estudiantes universitarios: Un ensayo aleatorio controlado. *Depression Research and Treatment*.

Church, D.,m Geronilla, I..., & Dinter, I, (2009). Cambios en los síntomas psicológicos de los veteranos después de seis sesiones de Técnicas de Liberación Emocional (EFT): Un estudio de observación. (Artículo de diario electronico). *International Journal of Healing and Caring*, 9.

Church, D., Hawk, C., Brooks, A., Toukolehto, O., Wren, M., Dinder, I., & Stein, P. (en prensa). Mejoría en los síntomas de trauma psicológico en veteranos que usan EFT (Técnicas de Liberación Emocional): Un ensayo controlado aleatorio. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Church, D., Piña. O., Reategui, C., & Brooks, A. (2011). Reducción de la intensidad de los recuerdos traumáticos en adolescentes abusados, después de una sola sesión de EFT: Un estudio piloto controlado aleatorio. *Traumatology*. Publicación anticipada en línea, doi:10.1177/1534765611426788

Church, D., Yount, G., & Brooks, A. (en prensa). El efecto de las Técnicas de Liberación Emocional (EFT) en la bioquímica del estrés: Un ensayo aleatorio controlado. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Cohen, J. (1988). *Análisis Estadístico para las Ciencias Conductuales* (2da ed.), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Comité para el Tratamiento del Trastorno del Estrés Postraumático, (2008). *Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático: una Evaluación de las Pruebas*, Washington, DC: Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias.

Connolly, S., & Sakai, C. (2011), Intervención breve en el trauma con sobrevivientes del genocidio de Ruanda usando Terapia del Campo Mental, *International Journal of Emergency Mental Health*, 13, 161-172.

---

This material originally appeared in English as Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology*, 16(4), 364-380. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028602>. Copyright © 2012 by the American Psychological Association. Translated and reproduced with permission. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. This translation cannot be reproduced or distributed further without prior written permission from the APA.

Craig, G., Bach, D., Groesbeck, G., & Benor, D. (2009), Técnicas de Liberación Emocional (EFT) para lesión cerebral traumática. (Artículo del diario electrónico). *International Journal of Healing and Caring*, 9.

Craig, G. (2011). *El Manual de EFT* (2da ed.). Fulton, CA: Energy Psychology Press.

Darby, D., & Hartung, J. (en prensa). Terapia del Campo Mental para fobias tipo sangre-inyecciones-heridas: un estudio piloto. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*.

Devilley, G.J. (2005). Terapias de poder y posibles amenazas para la ciencia de la psicología y la psiquiatría. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 437-445, doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01601.x

Diepold, J.H., & Goldstein, D. (2009). Terapia del Campo Mental y cambios en la Electroencefalografía Cuantitativa (QEEG) en el tratamiento del trauma: un estudio de casos. *Traumatology*, 15, 85-93, doi:10.1177/1534765608325304

Dinter, I. (2008). Veteranos: encontrando el camino a casa con EFT. (Artículo del diario electrónico) *International Journal of Healing and Caring*, 8.

Elder, C., Ritenbaugh, C., Mist, S., Aickin, M., Schneider, J., Zwickey, H., & Elmer, P. (2007). Ensayo aleatorio de dos intervenciones mente-cuerpo para el mantenimiento de la pérdida de peso. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 67-78, doi:10.1089/acm.2006.6237

Ellis, P. D. (2010). *La guía esencial para los efectos de tamaño: poder estadístico, meta-análisis y la interpretación de resultados de la investigación*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E. E..., Hui, K. K.-S. (2009). Las características más destacadas de los efectos centrales de la terapia con agujas de acupuntura: Modulación de la red límbica-paralímbica-neocortical. *Human brain Mapping*, 30, 1196-1206, doi:10.1002/hbm.20583

Feinstein, D. (2004) *Psicología Energética Interactiva: intervenciones rápidas para cambios duraderos*, Ashland, OR: Fuente interna.

Feinstein, D. (2008a). Psicología energética en el auxilio a las víctimas de una catástrofe. *Traumatology*, 14, 127-139, doi:10.1177/15347608315636

Feinstein, D. (2008b). Psicología Energética: Una revisión de la evidencia preliminar. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, training*, 45, 199-213, doi:10.1037/0033-3204.45.2.199

Feinstein, D. (2009). Controversias en la psicología energética. *Energy Psychology: Theory, research, treatment*, 1, 45-56.

Feinstein, D. (2009b), Hechos, paradigmas y anomalías en la aceptación de la psicología energética: una réplica a McCaslin (2009) y Pignotti y Thyer (2009), comentarios sobre Feinstein (2008a) *Psychotherapy: Theory, research, Practice, training*, 46, 262-269, doi doi:10.1037/a0016086

Feinstein, D. (2010). Tratamiento rápido del TEPT: Por qué la exposición psicológica con "tapping" en los puntos de acupuntura podría ser efectiva. *Psychotherapy: Theory, research, Practice, Training*, 47, 385-402, doi:10.1037/a0021171

Feinstein, D., & Church, D. (2010). Modulando la expresión genética a través de la psicoterapia: La contribución de las intervenciones somáticas no-invasivas. *Review of General Psychology*, 14, 283-295, doi:10.1037/a0021252

Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2009), *Tratamientos efectivos para el TEPT: lineamientos de práctica para la Sociedad Internacional de Estrés Traumático*, Nueva York, NY: Guilford Press.

Folkes, C. E., (2002), Terapia del Campo Mental y recuperación del trauma. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 99-104.

Gallo, F. P. (2004). *Psicología energética: exploraciones en los puntos de encuentro entre energía, cognición, conducta y salud* (2da ed.). Nueva York, NY: CRC Press

Gallo, F. P. (2009). Psicología energética en la rehabilitación: Orígenes, aplicaciones clínicas y teoría. *Energy Psychology: Theory, research & Treatment*, *1*, 57-72.

Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). Cómo los movimientos oculares afectan los malos recuerdos: Apoyo para un banco de recuerdos que funciona. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 913-931, doi:10.1016/j.brat.2008.04.006

Herbert, J. D., & Gaudiano, B. A. (2001). La búsqueda del Santo Grial: Variabilidad del ritmo cardíaco y Terapia del Campo Mental. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 1207-1214, doi:10.1002/jclp.1087

Hodge, P., & Jurgens, C. Y. (2011). Un estudio piloto sobre los efectos de la Técnicas de Liberación Emocional en la psoriasis. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, *3*, 13-24.

Hofmann, W., Gawronski, B., Gschwendner, T., Lc. H., & Schmitt, M. (2005). Un meta-análisis sobre la correlación entre la prueba de asociación implícita y las medidas de auto-reporte explícitas. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*, 1369-1385, doi:10.1177/0146167205275613

Hui, K. K. S., Liu, J., Makris, N., Gollub, R. W., Chen, A. J. W., Moore, C. I., ... Kwong, K. K. (2000). La acupuntura ajusta el sistema límbico y las estructuras grises subcorticales del cerebro humano: Evidencia de los estudios de iMRI (Intraoperative Magnetic Resonance Imaging – Imágenes de Resonancia Magnética Intraoperatoria) en sujetos normales. *Human Brain Mapping*, *9*, 13-25. doi:10.1002/(SICI)1097-0193(2000)9:1<13::AID-HBM2>3.0.CO:2-F

Irgens, A., Uldal, M., & Hoffart, A. (en prensa). La Terapia del Campo Mental (TFT) como tratamiento para los síntomas de ansiedad: un ensayo aleatorio controlado. *Explore: The Journal of Science and Healing*.

Jadad, A. R., & Enkin, M. (2007), *Ensayos aleatorios controlados: preguntas, respuestas y reflexiones* (2da ed.), Malden, MA: Blackwell.

Johnson, C., Shala, M., Sejdijaj, X., Odell, R., & Dabishevei, D. (2001), Terapia del Campo Mental: Aliviando los malos momentos de Kosovo. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 1237-1240, doi:10.1002/jclp.1090

---

This material originally appeared in English as Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology*, *16*(4), 364-380. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028602>. Copyright © 2012 by the American Psychological Association. Translated and reproduced with permission. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. This translation cannot be reproduced or distributed further without prior written permission from the APA.

Jones, S., Thornton, J., & Andrews, H. (2011). Eficacia de EFT en la reducción de la ansiedad a hablar en público: Un ensayo aleatorio controlado. *Energy Psychology: Theory, Research, Treatment*, 3, 19-32.

Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., young, J., ... Adams, S. (2011). Comparación controlada de la efectividad y eficiencia de dos terapias psicológicas para el trastorno del estrés postraumático: La Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares versus las Técnicas de Liberación Emocional. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 372-378, doi:10.1097/NMD.0b013c3182led262

Keen, S. M., Kutter, C. J., Niles, B. I., & Krinsley, K. E. (2008), Propiedades psicométricas de la lista de chequeo del TEPT en una muestra de veteranos. *Journal of Rehabilitation research & Development*, 45, 465-474, doi:10.1682/JRRD.2007.09.01.38

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalencia, severidad y comorbilidad de los trastornos de *DSM-IV* en la National Comorbidity Survey Replication (Réplica de Encuesta Nacional de Comorbilidad), durante 12 meses. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627, doi:10.1001/archpsyc.62.6.617

Kober, A., Scheck, T., Greher, M. Lieba, F., Fleischhackl. R., Fleischhackl, S., ... Hoerauf, K. (2002), Analgesia prehospitalaria con acupresión en víctimas de traumas menores: Un ensayo prospectivo, aleatorio, de doble cegamiento. *Anesthesia & Analgesia*, 95, 723-727.

Lambrou, P. T., Pratt, G. J., & Chevalier, G. (2003). Efectos fisiológicos y psicológicos de las terapias mente-cuerpo para la claustrofobia. *Subtle Energies & Energy Medicine*, 14, 239-251.

Lang, T., Hager, H., Funovits, V., Barker, R., Steinlechner, B., Hoerauf, K., & Kober, A. (2007). Analgesia prehospitalaria con acupresión en los puntos Baihui y Hegu en pacientes con fracturas radiales: Un ensayo prospectivo, aleatorio, de doble cegamiento. *American Journal of Emergency Medicine*, 25, 887-893, doi:10.1016/j.ajem.2007.01.016

Langevia, H. M., & Yandow, J. A. (2002). Relación de los puntos de acupuntura y meridianos con los planos del tejido conectivo. *Anatomical record*, *269*, 257-265. doi:10.1002/ar.10185

Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2008). Efectos del movimiento ocular versus las instrucciones del terapeuta sobre el procesamiento de recuerdos penosos. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 801-808. doi:10.1016/j.janxdis.2007.08.007

Llewellyn-Edwards, T., & Llewellyn-Edwards, M. (2012, Primavera). El efecto de EFT (Técnicas de Liberación Emocional) sobre el desempeño en el fútbol. *Fidelity: Journal for the National Council of Psychotherapy*, *47*, 14-19.

Lohr, J. M. (2001). Sakai et al. no es una demostración adecuada de la efectividad de TFT. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 1229-1235. doi:10.1002/jclp.1089

Lubin, H., & Schneider, T. (2009). El cambio es posible: EFT (Técnicas de Liberación Emocional) con prisioneros condenados a cadena perpetua y prisioneros veteranos en la Prisión Estatal de San Quentin. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, *1*, 83-88.

Mayer, M. (2006). *Psicología energética: prácticas de auto-sanación para la salud corporal/mental*, Berkeley, CA: north Atlantic Books.

McCarty, W. A. (2008). Historia clínica de un niño de 6 años con fobia a los alimentos: Un enfoque integrado utilizando psicología prenatal y perinatal con las Técnicas de Liberación Emocional (EFT) de la psicología energética, en una aplicación sustituta no local. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, *21*, 117-139.

McCaslin, D. (2009). Una revision de las afirmaciones sobre eficacia en la psicología energética. *Psychotherapy: Research, Practice, training*, *46* 249-256.

McNally, R. J. (2001), El lema de Tertullian y el método de Callahan. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 1171-1174. doi:10.1002/jclp.1083

Oschman, J. (2006). La energética del trauma. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *10*, 21-34, doi:10.1016/j.jbmt.2005.10.001

- Palmer-Hoffman, J., & Brooks, A. J. (2011). Cambio psicológico de los síntomas después de la aplicación grupal de Técnicas de Liberación Emocional (EFT). *Energy Psychology: Theory, research & Treatment*, 3, 33-38.
- Pignotti, M., & Thyer, B. (2009). Algunos comentarios sobre “La psicología energética: Una revisión de la evidencia”. ¿Conclusiones prematuras basadas en evidencia incompleta? *Psychotherapy: Research, Practice, Training*, 46, 257-261.
- Pignotti, M. (2005). La tecnología de voz en la Terapia del Campo Mental versus las secuencias de los puntos meridianos aleatorios: Un experimento simple-ciego controlado. *The Scientific Review of Mental Health Practice*. 4, 38-47.
- Porcelli, P., & Sonino, N. (Eds.). (2007). *Factores psicológicos que afectan condiciones médicas: una nueva clasificación para DSM-V (Avances en Medicina Psicosomática)*. Basilea, Suiza: Karger.
- Rowe, J. E. (2005). Los efectos de EFT en síntomas psicológicos de largo plazo. *Counseling and Clinical Psychology*, 2, 104-111.
- Rubino, A. (en prensa). La efectividad de las Técnicas de Liberación Emocional para el desempeño óptimo de la prueba. *Energy Psychology: theory, Practice, Research*.
- Ruden, R. A. (2005). El fundamento neurológico para la modulación sensorial periférica observada de las respuestas emocionales. *Traumatology*, 11, 145-158.  
doi:10.1177/153476560501100301
- Ruggiero, K. J., Ben, K. D., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Propiedades psicométricas de la Lista de Chequeo del TEPT – Versión Civil. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 495-502. doi:10.1023/A:1025714729117
- Sakai, C. S., Connolly, S. M., & Oas, P. (2010). Tratamiento del TEPT en los sobrevivientes del genocidio de Ruanda utilizando la Terapia del Campo Mental. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12, 41-49.
- Sakai, C. S., Paperny, D., Matthews, M., Tanida, G., Boyd, G., & Simons, A. (2001). Aplicación Clínica

- Salas, M., Brooks, A., & Rowe, J. (2011). El efecto inmediato de una breve intervención de la psicología energética (Técnicas de Liberación Emocional) para el tratamiento de fobias específicas: Un estudio piloto. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 7, 155-161. doi:10.1016/j.explore.2011.02.005
- Schiller, D., Monfils, M.-H., Raio, C. M., Johnson, D. C., LeDoux, J. E., & Phelps, E. A. (2010). Uso de mecanismos de reconsolidación actualizada para impedir el retorno del miedo en los seres humanos. *Nature*, 463, 49-53.
- Schoninger, B., & Hartung, J. (2010). Cambios en las medidas de auto-reporte de la ansiedad a hablar en público luego de un tratamiento con la Terapia del Campo Mental. *Energy Psychology: Theory, Practice, Research*, 2, 13-26.
- Schulz, K. (2009). Integrando la psicología energética en el tratamiento de adultos que sobrevivieron al abuso sexual en su niñez. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 1, 15-22.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. para el Grupo CONSORT (2010). Declaración de CONSORT 2010: guías actualizadas para el reporte de ensayos aleatorios de grupos paralelos. *Open Medicine*, 4, 60-68.
- Sezgin, N., Özcan, B. (2009). El efecto de la relajación muscular progresiva y las Técnicas de Liberación Emocional en la ansiedad por las pruebas en estudiantes de secundaria: un estudio a ciegas controlado aleatorio. *Energy Psychology: Theory, Research and Treatment*, 1, 23-29.
- Stapleton, P., Sheldon, T., & Porter, B. (en prensa). Beneficios clínicos de las Técnicas de Liberación Emocional en las ansias de comida- Seguimiento a 12 meses: un ensayo aleatorio controlado. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*.
- Stone, B., Leyden, L., & Fellows, B. (2009). Tratamiento de psicología energética para el estrés postraumático en sobrevivientes del genocidio de un orfanato en Ruanda: Una investigación piloto. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 1, 73-82.
- Stone, B., Leyden, L., & Fellows, B. (2010). Tratamiento de psicología energética para huérfanos cabezas de hogar en Ruanda: Un estudio de observación. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 2, 21-38.

Swack, J. (2009). Eliminación del trastorno del estrés postraumático (TEPT) y otros síntomas psiquiátricos en un veterano de Vietnam discapacitado con lesiones cerebrales traumáticas (TBI) en tan solo 6 sesiones usando metodologías de curación de la nivelación del cuerpo, un enfoque de la psicología energética. [Artículo del diario electrónico]. *International Journal of Healing and Caring*, 9.

Swingle, P. (2010). Las Técnicas de Liberación Emocional (EFT) como un tratamiento adyuvante efectivo en el tratamiento neuroterapéutico de trastornos de aplopejía. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 2, 29-38.

Swingle, P. G., Pulos, L., & Swingle, M. K. (2004). Indicadores neurofisiológicos del tratamiento del estrés postraumático con EFT. *Subtle Energies & Energy Medicine*, 15, 75-86.

Takakura, N., & Yajima, H. (2009). Efecto analgésico de la penetración de agujas de acupuntura. Un estudio de doble ciego y cruzado. *Open Medicine*, 3, 54-61.

Temple, G., & Mollon, P. (2011). Reduciendo la ansiedad en pacientes odontológicos con EFT: Un estudio piloto. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, 3, 53-56.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996/2007). *Estrés Traumático: los efectos de una experiencia desbordante en la mente, el cuerpo y la sociedad*. Nueva York, NY: Guilford Press.

Waite, L. W., & Holder, M. D. (2003). Evaluación de la Técnica de Liberación Emocional: Un tratamiento alternativo para el miedo. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 2, 20-26.

Wells, S., Polgase, K., Andrews, H. B., Carrington, P., & Baker, A. H. (2003). Evaluación de las Técnicas de Liberación Emocional (EFT), una intervención basada en los meridianos para reducir fobias específicas a animales pequeños. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 943-966, doi:10.1002/jelp.10189

Zhang, Y., Feng, B., Xie, J. P., Xu, F. Z., & Chen, J. (2011). Estudio clínico sobre el tratamiento del trastorno del estrés postraumático causado por un terremoto, con

---

This material originally appeared in English as Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology*, 16(4), 364-380. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028602>. Copyright © 2012 by the American Psychological Association. Translated and reproduced with permission. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. This translation cannot be reproduced or distributed further without prior written permission from the APA.

terapia cognitivo-conductual y estimulación de los puntos de acupuntura. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 31, 60-63. doi:10.1016/S0254-6272(11) 60014-9

Recibido 28 de diciembre de 2011

Revisión recibida el 13 de abril de 2012

Aceptada el 19 de abril de 2012 ■