

Eficacia y seguridad de las técnicas de liberación emocional para el tratamiento de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático

Efficacy and safety of Emotional Freedom Techniques for the treatment of anxiety, depression and post traumatic stress disorder

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



AXENCIA GALEGA
DE COÑECIMENTO
EN SAÚDE

Eficacia y seguridad de las técnicas de liberación emocional para el tratamiento de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático

Efficacy and safety of Emotional Freedom Techniques for the treatment of anxiety, depression and post traumatic stress disorder

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



NÚÑEZ IGLESIAS, S.

Eficacia y seguridad de las técnicas de liberación emocional para el tratamiento de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático / Sara Núñez Iglesias, ... [et al] . — Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS; 2026.

1 archivo pdf. (Colección: Informes, estudios e investigación/Ministerio de Sanidad)

NIPO: anticipo de edición

Palabras clave:

1. Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular 2. Ansiedad 3. Depresión 4. Trastornos por estrés postraumático I. Paz Valiñas, Lucinda. II. Faraldo Vallés, María José. III. Casal Acción, Beatriz. IV. España. Ministerio de Sanidad. V. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS.

La Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las de la unidad y no necesariamente las de sus revisores externos

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Edición: 2026

Edita: Ministerio de Sanidad.

Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS
Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t.

NIPO: anticipo de edición

Contacto: Avalia_t.Acis@sergas.es

Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Este documento ha sido realizado por la Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Este informe se enmarca dentro de los objetivos del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Para citar este informe:

Núñez Iglesias S, Paz Valiñas L, Faraldo Vallés MJ, Casal Acción B. Eficacia y seguridad de las técnicas de liberación emocional para el tratamiento de ansiedad, depresión y trastorno de estrés posttraumático. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS; 2026.

(Colección: Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad)



Índice

Índice de tablas	7
Índice de figuras	8
Siglas y acrónimos	9
Resumen dirigido a la ciudadanía	11
Summary addressed to citizens.	12
I. Introducción	13
I.1. Descripción de las técnicas de liberación emocional	13
I.2. Descripción de las indicaciones clínicas	15
I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	21
II. Alcance y objetivo	23
II.1. Alcance	23
II.2. Objetivo	23
III. Metodología	24
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	24
III.2. Selección de estudios	25
III.3. Valoración de la calidad de los estudios	26
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	27
III.5. Participación de los agentes de interés.	27
IV. Resultados	28
IV.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica	28
IV.2. Características de los estudios incluidos	29
IV.3. Seguridad	32
IV.4. Eficacia	32
IV.5. Estudios en marcha	37
V. Discusión	38
V.1. De la búsqueda bibliográfica	38
V.2. Discusión de los estudios incluidos	38
V.3. Discusión de los resultados de seguridad.	39
V.4. Discusión de los resultados de eficacia	40
VI. Conclusiones	42
Contribución de los autores.	43
Declaración de intereses	44
Referencias bibliográficas	45

Anexos	48
Anexo A. Estrategias de búsqueda bibliográfica	48
Anexo B. Valoración del riesgo de sesgo	52
Anexo C. Tablas de evidencia	59
Anexo E. Artículos excluidos	65
Anexo F. Estudios en marcha	66

Lista de tablas

Tabla 1.	Criterios diagnósticos para la fobia específica	16
Tabla 2.	Criterios diagnósticos para el trastorno de pánico	16
Tabla 3.	Criterios diagnósticos para la agorafobia	17
Tabla 4.	Criterios diagnósticos para el TAG	17
Tabla 5.	Criterios diagnósticos para el TDM.	18
Tabla 6.	Criterios diagnósticos para el TEPT	20
Tabla 7.	Bases de datos bibliográficas de literatura biomédica	24
Tabla 8.	Pregunta 1 de investigación en formato PICOD	25
Tabla 9.	Pregunta 2 de investigación en formato PICOD	26
Tabla 10.	Pregunta 3 de investigación en formato PICOD	26
Tabla 11.	Estudios primarios en pacientes con ansiedad por fobia específica incluidos en la RS de Clond, 2016.	29
Tabla 12.	ECA en pacientes con TDM de la RS de Nelms, 2016	30
Tabla 13.	Estudios primarios incluidos en la RS de Sebastian y Nelms	30
Tabla 14.	Cambio antes y después de la intervención para los estudios en TDM.	33
Tabla 15.	Efecto ponderado pre y posintervención (<i>d</i> de Cohen)*	34
Tabla 16.	Media y desviación estándar para las puntuaciones de las diferentes escalas empleadas	34
Tabla 17.	Tamaños del efecto (<i>d</i> de Cohen, con IC del 95%) del tratamiento con TLE en comparación con un control directamente después del tratamiento.	35
Tabla 18.	Resultado del ECA de Al-Hadethe et al	36
Tabla 19.	Medias y DE de los síntomas de los participantes, 10 semanas antes, antes de la primera sesión, después de 10 sesiones de TLE, seguimiento de 3 y 6 meses. . .	36
Tabla 20.	Diferencia de medias del PCL-M pretest y tras 10 sesiones de TLE.	37
Tabla 21.	Medias y DE de los síntomas después de la prueba y a los 6 meses de seguimiento.	37

Lista de figuras

Figura 1.	Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica.	28
Figura 2.	Riesgo de sesgo de los ECA incluidos mediante la herramienta RoB 2	31
Figura 3.	Proporción de cumplimiento de cada dominio para todos los estudios en evaluación. . .	32

Siglas y acrónimos

- ACT** Terapia de Aceptación y Compromiso (del inglés: *Acceptance and Commitment Therapy*)
- AMED** Base de datos de investigación médica especializada en medicina alternativa (del inglés: *Allied and Complementary Medicine*)
- APA** Asociación Estadounidense de Psicología (del inglés: *American Psychological Association*)
- ASIR** Antagonistas de la serotonina e inhibidores de la recaptación de la serotonina
- BD-II** Inventario de depresión de Beck (del inglés: *Depression Inventory II*)
- DASS** Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (del inglés: *Depression Anxiety Stress Scales*)
- DSM-5** Quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- ECAs** Ensayos clínicos aleatorizados y controlados
- EDM** Episodio depresivo mayor
- EMDR** Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (del inglés: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)
- EFT** Técnicas de liberación emocional (del inglés: *Emotional Freedom Techniques*)
- HADS** Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (del inglés: *Hospital Anxiety and Depression Scale*)
- ICTRP** Plataforma internacional de registros de ensayos clínicos (del inglés: *International Clinical Trial Registry Platform*)
- IMAO** Inhibidores de la monoaminoxidasa
- IRDN** Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina
- IRNA** Inhibidores de la recaptación de noradrenalina
- IRSN** Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- ISRS** Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina
- NaSSA** Antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos específicos
- NET** Terapia de exposición narrativa (del inglés: *Narrative Exposure Therapy*)
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- POMS** Perfil de los estados de ánimo (del inglés: *Profile of Mood States*)
- RS** Revisión sistemática

- SA-45** Cuestionario autoinformado de síntomas psicopatológicos de 45 ítems (del inglés: *Symptom Assessment-45*)
- TAG** Trastorno de ansiedad generalizada
- TCC** Terapia cognitivo conductual
- TDM** Trastorno de depresión mayor
- TEPT** Trastorno de estrés postraumático
- TFT** Terapia de campo de pensamiento (del inglés: *Thought Field Therapy*)
- TLE** Técnicas de liberación emocional
- USAS** Unidades subjetivas de ansiedad

Resumen dirigido a la ciudadanía

Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria	Técnicas de liberación emocional
Definición de la técnica e indicaciones clínicas	Las técnicas de liberación emocional combinan técnicas psicológicas, como la terapia de tipo cognitivo-conductual, y técnicas de estimulación somática de unos puntos de acupuntura específicos (meridianos) mediante acupresión tradicional (<i>tapping</i>) mientras que, al mismo tiempo, se activa mentalmente el problema psicológico relevante. Esta técnica se ha investigado en diferentes áreas de salud mental como síntomas depresivos, ansiedad o en el trastorno por estrés postraumático.
Calidad de la evidencia	Los estudios que evaluaron esta técnica son de muy baja calidad y no se puede tener certeza sobre ninguno de los resultados obtenidos.
Resultados claves	La efectividad de las técnicas de liberación emocional sobre la ansiedad por fobia específica, trastorno depresivo mayor y el trastorno por estrés postraumático es muy incierta. Los estudios que evalúan la técnica presentan muchas deficiencias, lo que se traduce en una calidad de los mismos muy baja.
Conclusión final	No existe evidencia confiable que apoye la eficacia de las técnicas de liberación emocional para el tratamiento de pacientes diagnosticados de fobia específica, trastorno depresivo mayor o trastorno por estrés postraumático.

Summary addressed to citizens

Name of the technique with health purposes	Emotional Freedom Techniques
Definition of the technique and clinical indications	<p>Emotional freedom techniques combine psychological techniques, such as cognitive behavioural therapy, and somatic stimulation techniques of specific acupuncture points (meridians) through traditional acupressure (tapping) while at the same time mentally activating the relevant psychological problem.</p> <p>This technique has been investigated in different areas of mental health such as depressive symptoms, anxiety or post-traumatic stress disorder.</p>
Quality of the evidence	<p>The studies that have evaluated this technique are of very low quality and none of the results obtained can be certain.</p>
Key results	<p>The reported effectiveness of emotional freedom techniques on specific phobic anxiety, major depressive disorder and post-traumatic stress disorder is very uncertain. The studies on which results are based have many shortcomings, resulting in very low study quality.</p>
Final conclusion	<p>There is no reliable evidence to support the efficacy of emotional freedom techniques for the treatment of patients diagnosed with specific phobia, major depressive disorder or post-traumatic stress disorder.</p>

I. Introducción

La elaboración de este informe se enmarca en los objetivos del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Su principal objetivo es proporcionar a la ciudadanía información veraz para que pueda diferenciar las prestaciones y tratamientos cuya eficacia terapéutica o curativa ha sido contrastada científicamente de todos aquellos productos y prácticas que, en cambio, no lo han hecho.

El Plan contempla cuatro líneas de actuación y la primera de ellas es generar, difundir y facilitar información, basada en el conocimiento y en la evidencia científica más actualizada y robusta, sobre las pseudoterapias a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).

Con el fin de avanzar en esta línea se ha asignado una línea de actividad, en el marco del Plan de trabajo anual de la RedETS, para el apoyo a la evaluación de la evidencia científica que requiere el Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias.

Como punto de partida se elaboró un análisis exploratorio inicial, basado en una búsqueda de las publicaciones científicas del tipo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, limitada temporalmente al período 2012-2018, en la base de datos médica Pubmed sobre el listado de 138 terapias incluidas en el Documento de Situación de las Terapias Naturales del Ministerio de Sanidad (1, 2). El análisis exploratorio realizado no identificó ensayos clínicos o revisiones sistemáticas publicados entre 2012 y 2018 que proporcionaran evidencia científica en el caso de 71 de los procedimientos incluidos en el listado. Por tanto, para estas técnicas no se localizó soporte en el conocimiento científico con metodología lo suficientemente sólida (ensayos clínicos o revisiones sistemáticas) que sirviera para evaluar su seguridad, efectividad y eficacia, de manera que se clasificaron como pseudoterapias según la definición del mencionado Plan. Es decir, la sustancia, el producto, la actividad o el servicio con pretendida finalidad sanitaria sin soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad.

Para las restantes técnicas, en las que se localizaron publicaciones científicas con la búsqueda realizada, se ha planificado un procedimiento de evaluación progresivo, para analizarlas en detalle. En este marco se incluye la evaluación de la eficacia y seguridad de las técnicas de liberación emocional.

I.1. Descripción de las técnicas de liberación emocional

• **Definición**

El análisis de situación de las terapias naturales publicado por el Ministerio de Sanidad en 2011 definía las técnicas de liberación emocional como aquellas en las que “se estimulan los puntos de los meridianos dando golpecitos con las yemas de los dedos (*tapping*). Esto estimula ciertos puntos energéticos, la persona se conecta con su problema y permite que

libere las emociones negativas o el dolor que está padeciendo” Este documento clasifica a las técnicas de liberación emocional dentro de las denominadas técnicas de la mente y el cuerpo (como el yoga, la meditación, etc.) (3).

Las técnicas de liberación emocional (TLE), conocidas en inglés como *Emotional Freedom Techniques* (EFT) hacen referencia a técnicas psicofisiológicas que combinan elementos de las terapias de tipo cognitivo-conductual (TCC) y de la terapia de exposición con la estimulación somática de los denominados puntos meridianos mediante acupresión tradicional. A esta técnica de acupresión se la denomina habitualmente como *tapping* (4). Existen numerosas variantes de la TLE, pero la más frecuentemente referenciada en la literatura es la denominada TLE Clínica (5). Esta intervención se realiza siguiendo un método protocolizado que recoge el denominado Manual de la TLE, desarrollado por EFT Universe, Santa Rosa, California (6, 7).

- **Origen**

El origen de las TLE se remonta a la formulación de la Terapia de campo de pensamiento (TFT, *Thought Field Therapy*) del psicólogo Roger Callahan. Esta terapia consiste en la aplicación repetida de presión (“*tapping*”) a un conjunto de puntos de acupuntura específicos, mientras que se activa mentalmente el problema psicológico relevante. A partir de la TFT, Gary Craig formuló las técnicas de liberación emocional que recogió en el mencionado Manual de la TLE (7). El argumento utilizado en la formulación de la teoría fue que, hacer *tapping* en un conjunto universal de puntos de acupuntura durante la activación mental, podría producir efectos positivos sobre cualquier problema (8).

- **Aplicación de la técnica**

Los componentes de naturaleza cognitiva de las TLE provienen de la terapia cognitivo conductual y de la terapia de exposición. Por ejemplo, la secuencia típica en el tratamiento del estrés post-traumático sería que el paciente rememore un recuerdo traumático, mientras lo empareja con declaraciones emocionalmente neutrales (reencadre cognitivo). La TLE añade a este enfoque cognitivo y de exposición la estimulación de una serie de puntos pre-establecidos, que se golpean (*tapping*) con los dedos (acupresión). El proceso de *tapping se inicia* en los puntos de acupuntura, mientras, el paciente repite una frase abreviada para mantenerse conectado con el recuerdo (9). En esta fase, mientras el participante mantiene la atención en el problema, el terapeuta golpea de 5 a 10 veces con la yema de los dedos en los 12 puntos de acupresión, 5 en la cabeza, 5 en la mano y 2 en el torso (4). El individuo informa de la intensidad emocional del evento mediante la escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS), antes y después de la aplicación de la técnica (10). Esta escala (de tipo Likert de 11 puntos, de 0 a 10) mide la intensidad del evento traumático, siendo 0 (sin estrés) y 10 (máximo estrés). Estas mediciones que se toman en diferentes ocasiones durante la misma sesión orientan al terapeuta en los pasos a seguir (8).

- **Mecanismo de acción**

El mecanismo de acción de las técnicas de liberación emocional no está claro. Se cree que regulan la actividad del sistema límbico a la baja. Según algunos estudios, los sujetos que

reciben TLE muestran una disminución de la activación de la corteza frontal derecha y una reducción de los niveles de cortisol en sangre, con la consecuente reducción de los niveles de ansiedad (4). Esta reducción en el nivel de estrés, que es un síntoma común en muchos trastornos emocionales, hace que exista un amplio rango de condiciones en las que las TLE podrían ser de utilidad (10).

1.2. Descripción de las indicaciones clínicas

• **Trastornos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Mientras que el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, la ansiedad consiste en una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Ambas respuestas se solapan con frecuencia, pero se pueden diferenciar teniendo en cuenta que el miedo se asocia a la activación autonómica necesaria para la defensa o la fuga y a pensamientos de peligro inminente y conductas de huida; mientras que la ansiedad está más asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. En ocasiones, el nivel de miedo o ansiedad puede disminuir a través de conductas evitativas generalizadas (DSM-5)(11).

En España, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), el 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica, 9,1% de las mujeres y 4,3% de los hombres. En población infantil (0-14 años) la prevalencia de trastornos mentales como la ansiedad fue del 0,6% (12).

Entre los trastornos de ansiedad específicos que recoge el DSM-5 se encuentran: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, especificador del ataque de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado (DSM-5)(11).

El presente informe se centrará en los trastornos de ansiedad más comunes y relevantes a nivel de práctica clínica: la fobia específica, el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

En las tablas 1, 2, 3 y 4 se recogen los criterios diagnósticos que el DSM-5 propone para la fobia específica, el trastorno de pánico, la agorafobia y el TAG respectivamente (DSM-5)(11).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la fobia específica

Criterios diagnósticos	
A	Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
B	El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
C	El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
D	El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
E	El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
F	El miedo, ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
G	La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos como en el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), dejar el hogar o separación de figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).
	<i>Especificar si:</i> Codificar basándose en el estímulo fóbico: <ul style="list-style-type: none"> • Animal: p. ej., arañas, insectos, perros. • Entorno natural: p. ej., alturas, tormentas, agua. • Sangre-inyección-herida: p.ej., agujas, procedimientos médicos invasivos.

Fuente: tomado de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)(11).

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno de pánico

Criterios diagnósticos	
A	Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad. <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. 5. Sensación de ahogo. 6. Dolor o molestias en el tórax. 7. Náuseas o malestar abdominal. 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo. 9. Escalofríos o sensación de calor. 10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo). 11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo). 12. Miedo a perder el control o de "volverse loco". 13. Miedo a morir.
B	Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno de los dos hechos siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p.ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, "volverse loco"). 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p.ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
C	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
D	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretas, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el TEPT; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Fuente: tomado de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (11).

Tabla 3. Criterios diagnósticos para la agorafobia

Criterios diagnósticos	
A	Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso del transporte público (p.ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones). 2. Estar en espacios abiertos (p.ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes). 3. Estar en sitios cerrados (p.ej., tiendas, teatros, cines). 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud. 5. Estar fuera de casa solo.
B	El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p.ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).
C	Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
D	Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
E	El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
F	El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
G	El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
H	Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
I	El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno de estrés posttraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación). Nota: Se diagnostica independientemente de la presencia del trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Fuente: tomado de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (11).

Tabla 4. Criterios diagnósticos para el TAG

Criterios diagnósticos	
A	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
B	Al individuo le es difícil controlar esa preocupación.
C	La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños solamente se requiere un ítem. <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
D	laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p.ej., hipertiroidismo).
F	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el TEPT, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o en el trastorno delirante).

Fuente: tomado de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (11).

• **Trastorno de depresión mayor (TDM)**

Los trastornos depresivos engloban varios diagnósticos, que comparten varios síntomas como la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología (DSM-5) (11).

Un episodio depresivo mayor (EDM) consiste en un período de dos semanas durante el cual la persona presenta un estado de ánimo depresivo y/o anhedonia, es decir, la pérdida de interés o placer de actividades que antes solía disfrutar. Además, la persona debe presentar al menos cuatro síntomas más que reflejen un cambio en su funcionamiento, como problemas de sueño o de alimentación, falta de energía, dificultad de concentración o sentimiento de inutilidad (10, 11).

La quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la APA propone los criterios diagnósticos recogidos en la tabla 5 para el trastorno de depresión mayor (11).

Tabla 5. Criterios diagnósticos para el TDM

Criterios diagnósticos	
A	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p> <p>Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)</p> <p>Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p> <p>Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)</p> <p>Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).</p> <p>Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
B	funcionamiento.
C	<p>El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.</p> <p>Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida de apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.</p>

Criterios diagnósticos	
D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Fuente: tomado de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (11).

La prevalencia anual en Estados Unidos es aproximadamente del 7%, con notables diferencias entre los grupos de edad, siendo tres veces mayor entre los 18 y 29 años que en los pacientes de 60 años o mayores. Además, las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres (DSM-5) (11).

Respecto a la prevalencia del TDM en España, los resultados de la ENSE del 2017 muestran que la depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), y es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). En población infantil (0-14 años) la prevalencia de trastornos mentales como la depresión fue del 0,6% (12).

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) hace referencia al malestar psicológico que puede sufrir una persona tras la exposición a un evento traumático, por ejemplo, los desastres naturales, el abuso físico o sexual, los crímenes violentos o la guerra (5). La expresión de este malestar puede ser muy variable, como síntomas de ansiedad, anhedónicos y disfóricos o síntomas más exteriorizados, como enfado y hostilidad, o síntomas disociativos (DSM-5) (11).

La prevalencia vital del TEPT varía entre un 1,3% y un 12,2% (5). En Estados Unidos, la prevalencia anual entre los adultos es de aproximadamente el 3,5%. Se observan estimaciones más bajas en Europa y la mayor parte de Asia, África y en los países de América Latina, agrupándose en torno al 0,5-1,0%. Los índices de TEPT son más altos entre los veteranos de guerra y personas con profesiones con alto riesgo de exposición traumática (policía, bomberos, personal médico de emergencia, etc.). Concretamente, las tasas más altas se encuentran entre los supervivientes de violación, combate militar, cautiverio e internamiento y genocidio por causas políticas o étnicas (11).

La quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la APA propone los criterios diagnósticos recogidos en la tabla 6 para el TEPT (11).

Tabla 6. Criterios diagnósticos para el TEPT

Criterios diagnósticos	
Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante.	
A	<p>Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <p>Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.</p> <p>Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.</p> <p>Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso (s) traumático (s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).</p> <p>Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>
B	<p>Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <p>Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).</p> <p>Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p> <p>Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)</p> <p>Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.</p> <p>Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p> <p>Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p>
C	<p>Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <p>Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).</p> <p>Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).</p>
D	<p>Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <p>Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).</p> <p>Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").</p> <p>Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.</p> <p>Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).</p> <p>Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.</p> <p>Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.</p> <p>Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).</p>
E	<p>Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <p>Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.</p> <p>Comportamiento imprudente o autodestructivo.</p> <p>Hipervigilancia.</p> <p>Respuesta de sobresalto exagerada.</p> <p>Problemas de concentración.</p> <p>Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).</p>
F	La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
G	La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterios diagnósticos

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante.

H	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.
	<i>Especificar si:</i> Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en la respuesta el factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). <i>Especificar si:</i> Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Fuente: tomado de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (11).

I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia

• Trastornos de la ansiedad

El tratamiento de elección para la fobia específica es la exposición en vivo. La segunda línea de intervención es la terapia cognitivo conductual (TCC) y la tercera la realidad virtual (13).

Respecto al trastorno de pánico se recomienda TCC como uno de los tratamientos de elección, mostrando efectividad en la mejora de los síntomas de pánico, en la calidad de vida y en la reducción de los síntomas de tipo depresivo. En caso de que el trastorno de pánico sea comórbido a una agorafobia media o moderada, también se recomienda la TCC, siendo fundamental la inclusión de la exposición en vivo (14).

Por último, la TCC es uno de los tratamientos de elección para el TAG. Esta terapia ha mostrado efectividad, reduciendo los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo (15).

• Depresión

El abordaje de la depresión se realiza normalmente con un enfoque escalonado, en el que las intervenciones van aumentando (en número y/o intensidad) en función de la gravedad. Normalmente se consideran evaluación, apoyo, psicoeducación, estrategias farmacológicas, intervenciones psicológicas, tratamiento combinado y terapia electroconvulsiva (TEC), en los casos más graves (15).

Las psicoterapias que se han mostrado eficaces para el TDM son: terapia cognitivo conductual (TCC), terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica, entrenamiento en habilidades sociales, *counselling*, terapia interpersonal y activación conductual (15).

En cuanto a las estrategias farmacológicas, se pueden valorar diferentes perfiles de antidepresivos, clásicos o de nueva generación. El grupo de los clásicos incluye los IMAO y tricíclicos, mientras que los de nueva generación incluyen: ISRS, IRDN, IRSN, ASIR, NASSA, IRNA y agonistas melatoninérgicos (15).

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

Se han desarrollado tanto intervenciones psicológicas como farmacológicas para tratar esta condición. En cuanto a las primeras, las terapias cognitivas y de exposición han mostrado ser efectivas, con una reducción de síntomas y un beneficio seguro (16). Respecto a las intervenciones farmacológicas, los ISRS (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) han mostrado reducir los síntomas o la intensidad de los mismos en un 60% de los pacientes con TEPT, aproximadamente, pero solo entre un 20% y un 30% consiguió una remisión completa y los síntomas tienden a reaparecer cuando se deja de administrar la medicación (16).

II. Alcance y objetivo

II.1. Alcance

El presente informe está dirigido a analizar la evidencia existente sobre el uso de las técnicas de liberación emocional en el tratamiento de la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático.

El propósito es generar información actualizada y de calidad, para difundirla a todos los grupos de interés (administraciones públicas, profesionales, ciudadanía, medios de comunicación, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, etc.). Con esta difusión se busca informar a la ciudadanía y a todos los potenciales usuarios de los resultados publicados acerca de su valor terapéutico, así como sus potenciales efectos adversos y riesgos.

II.2. Objetivo

Evaluar la seguridad y eficacia/efectividad de las técnicas de liberación emocional en:

- La ansiedad, específicamente en las condiciones de fobia específica, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada.
- La depresión mayor.
- El trastorno por estrés postraumático.

III. Metodología

III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para dar respuesta al objetivo de este informe, se diseñaron tres estrategias de búsqueda para cada una de las condiciones a estudio. Las estrategias siguen las recomendaciones de la “Guía para la elaboración de Informes rápidos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” (17), como se indica en el documento de *uniformidad de contenidos* desarrollado por el grupo elaborador de informes del plan de pseudoterapias. La metodología de búsqueda de revisiones sistemáticas (RS) y a su actualización con estudios primarios tiene prioridad y, en caso de no recuperar RS, se procederá a la identificación de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECAs).

Las bases de datos consultadas para la recuperación de RS y ECAs se refleja en la tabla 7, y la estrategia completa en el anexo A.

Tabla 7. Bases de datos bibliográficas de literatura biomédica

Tipos	Bases
Bases de datos generales	• Medline (Ovid)
Recursos especializados	• Cochrane Library • Cochrane CENTRAL • Clinicaltrials.gov • ICTRP (OMS)
Bases de datos específicas	• PsycINFO (Ovid)
Bases de datos de terapias complementarias/alternativas	• AMED (Allied and Complementary Medicine)

Abreviaturas: ICTRP: International Clinical Trials Registry Portal; OMS: Organización Mundial de la Salud.
Fuente: elaboración propia.

En la estrategia de búsqueda se emplearon diferentes descriptores y términos libres como: “*emotional freedom techniques*” o “*tapping therapy*”. Los términos libres se han buscado en los campos título, resumen y palabras clave. En el anexo A se pueden consultar las estrategias completas empleadas con cada una de las bases de datos.

Se establecieron límites en la búsqueda para recuperar estudios en inglés o español. Además, para identificar estudios en curso y no publicados, se realizó una búsqueda en dos bases de datos de registros de ensayos clínicos, *ClinicalTrials.gov*, e *International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP).

Además, se realizó también una búsqueda manual dentro de la bibliografía citada en los artículos seleccionados, así como en páginas web oficiales de organizaciones y/o sociedades científicas nacionales e internacionales para recuperar información relevante sobre el tema.

El resultado de la búsqueda se volcó en un gestor de referencias bibliográficas (EndNote 20.2), con el fin de eliminar los duplicados y facilitar la gestión documental.

La búsqueda sistemática se realizó en junio de 2022, con un marco temporal de 10 años. Además, se realizó una actualización de la búsqueda en diciembre de 2022 con el fin de incorporar toda la evidencia publicada hasta la fecha de edición del documento.

III.2. Selección de estudios

Los estudios recuperados de la búsqueda de la literatura se cribaron a través de la lectura de los títulos y resúmenes, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos y basados en las preguntas de investigación PICOD (pacientes, intervención, comparación, resultados y diseño del estudio) (tablas 8, 9, 10). Posteriormente, las referencias seleccionadas fueron leídas a texto completo para confirmar el cumplimiento de los criterios.

Este proceso se realizó por pares, y las discrepancias fueron resueltas mediante consenso o intervención de una tercera autora.

El proceso de identificación y selección de los estudios se plasmó en un diagrama de flujo, según la declaración PRISMA de revisiones sistemáticas (18).

Las tablas 8, 9 y 10 presentan las preguntas de investigación en formato PICOD.

Preguntas de investigación en formato PICOD

Tabla 8. Pregunta 1 de investigación en formato PICOD

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población estudiada	Pacientes con ansiedad, que cumplan los criterios diagnósticos según el DSM-5 para: fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o agorafobia.	Pacientes sin un diagnóstico específico.
Tipo de intervención	Técnicas de liberación emocional (TLE).	Otras técnicas
Comparación	Grupo sin intervención o con intervenciones dirigidas al tratamiento del trastorno.	Comparaciones con otras potenciales pseudoterapias o terapias alternativas.
Medidas de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia: variables sobre los resultados clínicos de la TLE sobre la ansiedad, depresión o TEPT. • Seguridad: no se prevé que la terapia presente efectos adversos, pero se recogerá cualquier efecto negativo que referencie la literatura revisada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados subjetivos que no puedan ser valorados por herramientas o escalas validadas.
Diseño del estudio y tipo de publicación	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones sistemáticas, metanálisis y ensayos clínicos aleatorizados y controlados ECAs. • Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones narrativas, estudios comparativos no aleatorizados y estudios observacionales. • Cartas al director, artículos de opinión, editoriales y comunicaciones a congresos.
Idioma	Castellano e inglés.	Cualquier otro idioma.

Tabla 9. Pregunta 2 de investigación en formato PICOD

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población estudiada	Pacientes con depresión, que cumplan los criterios diagnósticos según DSM-5.	Pacientes sin un diagnóstico específico.
Tipo de intervención	Técnicas de liberación emocional (TLE).	Otras técnicas
Comparación	Grupo sin intervención o con intervenciones dirigidas al tratamiento del trastorno.	Comparaciones con otras potenciales pseudoterapias o terapias alternativas.
Medidas de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia: variables sobre los resultados clínicos de la TLE sobre la ansiedad, depresión o TEPT. • Seguridad: no se prevé que la terapia presente efectos adversos, pero se recogerá cualquier efecto negativo que referencie la literatura revisada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados subjetivos que no puedan ser valorados por herramientas o escalas validadas.
Diseño del estudio y tipo de publicación	<ul style="list-style-type: none"> • RS/metanálisis y ECAs. • Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones narrativas, estudios comparativos no aleatorizados y estudios observacionales. • Cartas al director, artículos de opinión, editoriales y comunicaciones a congresos.
Idioma	Castellano e inglés.	Cualquier otro idioma.

Tabla 10. Pregunta 3 de investigación en formato PICOD

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población estudiada	Pacientes con TEPT, según criterios diagnósticos según DSM-5.	Pacientes sin un diagnóstico específico.
Tipo de intervención	Técnicas de liberación emocional (TLE).	Otras técnicas
Comparación	Grupo sin intervención o con intervenciones dirigidas al tratamiento del trastorno.	Comparaciones con otras potenciales pseudoterapias o terapias alternativas.
Medidas de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia: variables sobre los resultados clínicos de la TLE sobre la ansiedad, depresión o TEPT. • Seguridad: no se prevé que la terapia presente efectos adversos, pero se recogerá cualquier efecto negativo que referencie la literatura revisada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados subjetivos que no puedan ser valorados por herramientas o escalas validadas.
Diseño del estudio y tipo de publicación	<ul style="list-style-type: none"> • RS/metanálisis y ECAs. • Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones narrativas, estudios comparativos no aleatorizados y estudios observacionales. • Cartas al director, artículos de opinión, editoriales y comunicaciones a congresos.
Idioma	Castellano e inglés.	Cualquier otro idioma.

III.3. Valoración de la calidad de los estudios

La valoración de los sesgos de los estudios incluidos se realizó en base a las escalas recomendadas en la “Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” (17):

- Valoración de revisiones sistemáticas: AMSTAR-2 (19).
- Valoración de ensayos clínicos aleatorizados: RoB 2 (20).

La valoración se llevó a cabo a nivel de estudio, teniendo en cuenta la medida de resultado primaria del estudio.

El proceso de evaluación de la calidad y aplicabilidad de la evidencia se realizó por pares.

III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia

De los estudios finalmente incluidos se extrajeron y sintetizaron los datos en tablas de resultados (Anexo C), donde figuran: autoría, fecha de publicación, diseño metodológico, población diana, descripción de la intervención y comparadores, variables de resultado, conclusiones de los autores y riesgo de sesgo de los estudios. Los resultados se sintetizaron de forma cualitativa.

Este proceso se realizó por partes utilizando las fichas de lectura crítica (FLC 3.0) (21).

III.5. Participación de los agentes de interés

La línea de trabajo de la RedETS sobre las pseudoterapias, incluye la implicación de los agentes con interés en la tecnología a evaluar desde el inicio del proceso de evaluación con el objetivo de que pudieran realizar aportaciones sobre los aspectos relevantes para ellos. Las invitaciones a participar van dirigidas únicamente a aquellas organizaciones que cumplieran los siguientes criterios: ser entidades en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas

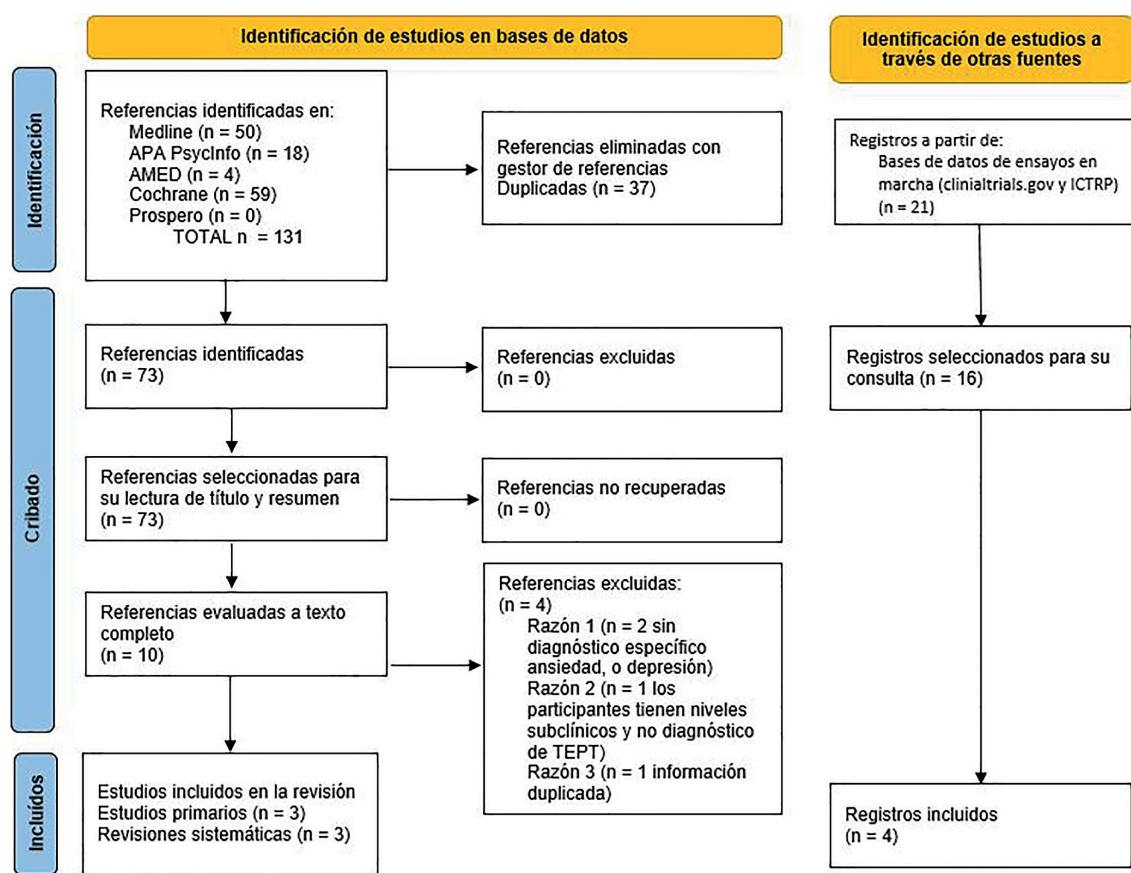
En el caso de este informe, no se realizó una invitación activa a través de correo electrónico, al no localizar ninguna asociación ni organización profesional y/o de usuarios relacionadas con las técnicas de liberación emocional.

IV. Resultados

IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica, tal y como se describe en el apartado de metodología, con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas, metanálisis y ensayos clínicos aleatorizados que respondan a la pregunta PICOD, en la cual se recuperaron 162 referencias (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

Se localizaron un total de 94 publicaciones, una vez excluidos los duplicados. De estos, se seleccionaron 10 tras el cribado por título y resumen para su lectura a texto completo, de los cuales se eligieron tres revisiones sistemáticas RS (4, 10, 22) y tres ECA (23-25) que cumplieron con los criterios de inclusión.

Inicialmente se había seleccionado una RS más Mavranezouli et al del año 2020 (26), pero presentaba un objetivo muy amplio y no era específica de TLE. Solo incluía un ECA que abordaba esta técnica en el TEPT en jóvenes de 16-19 años, realizado por Al-Hadethe

et al en el año 2015 (23). Debido a esto, finalmente se decidió incluir solo este ECA y excluir la RS de Mavranouzouli et al (26).

IV.2 Características de los estudios incluidos

A continuación, se describen las principales características de los 6 estudios incluidos: 3 revisiones sistemáticas (4, 10, 22) y 3 ECA (23-25). Se han agrupado según la indicación a la que se dirigía la intervención: ansiedad por fobia específica, el TDM y el TEPT. Las tablas de evidencia relativas a cada estudio se pueden consultar en el Anexo C.

• Trastorno de ansiedad por fobia específica

La RS de Clond et al (4) incluyó 14 estudios que emplearon las TLE para el tratamiento de la ansiedad. No obstante, solo tres de los estudios especifican el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad según el DSM-IV o el SUDS. Los tres se centran en el trastorno de ansiedad por fobia específica. Por tanto, solo los datos de estos tres estudios se tuvieron en cuenta para el presente informe (tabla 11). Esta revisión presentó una calidad global críticamente baja tras su valoración con la herramienta AMSTAR-2 (anexo B).

Tabla 11. Estudios primarios en pacientes con ansiedad por fobia específica incluidos en la RS de Clond, 2016 (4)

Referencia (autor, año)	País	Diseño del estudio	Diagnóstico	Herramienta valoración ansiedad	Sesiones TLE (n)	Control (n)	Total participantes
Baker y Siegel, 2010	Australia	ECA	Fobia específica DSM-IV	FQ	1 sesión (11)	NT (10) Entrevista (10)	31
Salas et al, 2011	EE. UU.	ECA	Fobia específica SUDS	BAI	1 sesión (11)	RD (11)	22
Wells, 2003	Australia	ECA	Fobia específica DSM-IV	FQ	1 sesión (18)	RD (17)	35

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; SUDS: *Subjective Units of Distress Scale*; FQ: *Fear Questionnaire*; BAI: *Beck anxiety Inventory*; NT: no tratamiento; RD: respiración diafragmática.

Fuente: tomado de Clond, 2016 (4).

• Trastorno de depresión mayor (TDM)

Se incluyó una RS con metanálisis (10) y un ECA piloto (24).

La revisión sistemática con metanálisis de Nelms del año 2016 (10) evaluó la eficacia de TLE en pacientes con sintomatología depresiva. La evaluación de la RS mediante el AMSTAR-2 resultó en una valoración críticamente baja (anexo B). Incluyeron un total de 20 estudios de los cuales 12 se correspondieron con ECA y el resto fueron estudios observacionales de un solo brazo (tabla 12). Solo dos de los estudios incluían población diagnosticada de depresión mayor, el resto de estudios incluían poblaciones no diagnosticadas a las que se les pasaban diferentes escalas buscando sintomatología depresiva. Para este informe solo se han considerado los estudios en población con depresión diagnosticada, un ECA y un estudio observacional con un tamaño de muestra muy reducido (n=6).

Tabla 12. ECA en pacientes con TDM de la RS de Nelms, 2016 (10)

Referencia (autor, año)	Tipo de estudio	Población	Características pacientes	Escala de valoración
Stapleton et al, 2014	Observacional	Pacientes de una clínica con depresión mayor	6 pacientes 82% mujeres Sin datos de edad	BDI II; DASS
Stapleton et al, 2011	ECA	Pacientes con trastorno depresivo mayor	96 pacientes 89% Sin datos de la edad	SA-45

Fuente: tomado de Nelms, 2016 (10).

El ECA piloto realizado por Chatwin et al en el año 2016 (24) analizó la eficacia de la terapia cognitivo conductual y las técnicas de liberación emocional en el tratamiento de la depresión mayor con ansiedad comórbida. Diez participantes fueron asignados aleatoriamente a un programa de 8 semanas de TCC o de TLE. El riesgo de sesgo fue alto según la herramienta RoB 2 (anexo B).

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

Se incluyó una RS (22), un ECA (23) y un estudio piloto ECA (25).

La revisión sistemática con metanálisis de Sebastian y Nelms publicada en el 2017 (22) analizó la eficacia de las técnicas de liberación emocional en el tratamiento del TEPT. La RS incluyó 7 ECA publicados (tabla 13). La calidad de los ECA se evaluó mediante los criterios de calidad del Grupo de Trabajo de la División 12 de la APA (Asociación Americana de Psicología) sobre terapias validadas empíricamente. La evaluación global de la RS mediante el AMSTAR-2 resultó en una valoración críticamente baja (anexo B).

Tabla 13. Estudios primarios incluidos en la RS de Sebastian y Nelms (22)

Referencia (Autor, año)	País	Diseño del estudio	Número de pacientes	Herramientas de valoración
Karatzias et al, 2011	Reino Unido	ECA	N=27	CAPS, PCL-C, HADS, SWLS
Church et al, 2012	EE. UU..	ECA	N=16	SUDS, IES,
Church et al, 2013	EE. UU..	ECA	N=59	SA-45, PCL-M
Geronillas et al, 2014	EE. UU.	ECA	N=58	SA-45, ISI, PCL-M
Church et al, 2016	EE. UU.	ECA	N=16	SA-45, HADS, ISI, BPI, PCL-M
Church et al, 2016	EE. UU.	ECA	N=21	SA-45, ISI, PCL-M
Nemiro et al, 2015	EE. UU.	ECA	N=50	HTQ, HSCL

Abreviaturas: m: media, M: mediana, DE: desviación estándar

Fuente: elaboración propia con datos de la revisión de Sebastian y Nelms, 2016 (22).

El ECA de Al-Hadethe et al (23), recuperado de la literatura a través de la RS de Mavranzouri et al (26), es un estudio realizado en jóvenes de 16-19 años en Irak que cumplieron los criterios del DSM-IV para TEPT. Los participantes fueron aleatorizados a un grupo de TLE, a terapia de exposición narrativa (NET) y a un grupo control. El riesgo

de sesgo de este ECA fue considerado alto tras su evaluación mediante la herramienta RoB 2.

El estudio ECA piloto de Church et al del año 2018 (25) evaluó los resultados de las TLE sobre el TEPT. Incluyó a 18 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, uno que recibió la intervención mediante las TLE y otro que recibió el tratamiento habitual. Las sesiones de TLE se implementaron siguiendo el Manual de TLE. El riesgo de sesgo fue alto según la herramienta RoB 2.

IV.2.1. Calidad metodológica de los ECA incluidos

Como se ha comentado, los 3 ECA incluidos (23-25) presentaron un elevado riesgo de sesgo en la valoración global de los 5 dominios de la herramienta RoB 2 (ver figura 2). El dominio con mayor riesgo fue el relacionado con las medidas de resultado, pudiendo estar estos sesgados por la falta de cegamiento de investigadores y pacientes. En el dominio de desviación de las intervenciones establecidas, los resultados fueron mayoritariamente dudosos debido, nuevamente, al conocimiento de la intervención por parte de los pacientes e investigadores. En general, el dominio del proceso de aleatorización el riesgo fue bajo o dudoso. En el dominio de la selección de los resultados reportados, el principal punto débil fue el empleo de múltiples medidas del resultado, con diferentes escalas para la valoración de los diferentes trastornos relacionados con las condiciones a evaluar: depresión y TEPT principalmente, así como los diferentes tiempos de seguimiento.

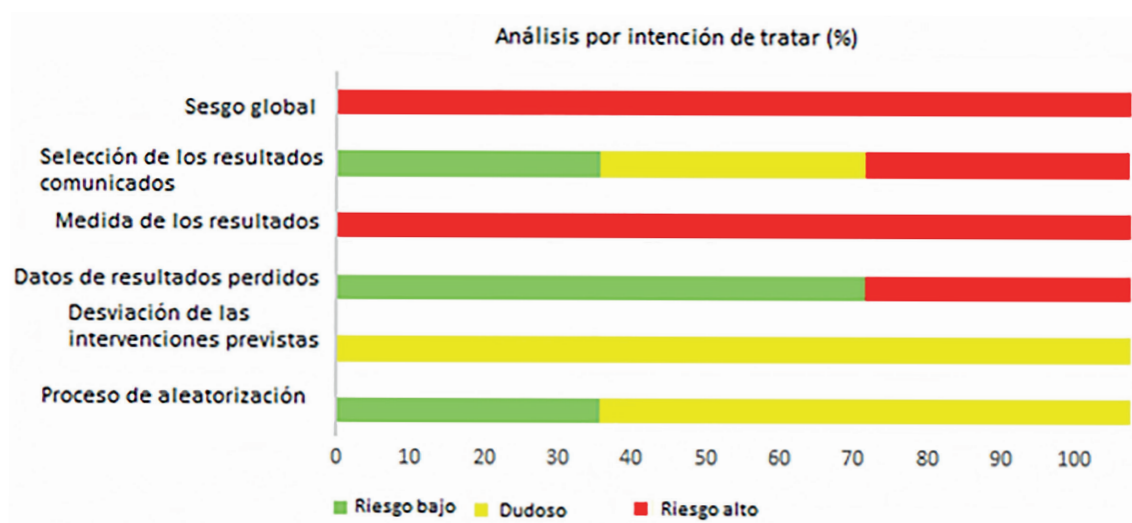
Figura 2. Riesgo de sesgo de los ECAs incluidos mediante la herramienta RoB 2

	ECA	Proceso de aleatorización	Desviación de las intervenciones establecidas	Pérdida de datos de resultado	Medidas de los resultados	Selección de los resultados reportados	Valoración global		
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	Church, 2018	!	!	+	-	!	-	+	Riesgo Bajo
Depresión y la ansiedad comórbida	Chatwin, 2016	!	!	-	-	+	-	!	Dudoso
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	Al-Hadethe, 2015	+	!	+	-	-	-	-	Riesgo Alto

Fuente: elaboración propia empleando la herramienta RoB 2 (20)

Teniendo en cuenta la proporción de cumplimiento de cada dominio por ECA, el patrón de resultados fue similar, con un riesgo de sesgo bajo para el proceso de aleatorización y para los datos perdidos ya que no se comunicaron pérdidas de pacientes tratados; pero con sesgo de riesgo alto en las medidas de resultado en todos los estudios, debido principalmente por la falta de cegamiento de investigadores y pacientes. La valoración global para los tres estudios resulta en un riesgo de sesgo elevado (figura 3).

Figura 3. Proporción de cumplimiento de cada dominio para todos los estudios en evaluación



Fuente: elaboración propia empleando la herramienta Rob 2 (20).

IV.3 Seguridad

- **Trastorno de ansiedad por fobia específica**

La RS de Clond de año 2016 (4) no aportó información sobre la aparición de posibles eventos adversos debido al empleo de la intervención de las TLE.

- **Trastorno de depresión mayor (TDM)**

Las RS de Nelms y Castel, 2016 (10) y el estudio piloto de Chatwin et al del 2016 (24) informaron que no se produjo ningún efecto adverso.

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

Tanto la RS de Sebastian y Nelms, 2017 (22), como el ECA de Church et al, 2018 (25) indicaron que no se produjo ningún evento adverso. El ECA de Al-Hadethe et al, del año 2015 (23) no reportó datos de seguridad.

IV.4 Eficacia

En general, la variable de resultado de los estudios incluidos para evaluar la eficacia de las TLE fue la mejoría en los síntomas de las diferentes condiciones en las que se indica la TLE. A continuación, se muestran de forma independiente los resultados, agrupándolos según la condición clínica a estudiar.

- **Trastorno de ansiedad por fobia específica**

Solo uno de los tres estudios incluidos en la RS de Clond (4) presentó diferencias estadísticamente significativas entre los valores previos y posteriores al tratamiento cuando se calculó la diferencia de medias entre el grupo TLE frente al grupo control.

La intervención en el grupo control varió entre los tres estudios: en uno de ellos no se realizaba ningún tratamiento y en los otros dos se utilizaba como control la terapia de respiración diafragmática (tabla 14).

Los resultados del metanálisis realizado por Clond et al reflejaron un efecto combinado del 1,68 (IC 95%: 0,60 -2,77) para los estudios que trataban la fobia específica, por lo que no encontraron diferencias entre la utilización de la TLE o de otras intervenciones.

La RS no reporta la heterogeneidad relativa a la medida de efecto que calcula para el trastorno por fobia específica, sin embargo, sí que refiere la heterogeneidad para la medida combinada teniendo en cuenta todos los estudios ($Q=75,8$; $I^2=82,2$). Los autores indican que los efectos de cada uno de los estudios puede que no sean comparables debido a las diferencias de diseño de los estudios (diferentes condiciones, escalas, sesiones de TLE, etc.).

Trastorno de depresión mayor

La revisión sistemática con metanálisis de Nelms y Castel del año 2016 (10) evaluó la TLE sobre los síntomas depresivos incluyendo tanto ECA como estudios observacionales que emplearon diferentes instrumentos psicométricos para medir el grado de los síntomas como el: SA-45, el listado de depresión de Beck (BDI-2), la escala de depresión ansiedad y estrés (DASS), la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la subescala de depresión del perfil de estados de ánimo (*Profile of Mood States POMS*). La tabla 14 muestra los porcentajes de cambio de los valores pre y posintervención de los dos estudios incluidos cuyos pacientes estaban diagnosticados de TDM, en relación a la escala de medida usada por cada estudio.

Ambos estudios fueron realizados por el mismo equipo investigador, aunque con diseños metodológicos totalmente diferentes. El ECA encontró cambios estadísticamente significativos a favor de la intervención ($p=0,01$) con una disminución del 23% de la sintomatología depresiva medida con la escala SA-45. Por el contrario, el estudio observacional, con un tamaño muestral muy reducido ($n=6$) no observó cambios significativos tras la intervención.

Tabla 14. Cambio antes y después de la intervención para los estudios en TDM

Referencia (autor, año)	Tipo de estudio	Muestra (n)	Instrumento evaluación depresión	% de cambio pre-post	Valor P
Stapleton et al, 2011	ECA	96	SA-45	-23	0,01
Stapleton et al, 2014	Observacional	6	BDI-II	-29	0,028

BDI-II: Inventario de depresión de Beck; SA-45: evaluación de síntomas.
Fuente: Revisión de Nelms y Castel (10).

Los autores realizaron un metanálisis global, incluidos pacientes con sintomatología depresiva además de los diagnosticados de TMD, y estimando un punto de corte a los 90 días (≥ 90 y > 90) de seguimiento. Observaron que, la mayoría de los estudios demostraron un cambio significativo en relación a los valores previos a la intervención; con un efecto ponderado de los estudios observacionales del 0,7046 y del 1,849 para los ECA, con un efecto global de todos los estudios del 1,30287 (tabla 15).

Tabla 15. Efecto ponderado pre y posintervención (d de Cohen)*

Seguimiento	Estudios observacionales	ECA	Total
≤90	0,8102	1,3832	1,2119
>90	0,5253	1,73	1,1093
Global	0,7046	1,8498	1,3087

*d de Cohen (para la comparación entre dos medias, en donde d = 0.2 se considere un tamaño de efecto "pequeño", 0.5 representa un tamaño de efecto "mediano" y 0.8 un tamaño de efecto "grande").

Fuente: elaboración propia a partir de Nelms y Castel, 2016 (10).

• Trastorno depresivo mayor y ansiedad comórbida

El estudio piloto de Chatwin et al (24), llevado a cabo en el año 2016, evaluó la efectividad de la TCC y las TLE en la depresión y ansiedad comórbida (ansiedad generalizada), frente a un grupo control. Los grupos de intervención, TCC (n=4) y TLE (n=6), recibieron un programa de tratamiento de 8 semanas. El grupo control fue reclutado de población general (n=57). Se evaluaron los niveles de depresión y ansiedad comórbida, antes y después de la intervención, las variables de resultado fueron las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios BDI-2 y la subescala de ansiedad del cuestionario DASS-21. El análisis de efectos simples preintervención por grupo, no encontró diferencias en los niveles basales entre los grupos que llevaron a cabo la intervención (p=0,994), pero sí entre estos y el grupo control, con un p= 0,018 para el grupo de TCC y de p=0,003 para el grupo de TLE (tabla 16).

Tabla 16. Media y desviación estándar para las puntuaciones de las diferentes escalas empleadas

Variable	Grupo TCC (n=4) Media ± DE	Grupo TLE (n=6) Media ± DE	Grupo Control (n=57) Media ± DE
DASS-21, subescala ansiedad (basal)	7,75 +-4,99	6,67+-4,13	1,93+-3,16
DASS-21, subescala ansiedad (posintervención)	3,75+-2,36	6,17+-3,87	-
DASS-21, subescala ansiedad (3 meses de seguimiento)	2,75+-2,75	3,83+-5,54	-
DASS-21, subescala ansiedad (6 meses de seguimiento)	3,25+-4,03	5,17+-4,79	-
BDI-2 (basal)	30,00+-9,20	30,67+-11,00	2,46+-3,31
BDI-2 (posintervención)	9,50+-8,70	21,83+-14,86	-
BDI-2 (3 meses de seguimiento)	11,00+-12,08	20,00+-10,88	-
BDI-2 (6 meses de seguimiento)	16,00+-12,19	22,50+-12,14	-

BDI-2: inventario de depresión de Beck, 2ª edición; DASS-21: escalas de depresión, ansiedad y estrés; TCC: terapia cognitivo conductual; TLE: técnicas de liberación emocional.

En la depresión (evaluada mediante la escala BDI), el análisis posintervención reveló que el grupo de TLE (6 pacientes) presentaba una puntuación más elevada en las escalas de depresión que el grupo de TCC (4 pacientes) (p=0,003). A los tres meses de seguimiento,

no se observaron diferencias entre los grupos de TCC y TLE ($p=0.566$). A los 6 meses no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de TCC y TLE ($p=0.700$).

En la ansiedad comórbida, ni en el análisis posintervención, ni a los tres y seis meses de seguimiento, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de comparación.

• **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

Para esta condición se incluyeron la RS de Sebastian y Nelms del año 2017 (22) y los ECA de Church et al del año 2018 (25) y el de Al-Hadethe et al, del 2015 (23). Estos estudios además de evaluar el efecto de las TLE sobre el TEPT, que era el objetivo principal, también incluyeron resultados de otros cuestionarios realizados en estos pacientes, como depresión ansiedad, etc. Para nuestro análisis, solo se han recogido las variables relacionadas específicamente con el TEPT, ya que los participantes eran seleccionados por esta condición.

La revisión sistemática de Sebastian y Nelms del año 2017 (22) evaluó la eficacia de la TLE en el tratamiento del TEPT, llevando a cabo un metanálisis de los ECA existentes que cumplieren los criterios de calidad de la División 12 de la APA sobre terapias validadas empíricamente. Se incluyeron 7 ECA que cumplieran esos criterios. Para medir la eficacia de TLE en el tratamiento del TEPT, se comparó la diferencia (y la desviación estándar de la diferencia) en las medias entre la TLE y el control antes y después del tratamiento. Los autores encontraron un tamaño del efecto grande, con una d de Cohen $d=2.96$ (IC 95%: 1,96-3,97, $p<0.001$) para los estudios que compararon las TLE con el tratamiento habitual o con la lista de espera. No se encontraron diferencias en comparación con otras terapias basadas en la evidencia, como el *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (tabla 17). Cabe señalar que la heterogeneidad entre los estudios del metanálisis fue muy elevada con un $I^2= 87,5\%$. En la tabla 15 se muestran los resultados de cada uno de los ECA incluidos, encontrando diferencias a favor de la TLE comparado con el control tras la intervención para la mayoría de los estudios para la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL), salvo en uno de los estudios.

Tabla 17. Tamaños del efecto (d de Cohen, con IC del 95%) del tratamiento con TLE en comparación con un control directamente después del tratamiento

	Control	Numero de sesiones	PCL	HTQ
Karatzias, et al (2011)	PreTLE	Hasta 8 sesiones de 1 hora	1,08 (0,38-1,73)*	-
Church, et al (2012)	Lista de espera/sin tratamiento	Una sesión	Sin datos	-
Church, et al (2013)	Terapia establecida	6 sesiones de una hora	1,93 (1,28-2,58)	-
Geronilla et al (2014)	Terapia establecida	6 sesiones de una hora	3,06 (2,30-3,82)	-
Church, et al (2015)	Terapia establecida	6 sesiones de una hora	2,18 (1,25-2,99)	-
Church, et al (in press)	Terapia establecida	6 sesiones de una hora	6,63 (4,44-8,81)	-
Nemiro, et al (2015)	PreTLE	8 sesiones de 2 horas y media	Sin datos	2,29 (1,51-2,99)

*Sin diferencias estadísticamente significativas.

PreTLE: valores preTLE; PCL: Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático; HTQ: *Harvard Trauma Questionnaire*.

Fuente: Sebastian y Nelms, 2017 (22).

El ECA publicado en el año 2015 por Al-Hadethe et al (23) es un estudio realizado en jóvenes de 16-19 años en Irak que cumplieron los criterios del DSM-IV para TEPT y que fueron aleatorizados a TLE a Terapia de Exposición Narrativa (TEN) y a un grupo control incluyendo a 20 pacientes por grupo de comparación. Los resultados de este ECA mostraron que los participantes que recibieron TLE y NET reportaron una diferencia significativa en el TEPT entre el pre-test T1 y post-test de T2 ($p < 0,05$), y en relación con el grupo control. No obstante, cabe destacar que los grupos de TLE y NET partieron de unos niveles basales, de la puntuación de TEPT, menores que el grupo control.

En cuanto al seguimiento a lo largo del tiempo, el efecto de la TLE se observó además de en T2 (postratamiento) también a T3 (3 meses), T4 (4 meses) y T5 (12 meses) y fue mayor que en el grupo NET. Tabla 18.

Tabla 18. Resultado del ECA de Al-Hadethe et al (23)

Variable	Grupos	Diferencia Media	IC 95%	Test ANCOVA	Tamaño del efecto
PTSD	TLE	2,67	(6,07 to 3,82)	5,36*	1,45
	NET	1,96	(0,175 to 9,92)	2,17*	0,66
	Control	-1,94	(-5,00 to 0,80)	-1,51	-0,21

* $p < 0,05$;

Fuente: Al-Hadethe et al, 2015 (23).

Por último, el estudio piloto realizado por Church et al (25) analizó el efecto de 10 sesiones de una hora de TLE en 16 veteranos con niveles clínicos de TEPT ($PCL-M > 50$), con el objetivo de ver si reducía su sintomatología. Este artículo también recoge el efecto de esta intervención sobre la depresión, ansiedad y otras condiciones de salud mental, así como los posibles cambios en la expresión génica asociados con la TLE en TEPG. En este informe solo se recogió la variable de resultado directamente relacionado con el TEPT, medido a través de la escala PCL-M. Nueve participantes fueron aleatorizados al grupo de intervención y al grupo control (lista de espera). Los grupos de comparación no presentaron diferencias en la puntuación basal de la PCL-M. Finalmente, se produjeron dos pérdidas en el grupo de TLE, quedando solo 7 participantes en este grupo, por lo que cabe destacar el pequeño tamaño muestral de este ECA y que el análisis de los datos fue realizado por protocolo y no por intención de tratar. Las medias y DE se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Medias y DE de los síntomas de los participantes, 10 semanas antes, antes de la primera sesión, después de 10 sesiones de TLE, seguimiento de 3 y 6 meses.

Variable	Pretest (n=16)		Antes de la primera sesión (n=16)		Tras 10 sesiones (n=16)		3 meses (n=13)		6 meses (n=10)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DT	Media	DE	Media	DE
PCL-M total	62,69	9,506	59,63	8,318	37,06	13,675	41,77	17,247	42	17,898

Abreviaturas: PCL-M (Posttraumatic Checklist-Military); DE: desviación estándar.

Fuente: Church et al, 2018 (25).

Las puntuaciones obtenidas en el PCL-M disminuyeron en 25,63 puntos de media. Esta disminución fue estadísticamente significativa ($p < 0,00001$). El análisis de datos muestra que 10 sesiones de TLE se asocian con una disminución significativa de la sintomatología de TEPT (tabla 20). A los seis meses de seguimiento, no se observaron diferencias en relación a los valores obtenidos tras las 10 sesiones de tratamiento, por lo que el efecto se mantuvo a largo plazo (tabla 21).

Tabla 20. Diferencia de medias del PCL-M pretest y tras 10 sesiones de TLE.

Variable	Pretest (n=16)		10 sesiones (n=16)		Diferencia	Valor p
	Media	DE	Media	DT		
PCL-M total	62,69	9,51	37,06	13,68	-25,63	<,00001

Abreviaturas: PCL-M (*Posttraumatic Checklist-Military*); DE: desviación estándar.
Fuente: Church et al, 2018 (25).

Tabla 21. Medias y DE de los síntomas después de la prueba y a los 6 meses de seguimiento.

Variable	Después de 10 sesiones, n = 16		6 meses, n = 10		P
	Media	SD	Media	SD	
PCL-M total	37,06	13,675	42	17,898	0,215

IV.5 Estudios en marcha

La búsqueda de la literatura recuperó 21 posibles estudios en marcha (eliminados duplicados) que analizaban las TLE. De estos, 16 evaluaban esta técnica en las condiciones de ansiedad, depresión. Sin embargo, por la información reportada no fue posible establecer si cumplían con los criterios de inclusión de este informe. Además, en muchos casos los participantes eran voluntarios. Se considera que existen 4 estudios en marcha que cumplirían con los criterios de selección: tres estudios primarios y una revisión sistemática (anexo F).

V. Discusión

V.1. De la búsqueda bibliográfica

Se diseñaron diferentes estrategias de búsqueda, adecuadas a la pregunta PICOD, en las que se emplearon diferentes descriptores y combinaciones de términos libres, para las distintas bases de datos generales, especializadas y de ensayos clínicos en marcha escogidas (27). Se incluyeron términos sobre la técnica a estudio, así como sobre las diferentes condiciones estudiadas.

Los filtros utilizados para la localización de estudios primarios y revisiones sistemáticas son filtros validados por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (28).

Se utilizó una limitación temporal de 5 años de forma que se recuperara la información más actual en relación a las técnicas de liberación emocional.

Por todo lo expuesto se supone que la estrategia no ha supuesto una limitación a la recuperación de los estudios disponibles.

V.2. Discusión de los estudios incluidos

El informe solo incluye los estudios con diseño de revisiones sistemáticas o ECA. Este tipo de diseño permite minimizar el riesgo de sesgo, en el caso de los ECA, o tener en cuenta este riesgo a la hora de analizar los resultados como en el caso de las revisiones sistemáticas.

Solo cuatro RS (4, 10, 22, 26) y dos ECA (24, 25) del total de referencias recuperadas por la búsqueda cumplieron con los criterios de inclusión. El principal problema encontrado en muchos de los estudios encontrados que utilizaban las TLE para el tratamiento de las condiciones a estudio (depresión, ansiedad y estrés post-traumático) es que no explicitaban los criterios diagnósticos utilizados para clasificar a los pacientes con esa condición. Esto llevo a que se tuvieran que excluir de esta revisión.

En relación con el trastorno por ansiedad, indicar que la mayoría de los estudios recuperados solo reportaban que los participantes sufrían de ansiedad sin especificar el diagnóstico, por ello solo se pudo incluir la RS de Clond et al del año 2016 (4), y de esta, solo se tuvieron en cuenta 3 de los 14 estudios incluidos, por el mismo motivo. Los tres ECA incluidos especificaron que el diagnostico de ansiedad era por fobia específica.

Tampoco quedaba claro el diagnóstico en uno de los estudios previamente seleccionados, el ECA de Mehdipour del año 2021 (29) que estudió el efecto de las TLE en mujeres posmenopáusicas con síntomas depresivos, pero no se indicaba que estas mujeres estuvieran diagnosticadas de TDM, y por ello, finalmente fue excluido.

En relación a la calidad de las RS y ECA incluidos, la evaluación del riesgo de sesgo muestra riesgos en diferentes fases de su desarrollo. En este sentido, todos los ECA

presentan un riesgo alto en la medida de resultado debido, principalmente, por la falta de cegamiento de investigadores y pacientes. Por tanto, una parte de los cambios observados pudo haberse debido a los efectos inespecíficos observados en cualquier terapia, como la lealtad al terapeuta, los efectos de expectativa y la atención simpática (25). A estos riesgos, hay que añadir el bajo tamaño muestral de la mayor parte de los estudios (25), con estudios con tan solo seis pacientes incluidos (10, 24).

Además, en el caso de las RS existe una elevada heterogeneidad entre los estudios que incluyen, por ejemplo, el empleo de diferentes escalas o herramientas para valorar los niveles de las diferentes condiciones (4, 10) complica la comparación de los resultados, siendo, además, en muchas ocasiones de carácter autocumplimentada (25). Además, el uso de diferentes escalas en los estudios implica que los resultados agrupados que presentan estas revisiones deban ser tomados con cautela.

Los conflictos de intereses no fueron indicados en las RS de Nelms et al (10) y Sebastian et al (22), Clond et al declaran que, no presentan conflictos (4). Tres ECA referenciaron que no existían conflictos de intereses (23, 24) y el ECA de Church et al, (25) podría presentar conflictos de interés ya que el primer autor recibe ingresos por publicaciones y presentaciones relacionadas con este estudio y el estudio está financiado con donaciones de particulares, aunque pertenece a una organización sin ánimo de lucro (*National Institute for Integrative Health Care*). Este autor, además, colabora en numerosos estudios sobre las TLE.

Algunos de los estudios podrían no ajustarse a nuestro contexto puesto que se han realizado en países muy diferentes de nuestro entorno cultural, económico y religioso como el realizado para valorar el TEPT en jóvenes solo del género masculino en Irak por Al-Hadethe et al (23) referenciado en la RS de Mavranzouli et al (26).

Otro posible sesgo detectado, es el hecho de que la mayoría de los estudios fueron realizados por los mismos equipos investigadores. Este es el caso de la RS de Sebastian et al (22), sobre el uso de las TLE en el TEPT que de 7 ECAs incluidos, 4 fueron realizados por el mismo autor, y a su vez, el segundo autor de esta RS también es el primer autor de la otra RS centrada en la intervención de las TLE para la depresión (10). En donde, además, estos autores están relacionados laboralmente con institutos privados relacionados con los “cuidados integrativos” y “trascendentales” (4).

V.3. Discusión de los resultados de seguridad

Los eventos adversos fueron referenciados en tres de las publicaciones analizadas (10, 22, 24, 25), que no registraron la aparición de ningún evento. El ECA de Al-Hadethe del año 2015 (23) y la RS de Clond et al del año 2016 (4), no informaron esta variable de resultado.

Teniendo en cuenta la baja calidad de los estudios incluidos, y la falta de datos comunicados, no es posible sacar conclusiones en relación a la seguridad de esta práctica.

V.4. Discusión de los resultados de eficacia

La eficacia reportada por los estudios incluidos sobre las condiciones de ansiedad por fobia específica, TDM y TPEP debe ser tomada con cautela debido a las limitaciones metodológicas de los estudios que la evalúan. La evidencia es incierta y existe un elevado riesgo de sesgo; con estudios muy heterogéneos en cuanto a los participantes, escalas o herramientas de valoración, tiempo de las sesiones, tiempo de seguimiento y en general con un tamaño muestral pequeño. La TCC sería la terapia estándar de tratamiento para las condiciones estudiadas.

• **Ansiedad por fobia específica**

Solo uno de los tres estudios realizados en fobia específica recogidos en la RS de Clond et al (4) presentó diferencias estadísticamente significativas entre los valores previos y posteriores al tratamiento entre el grupo intervenido con TLE frente al grupo control. Sin embargo, los resultados del metanálisis realizado en la RS reflejan un efecto del 1.68 (IC 95%: 0,60 -2,77; $p < 0,001$), sin aportar datos de la diferencia de medias entre los estudios que evaluaban la fobia específica. Cabe destacar el bajo número de sesiones ya que en dos de los estudios consistió en una única sesión.

• **Trastorno depresivo mayor y sintomatología depresiva**

La RS de Nelms et al (10) señaló que la TLE fue eficaz para reducir los síntomas depresivos en diversos grupos de población y entornos, y que se mantuvo a lo largo del seguimiento. No obstante, hay que tener en cuenta que esta RS presenta muchas limitaciones que hacen que los resultados sean tomados con cautela, como la elevada heterogeneidad a todos los niveles, desde los estudios incluidos, incluyendo tanto pacientes con un TMD diagnosticado como a participantes con diferente sintomatología depresiva por diversas causas, lo que dificulta la generalización de estos resultados a aquellas poblaciones que necesitan tratamiento para depresiones severas o graves. Además, los diferentes estudios son evaluados a través de diferentes escalas o instrumentos psicométricos para valorar la depresión, como el SA-45, el BDI-2, el DASS, el HADS y la subescala de depresión del POMS, y empleando diferentes comparadores, lo que complica la unificación de los datos pudiendo dar lugar a resultados sesgados. Finalmente señalar que, el porcentaje de pérdidas fue considerable, con hasta un 50% de a lo largo del periodo de seguimiento.

El ECA de Chatwin et al (24) incluyó pacientes con depresión y ansiedad comórbida que recibieron un programa de tratamiento de 8 semanas, de TCC o de TLE. No obstante, emplearon un tamaño muestral muy bajo con tan solo 6 paciente en el grupo que recibió TLE y 4 en el grupo que recibía TCC- Esta investigación estaba planteada, como un estudio piloto, por lo que estos resultados deberían considerarse como preliminares, no pudiendo extrapolarlos a un contexto poblacional.

• **TEPT**

Según algunos autores, las TLE podría ser una terapia novedosa para el TEPT que, aunque no presenta una evidencia suficiente, puede ser una alternativa para aquellos pacientes que

abandonan las terapias bien establecidas, o como una forma para preparar a los pacientes que no son aptos todavía para la exposición al recuerdo traumático (30).

La RS de Sebastian y Nelms (22), encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) y señalaron que la TLE era un tratamiento seguro y eficaz en 10 o más sesiones y con una variedad de poblaciones, produciendo a la vez grandes efectos y beneficios duraderos en comparación con el tratamiento habitual o con la lista de espera. No obstante, solo 7 estudios cumplieron con los criterios de inclusión y presentaron un tamaño muestral bajo, además de que los resultados estuvieron basados en cuestionarios autocumplimentados.

La RS de Mavranouzouli et al del año 2020 (26) recuperada de la búsqueda de la literatura y que analizó la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas y psicosociales en niños y jóvenes con TEPT, solo incluyó un ECA realizado por Al-Hadethe et al (23) en jóvenes de 16-19 años en Irak; por ello, se decidió incluir solo los datos de este ECA y excluir la RS.

Este ECA encontró, que los participantes que recibieron TLE y NET referenciaron mejores resultados entre el pre-test T1 y post-test de T2 ($p < 0,05$), y en relación con el grupo control. No obstante, cabe destacar que los grupos de TLE y NET partieron de unos niveles basales, de la puntuación de TEPT, menores que el grupo control. Este estudio fue realizado solo en hombres por la imposibilidad de incluir mujeres en este tipo de estudios en ese país.

El estudio piloto realizado por Church et al (25) en 16 veteranos analiza el efecto de 10 sesiones de una hora de TLE sobre el TEPT, también observó una disminución significativa de la puntuación de la PCL-M (Lista de verificación postraumática-militar) con una media de 25 (-64% , $p < 0,0001$) y se prolongaron a los tres meses y seis meses de PCL-M de 27 ($p < 0,0001$).

Recomendaciones de investigación futuras: podría ser de interés realizar estudios que evaluaran los diferentes componentes de los que se compone la TLE, como la TCC y la estimulación somática de puntos de acupresión, ya empleados en estas condiciones y con una evidencia más contrastada.

VI. Conclusiones

Los estudios que evaluaron la técnica de liberación emocional en las condiciones de ansiedad, trastorno depresivo mayor y en el trastorno por estrés postraumático presentan un elevado riesgo de sesgo y, por lo tanto, una calidad de la evidencia críticamente baja. Esto se traduce en una falta de certeza en relación a sus resultados obtenidos.

- **Seguridad**

Las técnicas de liberación emocional podrían no tener repercusión en la aparición de eventos adversos, pero no existe certeza sobre este resultado.

- **Eficacia/efectividad**

- La evidencia es muy incierta acerca de la efectividad de las TLE en la fobia específica.
- La evidencia es muy incierta acerca de la efectividad de las TLE en el trastorno depresivo mayor.
- La técnica de liberación emocional podría reducir la sintomatología del TEPT, pero la evidencia es muy incierta.

Contribución de los autores

Sara Nuñez Iglesias. Profesional autónoma. Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cualitativa de resultados, valoración del riesgo de sesgo, redacción del presente informe

Lucinda Paz Valiñas. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t; Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS – Coordinación, planificación, diseño, selección de estudios, extracción, análisis y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y redacción del informe.

María José Faraldo. Jefa de Servicio. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avaliat; Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS – Coordinación, asesoramiento, supervisión, selección de estudios, redacción y revisión del informe.

Beatriz Casal Acción. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avaliat; Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Diseño y desarrollo de las estrategias de búsqueda en bases de datos bibliográficas, redacción parcial, revisión interna del borrador del informe y de la versión final del informe.

Correo electrónico: Avalia_t.Acis@sergas.es

Declaración de intereses

Los autores del presente informe declaran no tener conflictos de intereses en relación con la tecnología evaluada y los comparadores considerados.

Referencias bibliográficas

1. Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
2. Resumen de las conclusiones del informe preliminar sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [consultado 01 sept 2024]. Disponible en: https://www.conprueba.es/sites/default/files/multimedia/documentos/informes-pseudoterapias_1_1.pdf
3. Nota resumen informe terapias naturales [Nota de prensa]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 15 mar 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
4. Clond M. Emotional Freedom Techniques for Anxiety: A Systematic Review With Meta-analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204(5):388-95. PubMed PMID: 26894319.
5. Church D, Stapleton P, Mollon P, Feinstein D, Boath E, Mackay D, et al. Guidelines for the Treatment of PTSD Using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). *Healthcare.* 2018;6(4):12. PubMed PMID: 30545069.
6. Church D. *The EFT Manual.* Santa Rosa (CA): Energy Psychology Press; 2013.
7. Craig G, Fowlie A. *The EFT Manual.* Sea Ranch (CA): Gary Craig; 1995.
8. Flint GA, Lammers W, Mitnick DG. Emotional Freedom Techniques: A safe treatment intervention for many trauma based issues. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2006;12(1-2):125-50.
9. Bach D, Groesbeck G, Stapleton P, Sims R, Blickheuser K, Church D. Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques) Improves Multiple Physiological Markers of Health. *J Evid Based Integr Med.* 2019;24:2515690x18823691. PubMed PMID: 30777453.
10. Nelms JA, Castel L. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized and Nonrandomized Trials of Clinical Emotional Freedom Techniques (EFT) for the Treatment of Depression. *Explore (NY).* 2016;12(6):416-26. PubMed PMID: 27843054.
11. Guha M. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Reference Reviews.* 2014.
12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
13. Bonet JIC. Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema.* 2001;13(3):447-52.

14. Freitas JRS, Velosa VHS, Abreu LTN, Jardim RL, Santos JAV, Peres B, et al. Virtual reality exposure treatment in phobias: a systematic review. *Psychiatr Q*. 2021;92(4):1685-710.
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11940/13582>
16. Church D, Stapleton P, Yang A, Gallo F. Is Tapping on Acupuncture Points an Active Ingredient in Emotional Freedom Techniques? A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(10):783-93. PubMed PMID: 30273275.
17. Puñal Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz MA, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias. Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS; 2016. Informe N.º: avalia-t 2015/10. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11940/9007>
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. PubMed PMID: 33782057.
19. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008. PubMed PMID: 28935701.
20. Cochrane Scientific Committee. Risk of Bias 2 (RoB 2) tool [Internet]. London: Cochrane; 2020 [consultado 10 mar 2023]. Disponible en: <https://methods.cochrane.org/risk-bias-2>
21. FLC 3.0. Fichas de Lectura Crítica [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osteba; [consultado 26 jul 2021]. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/>
22. Sebastian B, Nelms J. The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Explore (NY)*. 2017;13(1):16-25. PubMed PMID: 27889444.
23. Al-Hadethe A, Hunt H, Al-Qaysi G, Thomas S. Randomised Controlled Study Comparing Two Psychological Therapies for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Emotional Freedom Techniques (EFT) Vs. Narrative Exposure Therapy (NET). *J Trauma Stress Disord Treat*. 2015;4.

24. Chatwin H, Stapleton P, Porter B, Devine S, Sheldon T. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Emotional Freedom Techniques in Reducing Depression and Anxiety Among Adults: A Pilot Study. *Integr Med (Encinitas)*. 2016;15(2):27-34. PubMed PMID: 27330487.
25. Church D, Yount G, Rachlin K, Fox L, Nelms J. Epigenetic Effects of PTSD Remediation in Veterans Using Clinical Emotional Freedom Techniques: A Randomized Controlled Pilot Study. *Am J Health Promot*. 2018;32(1):112-22. PubMed PMID: 27520015.
26. Mavranouzouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Stockton S, Meiser-Stedman R, et al. Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(1):18-29. PubMed PMID: 31313834.
27. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S, Littlewood A, Marshall C, Metzendorf M-I, et al. Searching for and selecting studies. 2021. En: Higgins J, Thomas J (eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Monografía en internet]. Cochrane; 2021. [consultado 04 nov 2021]. Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-04>
28. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [Sede web]. SIGN; 2020 [consultado 31 may 2021]. Search filters; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/>
29. Mehdipour A, Abedi P, Ansari S, Dastoorpoor M. The effectiveness of emotional freedom techniques (EFT) on depression of postmenopausal women: a randomized controlled trial. *J Complement Integr Med*. 2021;19(3):737-42. PubMed PMID: 34013673.
30. Metcalf O, Varker T, Forbes D, Phelps A, Dell L, DiBattista A, et al. Efficacy of Fifteen Emerging Interventions for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *J Trauma Stress*. 2016;29(1):88-92. PubMed PMID: 26749196.

Anexos

Anexo A. Estrategias de búsqueda bibliográfica

Cochrane Library (Wiley)

	Términos de búsqueda	Nº de referencias
1	(emotion* NEXT free*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	78
2	(technique or techniques or acupuncture):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	119550
3	#1 AND #2	77
4	((acupoint or acupoints or acupressure or "acupuncture point" or "acupuncture points" or EFT) and tapping):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	46
5	MeSH descriptor: [Mind-Body Therapies] explode all trees	6933
6	MeSH descriptor: [Acupuncture Points] explode all trees	2244
7	#5 OR #6	9166
8	(tapping):ti,ab,kw	1279
9	#7 AND #8	24
10	#3 OR #4 OR #9	121
	with Publication Year from 2016 to 2022, in Trials	59
	with Cochrane Library publication date from Jan 2016 to present, in Cochrane Reviews and Cochrane Protocols	0

Prospero (University of York)

	Términos de búsqueda	Nº de referencias
1	emotional freedom technique	2
2	emotional freedom techniques	5
3	eft tapping	0
4	acupoint tapping	0
5	acupoints tapping	0
6	acupressure tapping	0
7	acupuncture point tapping	0
8	acupuncture points tapping	0
9	emotional freedom acupuncture	0

Medline, AMED, APA PsycINFO (Ovid)

AMED (Allied and Complementary Medicine) <1985 to jun 2022>		
4 ref.		
Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to June 17, 2022>		
50 ref.		
APA PsycInfo <2002 to June Week 2 2022>		
18 ref.		
1	(emotion* adj free*).mp.	265
2	(technique or techniques or acupuncture).mp.	3162012
3	1 and 2	204
4	((acupoint or acupoints or acupressure or "acupuncture point" or "acupuncture points" or EFT) and tapping).mp.	110
5	mind body therapy/ or Acupuncture Points/	9096
6	exp Finger Tapping/	496
7	tapping.ab,hw,ti.	14575
8	6 or 7	14575
9	5 and 8	44
10	3 or 4 or 9	278
11	limit 10 to yr="2016 -Current"	137
12	Meta-Analysis as Topic/ or Meta-Analysis/	185941
13	meta analysis/	165657
14	metaanaly\$.tw.	3108
15	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	293785
16	exp Review Literature as Topic/	20111
17	(selection criteria or data extraction).ab.	65728
18	review/	3003044
19	systematic review/	199967
20	Comment/	967751
21	Letter/	1185234
22	Editorial/	608411
23	animals/	7145089
24	humans/	20716916
25	23 and 24	2145298
26	23 not 25	4999791
27	20 or 21 or 22 or 26	6998018
28	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	3273208
29	28 not 27	3062614
30	11 and 29	29
31	Randomized Controlled Trials as Topic/	156012
32	randomized controlled trial/	574896
33	Random Allocation/ or Double Blind Method/ or Single Blind Method/ or clinical trial/	749156
34	("clinical trial, phase I" or "clinical trial, phase II" or "clinical trial, phase III" or "clinical trial, phase IV" or controlled clinical trial or randomized controlled trial or multicenter study or clinical trial).pt.	1137655

35	exp Clinical Trials as topic/	374908
36	31 or 32 or 33 or 34 or 35	1543824
37	(clinical adj trial\$).tw.	482184
38	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	213001
39	Placebos/	36664
40	placebo\$.tw.	269725
41	randomly allocated.tw.	38287
42	(allocated adj2 random\$).tw.	42158
43	37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42	811367
44	36 or 43	1921564
45	case report.tw. or letter/ or historical article/	1928009
46	44 not 45	1879898
47	11 and 46	43
48	30 OR 47	72

Leyenda: Operadores booleanos: AND; y OR; o NOT; no Operador de proximidad: ADJ; adjuvant Truncados: \$: truncado de 0 o 1 carácter *: truncado de múltiples caracteres

Abreviaturas: tw: texto completo; pt: tipo de publicación /: descriptor; ti: título ab: resumen; hw: palabra de encabezado; yr: año; exp: explotar término.

ClinicalTrials.gov

	Términos de búsqueda	Nº de referencias
1	AREA[InterventionSearch] emotional freedom technique	16
2	AREA[InterventionSearch] emotional freedom techniques	16
3	AREA[InterventionSearch] eft tapping	2
4	AREA[InterventionSearch] acupoint tapping	3
5	AREA[InterventionSearch] acupoints tapping	2
6	AREA[InterventionSearch] acupressure tapping	6
7	AREA[InterventionSearch] acupuncture point tapping	2
8	AREA[InterventionSearch] acupuncture points tapping	2
9	AREA[InterventionSearch] emotional freedom acupuncture	4
10	ELIMINADOS DUPLICADOS 2016-	21

International Clinical Trials Registry Portal. OMS

	Términos de búsqueda	Nº de referencias
1	emotional <i>International Clinical Trials Registry Portal</i> freedom technique	6
2	emotional freedom techniques	3
3	eft tapping	0
4	acupoint tapping	0
5	acupoints tapping	0
6	acupressure tapping	0
7	acupuncture point tapping	1
8	acupuncture points tapping	0
9	emotional freedom acupuncture	0

Anexo B. Valoración del riesgo de sesgo

Valoración de la calidad de la evidencia de revisiones sistemáticas mediante la herramienta AMSTAR 2

Preguntas amstar-2	Clond, 2016	Nelms, 2016	Sebastian, 2016
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO?	No	Sí	sí
2. *¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo?	Sí parcial	No	Sí parcial
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su selección de los diseños de estudio para incluirlos en la revisión?	Sí	Sí	Sí
4. *¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura?	Sí	Sí parcial	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No	No	No
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No	Sí	Sí
7. *¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí parcial	Sí parcial	Sí
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado?	Sí parcial	No	Sí parcial
9. *¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?	Sí parcial	No	Sí parcial
10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No
11. *Si se realizó un metanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	No	No	No
12. Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	No	No	Np
13. *¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión?	No	No	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	No
15. *Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿realizaron los autores de la revisión una investigación adecuada del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	No	No
16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión?	Sí	No	Sí
Valoración global	Criticamente baja	Criticamente baja	Criticamente baja

*Dominios críticos. CRÍTICAMENTE BAJA: Más de un defecto crítico con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de un defecto crítico y no se debe confiar en que proporcione un resumen preciso y exhaustivo de los estudios disponibles.

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Evaluar el trastorno de estrés postraumático (TEPT) tratado mediante técnicas de liberación emocional..		
Grupo Experimental	Técnica de liberación emocional	Comparador	Grupo de tratamiento habitual	Fuente	Church, 2018 (25)
Variables de resultado	Trastorno de estrés postraumático (escala de verificación postraumática-militar (PCL-M)). *El estudio evaluó además otras variables de resultado pero no fueron el objetivo de este informe de evaluación.				
Dominio	Preguntas			Respuesta	Comentarios
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?			S	Por bloques permutados
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?			NI	
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?			N	No hubo diferencias significativas en las puntuaciones de PCL-M entre los 2 grupos a nivel basal.
	Valoración del riesgo de sesgo			DUDOSO	
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?			PS	No descrito de forma clara en el método pero en la discusión se comenta que los pacientes son conocedores de la terapia.
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?			PS	
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?			S	
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?			PN	
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?			NA	
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?			PS	
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?			NA	
	Valoración del riesgo de sesgo			DUDOSO	
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?			S	Dos participantes del grupo de experimentación abandonaron por causas médicas no relacionadas con el estudio.
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?			NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*?			NA	
	*Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.				
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?			NA	
	*La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".				
Valoración del riesgo de sesgo			BAJO		

4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	N	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	PS	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgo	ALTO	
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PS	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	DUDODO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)							
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Evaluar la eficacia de la TCC y TLE en el tratamiento de la depresión y la ansiedad comórbida.				
Grupo Experimental	Técnica de liberación emocional	Comparador	Terapia cognitiva conductual	Fuente	Chatwin, 2016 (24)		
Variables de resultado	Depresión						
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios			
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Los participantes fueron asignados al azar, a través de un sistema computarizado generador de números aleatorios.			
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		NI				
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		PN				
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO				
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		PN				
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		PS				
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		PN				
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA				
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA				
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS				
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA				
	Valoración del riesgo de sesgos		DUDOSO			No queda claro el enmascaramiento de los investigadores	
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?		PN				
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?		PN				
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*?		PS				
	*Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.						
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?		PS				
	*La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".						
Valoración del riesgo de sesgos		ALTO	Se produjeron 2 abandonos en el grupo de TCC y uno en el grupo de TLE por causas no relacionadas con el estudio.				

4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	NI	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	PS	Antes y después de la intervención, todos los participantes fueron entrevistados utilizando el MINI 6.0, y completaron los siguientes cuestionarios validados: 1) el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-2) ¹⁶ y 2) las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PN	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PN	
	Valoración del riesgo de sesgos	BAJO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Evaluar la eficacia de las Técnicas de Liberación Emocional (TLE) y la Terapia de Exposición Narrativa (NET) como tratamientos para el TEPT con personas traumatizadas.		
Grupo Experimental	Técnica de liberación emocional	Comparador	Control.	Fuente	Al-Hadethe et al, 2015 (23)
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • TEPT • apoyo social • Afrontamiento religioso • Ansiedad • Depresión 				
Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios		
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?	S	Aleatorización por números generados por ordenador.		
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?	PS	Posiblemente la aleatorización se mantuvo oculta hasta la asignación de la intervención.		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?	N	No existen diferencias significativas entre los grupos en relación a sus niveles basales.		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?	PS	Debido a las características de las intervenciones, no es posible el enmascaramiento.		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?	S			
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?	N			
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?	NA			
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?	NA			
	2.6. ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?	S			
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?	NA			
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	Solo una pérdida en el grupo NET.		
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA			
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado**?	NA			
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?	NA			
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		

4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/Ni para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	El conocimiento de estar en el grupo control o el de intervención puede dar lugar a sesgo.
	4.5. Si S/PS/Ni para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración de riesgo de sesgo		ALTO
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	PS	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PS	Numerosas escalas de medición y para diferentes condiciones.
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos		ALTO
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

S: sí; PS: probablemente sí; N:no; PN: probablemente no; NA: no aplica; NI: sin información.

Anexo C. Tablas de evidencia

• Ansiedad por fobia específica

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Características de la intervención/población/ estudios incluidos	Resultados	Conclusiones de los autores	Calidad del estudio /riesgo de sesgo																											
Clond, 2016 (4) Israel	<p>Diseño Revisión sistemática y metanálisis.</p> <p>Objetivos Realizar una RS y metanálisis de las TLE para reducir los niveles de ansiedad.</p> <p>Periodo de búsqueda Hasta diciembre 2015.</p> <p>Bases de datos MEDLINE/Pubmed, PsycINFO, Google Scholar.</p>	<p>Población La revisión incluye estudios de pacientes diagnosticados de ansiedad. A efectos de este informe solo se han considerado los estudios que indicaron de forma clara el diagnóstico de ansiedad y no síntomas relacionados con la ansiedad.</p> <p>Intervención Técnicas de liberación emocional al menos una sesión de TLE.</p> <p>Comparación Control: sin tratamiento o respiración diafragmática.</p> <p>Resultados analizados Ansiedad.</p> <p>Tiempo de seguimiento No indicado.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos ECA.</p> <p>Instrumentos empleados para medir la variable de resultado FQ: Fear questionnaire. BAI: Beck Inventory I.</p> <p>Método evaluación calidad Los autores incluyeron en la revisión estudios que cumplieran con los criterios desarrollados por el Grupo de Trabajo División 12 de la Asociación Americana de Psicología sobre Tratamientos Empíricamente Validados.</p>	<p>Nº estudios incluidos: 14 ECAs en la RS, de los que solo se incluyeron 3 con diagnóstico definido de fobia específica.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Referencia (autor, año)</th> <th>Sesiones TLE (n)</th> <th>Control Referencia de tratamiento (n)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Baker y Siegel, 2010</td> <td>1 sesión (11)</td> <td>Sin tratamiento (10) Entrevista (10)</td> </tr> <tr> <td>Salas et al, 2011</td> <td>1 sesión (23)</td> <td>Respiración diafragmática (11)</td> </tr> <tr> <td>Wells, 2003</td> <td>1 sesión (18)</td> <td>Respiración diafragmática (17)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Efectividad Tamaño del efecto e intervalos de confianza para la diferencia entre ambas intervenciones.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Referencia (autor, año)</th> <th>dTLE-dcontrol (IC: 95%)</th> <th>P*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Baker y Siegel, 2010</td> <td>0,83 (-0,26-1,92)</td> <td>0,136</td> </tr> <tr> <td>Salas et al, 2011</td> <td>0,37 (-0,63-1,37)</td> <td>0,468</td> </tr> <tr> <td>Wells, 2003</td> <td>1,64 (0,48-2,8)</td> <td>0,006</td> </tr> <tr> <td>Global fobia específica</td> <td>1,68 (0,60-2,77)</td> <td>0,001</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguridad Sin información sobre la seguridad de la técnica.</p>	Referencia (autor, año)	Sesiones TLE (n)	Control Referencia de tratamiento (n)	Baker y Siegel, 2010	1 sesión (11)	Sin tratamiento (10) Entrevista (10)	Salas et al, 2011	1 sesión (23)	Respiración diafragmática (11)	Wells, 2003	1 sesión (18)	Respiración diafragmática (17)	Referencia (autor, año)	dTLE-dcontrol (IC: 95%)	P*	Baker y Siegel, 2010	0,83 (-0,26-1,92)	0,136	Salas et al, 2011	0,37 (-0,63-1,37)	0,468	Wells, 2003	1,64 (0,48-2,8)	0,006	Global fobia específica	1,68 (0,60-2,77)	0,001	<p>La TLE demostró una reducción de las puntuaciones de ansiedad tras la intervención.</p> <p>Los datos con un comparador estándar como las TCC son escasos y por tanto es necesario realizar más investigaciones para establecer la eficacia relativa de las TLE.</p> <p>Comentarios Solo en tres ECAs se define de forma concreta el diagnóstico de ansiedad.</p> <p>Conflicto de intereses Sin conflicto de intereses.</p> <p>Financiación Por el Instituto Nacional de Cuidados Integrativos (<i>National Institute for Integrative Health Care</i>).</p>	Criticamente baja
Referencia (autor, año)	Sesiones TLE (n)	Control Referencia de tratamiento (n)																															
Baker y Siegel, 2010	1 sesión (11)	Sin tratamiento (10) Entrevista (10)																															
Salas et al, 2011	1 sesión (23)	Respiración diafragmática (11)																															
Wells, 2003	1 sesión (18)	Respiración diafragmática (17)																															
Referencia (autor, año)	dTLE-dcontrol (IC: 95%)	P*																															
Baker y Siegel, 2010	0,83 (-0,26-1,92)	0,136																															
Salas et al, 2011	0,37 (-0,63-1,37)	0,468																															
Wells, 2003	1,64 (0,48-2,8)	0,006																															
Global fobia específica	1,68 (0,60-2,77)	0,001																															

• **Depresión mayor**

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Características de la intervención/población/ estudios incluidos	Resultados	Conclusiones de los autores	Calidad del estudio /riesgo de sesgo																																																																																																									
<p>Nelms, 2016 (10) EE. UU.</p>	<p>Diseño Revisión sistemática y metanálisis.</p> <p>Objetivos Estudiar la eficacia relativa de las TLE para reducir síntomas depresivos asociados a varias condiciones.</p> <p>Período de búsqueda 10 años, hasta junio 2015.</p> <p>Bases de datos MEDLINE/Pubmed, PsycINFO, Google Scholar.</p>	<p>Población Pacientes evaluados de síntomas depresivos.</p> <p>Intervención Técnicas de liberación emocional: al menos una sesión de TLE.</p> <p>Comparación Control: tratamiento activo, TAU, entrevistas de apoyo, respiración diafragmática, EMDR, higiene del sueño.</p> <p>Resultados analizados Nivel de depresión según escalas de depresión.</p> <p>Tiempo de seguimiento Posttest, seguimiento en menos de 90 días y seguimiento de más de 90 días.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: ECAS y estudios observacionales.</p> <p>Instrumentos empleados** SA-45, BDI-II, DASS, HADS, subescala de depresión del POMS.</p> <p>Método evaluación calidad No indica si se ha evaluado el riesgo de sesgo de estos estudios ni su calidad de la evidencia.</p>	<p>Nº estudios incluidos: 20 estudios: 12 ECAs (398 participantes) y 8 estudios observacionales (461 participantes).</p> <table border="1" data-bbox="1093 359 1581 1337"> <thead> <tr> <th>Referencia (autor, año)</th> <th>País</th> <th>Diseño del estudio</th> <th>Núm. pacientes</th> <th>Herramienta de valoración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Baker y Hoffman, 2015</td><td>R.U.</td><td>Observacional</td><td>41</td><td>POMS</td></tr> <tr><td>Church y Brooks, 2013</td><td>EE.UU.</td><td>Observacional</td><td>39</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Church y Brooks, 2010</td><td>EE.UU.</td><td>Observacional</td><td>216</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Church et al, 2009</td><td>EE.UU.</td><td>Observacional</td><td>7</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Rowe, 2005</td><td>EE.UU.</td><td>Observacional</td><td>102</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Stapleton et al, 2014</td><td>Australia</td><td>Observacional</td><td>6</td><td>BDI-2 y DASS</td></tr> <tr><td>Stewart et al, 2014</td><td>R.U.</td><td>Observacional</td><td>39</td><td>HADS</td></tr> <tr><td>Chuch, 2010</td><td>EE.UU.</td><td>Observacional</td><td>11</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Brattberg, 2008</td><td>Suecia</td><td>ECA</td><td>330</td><td>HADS</td></tr> <tr><td>Church et al, 2013</td><td>EE.UU.</td><td>ECA</td><td>49</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Church et al, 2014.</td><td>EE.UU.</td><td>ECA</td><td>18</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Church et al, 2012</td><td>EE.UU.</td><td>ECA</td><td>28</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Stapleton et al, 2011</td><td>Australia</td><td>ECA</td><td>96</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Karatzias et al, 2011</td><td>R.U.</td><td>ECA</td><td>23</td><td>HADS</td></tr> <tr><td>Lee et al, 2015</td><td>Corea del Norte</td><td>ECA</td><td>10</td><td>GDS-K</td></tr> <tr><td>Church et al (2012)</td><td>Filipinas</td><td>ECA</td><td>9</td><td>BDI-II</td></tr> <tr><td>Geronilla et al (2014)</td><td>EE.UU.</td><td>ECA</td><td>58</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Church y Nelms</td><td>EE.UU.</td><td>ECA</td><td>16</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Church et al (2015)</td><td>EE.UU.</td><td>ECA</td><td>16</td><td>SA-45</td></tr> <tr><td>Stapleton et al (2013)</td><td>Australia</td><td>ECA</td><td>45</td><td>SA-45</td></tr> </tbody> </table> <p>Abreviaturas: EE.UU.: Estados Unidos; R.U: Reino Unido; BDI-2: Beck Depression Inventory II; SA-45: Symptom Assessment-45; DASS: Depression Anxiety Stress Scales; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; POMS: Profile of Mood States; GDS-K: Geriatric Depression Scale in Korea</p> <p>Fuente: elaboración propia con datos de la revisión de Nelms y Castel, 2016 (10).</p> <p>Efectividad: Para la valoración de la efectividad de las TLE solo se han considerado los estudios en los que la población estaba diagnosticada de depresión mayor.</p>	Referencia (autor, año)	País	Diseño del estudio	Núm. pacientes	Herramienta de valoración	Baker y Hoffman, 2015	R.U.	Observacional	41	POMS	Church y Brooks, 2013	EE.UU.	Observacional	39	SA-45	Church y Brooks, 2010	EE.UU.	Observacional	216	SA-45	Church et al, 2009	EE.UU.	Observacional	7	SA-45	Rowe, 2005	EE.UU.	Observacional	102	SA-45	Stapleton et al, 2014	Australia	Observacional	6	BDI-2 y DASS	Stewart et al, 2014	R.U.	Observacional	39	HADS	Chuch, 2010	EE.UU.	Observacional	11	SA-45	Brattberg, 2008	Suecia	ECA	330	HADS	Church et al, 2013	EE.UU.	ECA	49	SA-45	Church et al, 2014.	EE.UU.	ECA	18	SA-45	Church et al, 2012	EE.UU.	ECA	28	SA-45	Stapleton et al, 2011	Australia	ECA	96	SA-45	Karatzias et al, 2011	R.U.	ECA	23	HADS	Lee et al, 2015	Corea del Norte	ECA	10	GDS-K	Church et al (2012)	Filipinas	ECA	9	BDI-II	Geronilla et al (2014)	EE.UU.	ECA	58	SA-45	Church y Nelms	EE.UU.	ECA	16	SA-45	Church et al (2015)	EE.UU.	ECA	16	SA-45	Stapleton et al (2013)	Australia	ECA	45	SA-45	<p>Las TLE fueron efectiva en tratamientos cortos, de 1 a 10 sesiones, tanto en formato individual como grupal. Las TLE cumplen los criterios de la división 12 de la APA, como terapia eficaz para la depresión.</p> <p>Conflicto de intereses No indicado.</p> <p>Financiación Por el Instituto Nacional de Cuidados Integrativos (National Institute for Integrative Health Care)</p>	<p>Calidad críticamente baja</p>
Referencia (autor, año)	País	Diseño del estudio	Núm. pacientes	Herramienta de valoración																																																																																																											
Baker y Hoffman, 2015	R.U.	Observacional	41	POMS																																																																																																											
Church y Brooks, 2013	EE.UU.	Observacional	39	SA-45																																																																																																											
Church y Brooks, 2010	EE.UU.	Observacional	216	SA-45																																																																																																											
Church et al, 2009	EE.UU.	Observacional	7	SA-45																																																																																																											
Rowe, 2005	EE.UU.	Observacional	102	SA-45																																																																																																											
Stapleton et al, 2014	Australia	Observacional	6	BDI-2 y DASS																																																																																																											
Stewart et al, 2014	R.U.	Observacional	39	HADS																																																																																																											
Chuch, 2010	EE.UU.	Observacional	11	SA-45																																																																																																											
Brattberg, 2008	Suecia	ECA	330	HADS																																																																																																											
Church et al, 2013	EE.UU.	ECA	49	SA-45																																																																																																											
Church et al, 2014.	EE.UU.	ECA	18	SA-45																																																																																																											
Church et al, 2012	EE.UU.	ECA	28	SA-45																																																																																																											
Stapleton et al, 2011	Australia	ECA	96	SA-45																																																																																																											
Karatzias et al, 2011	R.U.	ECA	23	HADS																																																																																																											
Lee et al, 2015	Corea del Norte	ECA	10	GDS-K																																																																																																											
Church et al (2012)	Filipinas	ECA	9	BDI-II																																																																																																											
Geronilla et al (2014)	EE.UU.	ECA	58	SA-45																																																																																																											
Church y Nelms	EE.UU.	ECA	16	SA-45																																																																																																											
Church et al (2015)	EE.UU.	ECA	16	SA-45																																																																																																											
Stapleton et al (2013)	Australia	ECA	45	SA-45																																																																																																											

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Características de la intervención/población/ estudios incluidos	Resultados	Conclusiones de los autores	Calidad del estudio /riesgo de sesgo																												
				<p>Tamaño del efecto pre y posintervención</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Referencia (autor, año)</th> <th>Tipo de estudio</th> <th>Diferencia pre-test-post-test</th> <th>valor p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stapleton et al, 2014</td> <td>Estudio observacional</td> <td>-29</td> <td>0,028</td> </tr> <tr> <td>Stapleton et al, 2011</td> <td>ECA</td> <td>-23</td> <td>0,01</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguridad: las autoras informan que la mayoría de los estudios no observaron efectos adversos, pero no está recogido que estudios.</p>	Referencia (autor, año)	Tipo de estudio	Diferencia pre-test-post-test	valor p	Stapleton et al, 2014	Estudio observacional	-29	0,028	Stapleton et al, 2011	ECA	-23	0,01																		
Referencia (autor, año)	Tipo de estudio	Diferencia pre-test-post-test	valor p																															
Stapleton et al, 2014	Estudio observacional	-29	0,028																															
Stapleton et al, 2011	ECA	-23	0,01																															
Chatwin 2016 (24) Australia	<p>Diseño: estudio piloto ECA</p> <p>Objetivos: evaluar la efectividad de la TCC y las TLE en el tratamiento de la depresión y ansiedad comórbida.</p> <p>Localización y período de realización Universidad de Bond (Australia).</p>	<p>Población Personas evaluadas mediante un cribado realizado con la escala MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiática Internacional) telefonicamente, con resultado de trastorno depresivo mayor.</p> <p>Intervención 8 semanas de TCC o TLE en formato grupal. La TCC se implementó mediante protocolos estandarizados. Las TLE se basaron en protocolos estandarizados y fueron desarrolladas por terapeutas formados en el campo.</p> <p>Comparación Sin tratamiento.</p> <p>Resultados analizados Sintomatología depresiva.</p> <p>Tiempo de seguimiento 3-6 meses.</p>	<p>Nº participantes Intervención TLE: 6. Intervención TCC: 4.</p> <p>Ninguna intervención 57.</p> <p>Método de enmascaramiento No informa.</p> <p>Método de aleatorización Programa informático.</p> <p>Pérdidas post aleatorización 7 (el grupo inicial era de 17 personas).</p> <p>Instrumentos empleados MINI, BDI-2, DASS-21.</p>	<p>Eficacia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Grupo TCC Media±DE</th> <th>Grupo TLE Media±DE</th> <th>Control Media±DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DASS-21 al inicio</td> <td>7,75±4,99</td> <td>6,67±4,13</td> <td>1,93±3,16</td> </tr> <tr> <td>DASS-21 3 meses post-intervención</td> <td>2,75±2,75</td> <td>3,83±3,54</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>DASS-21 6 meses post intervención</td> <td>3,25±4,03</td> <td>5,17±4,79</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>BDI-2 al inicio</td> <td>30±9,20</td> <td>30,67±11</td> <td>2,46±3,31</td> </tr> <tr> <td>BDI-2 3 meses post intervención</td> <td>11±12,08</td> <td>20±10,88</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>BDI-2 3 meses post intervención</td> <td>16±12,19</td> <td>22,50±12,14</td> <td>---</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguridad: No se recogieron variables relacionadas con la seguridad.</p>	Variable	Grupo TCC Media±DE	Grupo TLE Media±DE	Control Media±DE	DASS-21 al inicio	7,75±4,99	6,67±4,13	1,93±3,16	DASS-21 3 meses post-intervención	2,75±2,75	3,83±3,54	---	DASS-21 6 meses post intervención	3,25±4,03	5,17±4,79	---	BDI-2 al inicio	30±9,20	30,67±11	2,46±3,31	BDI-2 3 meses post intervención	11±12,08	20±10,88	---	BDI-2 3 meses post intervención	16±12,19	22,50±12,14	---	<p>Los resultados proporcionan evidencia que sugiere que las TLE pueden ser un tratamiento efectivo para la reducción de la depresión y ansiedad comórbida en adultos.</p> <p>Comentarios Este estudio tuvo varias limitaciones: muestra pequeña, gran pérdida post aleatorización.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses Sin conflicto de intereses y sin información sobre la financiación.</p>	Riesgo de sesgo: ALTO
Variable	Grupo TCC Media±DE	Grupo TLE Media±DE	Control Media±DE																															
DASS-21 al inicio	7,75±4,99	6,67±4,13	1,93±3,16																															
DASS-21 3 meses post-intervención	2,75±2,75	3,83±3,54	---																															
DASS-21 6 meses post intervención	3,25±4,03	5,17±4,79	---																															
BDI-2 al inicio	30±9,20	30,67±11	2,46±3,31																															
BDI-2 3 meses post intervención	11±12,08	20±10,88	---																															
BDI-2 3 meses post intervención	16±12,19	22,50±12,14	---																															

• Trastorno por estrés postraumático

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Características de los estudios incluidos	Resultados	Conclusiones de los autores	Calidad del estudio/riesgo de sesgo																																																								
Sebastian, 2017 (22) EE. UU.	<p>Diseño Revisión sistemática y metanálisis.</p> <p>Objetivos Evaluar la eficacia de las TLE en el tratamiento del TEPT, mediante un metanálisis de los ECAs existentes.</p> <p>Periodo de búsqueda Hasta febrero de 2015.</p> <p>Bases de datos PsychINFO, Google Scholar, MEDLINE, PubMed.</p>	<p>Población Pacientes con diagnóstico de TEPT</p> <p>Intervención Técnicas de liberación emocional (<i>emotional freedom techniques</i>)</p> <p>Comparación: terapia TCC o EMDR o pacientes en lista de espera (LE)</p> <p>Resultados analizados Puntuaciones obtenidas en las pruebas de evaluación de los síntomas de TEPT (PCL-M y PCL-C) y síntomas de ansiedad o depresión (SA-45, HADS, HSCL).</p> <p>Tiempo de seguimiento 6 meses.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos ECAs.</p> <p>Evaluación calidad de los estudios Criterios basados en la evidencia que se ajustan a los de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología.</p>	<p>Nº estudios incluidos: 7 ECAs</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Referencia</th> <th>Intervención</th> <th>Comparación</th> <th>Tamaño población</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Karatzias, et al (2011)</td> <td>Hasta 8 sesiones (1 hora)</td> <td>EMDR</td> <td>14 TLE vs 13 EMDR</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (2012)</td> <td>Una sesión</td> <td>LE (cuidado estándar)</td> <td>8 TLE vs 8 LE</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (2013)</td> <td>6 sesiones (1 hora)</td> <td>LE (cuidado estándar)</td> <td>30 TLE vs 29 LE</td> </tr> <tr> <td>Geronilla et al (2014)</td> <td>6 sesiones (1 hora)</td> <td>LE (cuidado estándar)</td> <td>32 TLE vs 26 LE</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (2015)</td> <td>6 sesiones de una hora</td> <td>LE (cuidado estándar)</td> <td>8 TLE vs 8 LE</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (in press)</td> <td>6 sesiones de una hora</td> <td>LE (cuidado estándar)</td> <td>12 TLE vs 9 LE</td> </tr> <tr> <td>Nemiro, et al (2015)</td> <td>8 sesiones de 2 horas y media</td> <td>TCC</td> <td>25 TLE vs 25 TCC</td> </tr> </tbody> </table> <p>Efectividad: el tamaño del efecto ponderado para los 7 estudios fue 2.96. Las comparaciones no mostraron una clara ventaja de un tratamiento sobre el otro, es decir, no se encontraron diferencias en el efecto del tratamiento en los estudios que compararon las TLE con las terapias habituales: EMDR o TCC.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Referencia</th> <th>PCL</th> <th>HSCL / HTQ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Karatzias, et al (2011)</td> <td>1,08 (0,38-1,73)</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (2012)</td> <td>Sin datos</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (2013)</td> <td>1,93 (1,28-2,58)</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Geronilla et al (2014)</td> <td>3,06 (2,30-3,82)</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (2015)</td> <td>2,18 (1,25-2,99)</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Church, et al (in press)</td> <td>6,63 (4,44-8,81)</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Nemiro, et al (2015)</td> <td>Sin datos</td> <td>1,26 (0,61-1,87) 2,29 (1,51-2,99)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Sin diferencias estadísticamente significativas. PCL: Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático; HSCL: lista de verificación de síntomas de Hopkins; HTQ: Harvard Trauma Questionnaire.</p> <p>Seguridad: los estudios analizados no informaron efectos adversos.</p>	Referencia	Intervención	Comparación	Tamaño población	Karatzias, et al (2011)	Hasta 8 sesiones (1 hora)	EMDR	14 TLE vs 13 EMDR	Church, et al (2012)	Una sesión	LE (cuidado estándar)	8 TLE vs 8 LE	Church, et al (2013)	6 sesiones (1 hora)	LE (cuidado estándar)	30 TLE vs 29 LE	Geronilla et al (2014)	6 sesiones (1 hora)	LE (cuidado estándar)	32 TLE vs 26 LE	Church, et al (2015)	6 sesiones de una hora	LE (cuidado estándar)	8 TLE vs 8 LE	Church, et al (in press)	6 sesiones de una hora	LE (cuidado estándar)	12 TLE vs 9 LE	Nemiro, et al (2015)	8 sesiones de 2 horas y media	TCC	25 TLE vs 25 TCC	Referencia	PCL	HSCL / HTQ	Karatzias, et al (2011)	1,08 (0,38-1,73)	-	Church, et al (2012)	Sin datos	-	Church, et al (2013)	1,93 (1,28-2,58)	-	Geronilla et al (2014)	3,06 (2,30-3,82)	-	Church, et al (2015)	2,18 (1,25-2,99)	-	Church, et al (in press)	6,63 (4,44-8,81)	-	Nemiro, et al (2015)	Sin datos	1,26 (0,61-1,87) 2,29 (1,51-2,99)	<p>Las TLE mostraron ser un tratamiento eficaz y seguro para el TEPT en menos de 10 sesiones.</p> <p>Comentarios No todas las escalas son exclusivas de TEPT. Conflicto de intereses Sin conflicto de intereses.</p> <p>Financiación Por el Instituto Nacional de Cuidados Integrativos (<i>National Institute for Integrative Health Care</i>)</p>	Críticamente baja
Referencia	Intervención	Comparación	Tamaño población																																																											
Karatzias, et al (2011)	Hasta 8 sesiones (1 hora)	EMDR	14 TLE vs 13 EMDR																																																											
Church, et al (2012)	Una sesión	LE (cuidado estándar)	8 TLE vs 8 LE																																																											
Church, et al (2013)	6 sesiones (1 hora)	LE (cuidado estándar)	30 TLE vs 29 LE																																																											
Geronilla et al (2014)	6 sesiones (1 hora)	LE (cuidado estándar)	32 TLE vs 26 LE																																																											
Church, et al (2015)	6 sesiones de una hora	LE (cuidado estándar)	8 TLE vs 8 LE																																																											
Church, et al (in press)	6 sesiones de una hora	LE (cuidado estándar)	12 TLE vs 9 LE																																																											
Nemiro, et al (2015)	8 sesiones de 2 horas y media	TCC	25 TLE vs 25 TCC																																																											
Referencia	PCL	HSCL / HTQ																																																												
Karatzias, et al (2011)	1,08 (0,38-1,73)	-																																																												
Church, et al (2012)	Sin datos	-																																																												
Church, et al (2013)	1,93 (1,28-2,58)	-																																																												
Geronilla et al (2014)	3,06 (2,30-3,82)	-																																																												
Church, et al (2015)	2,18 (1,25-2,99)	-																																																												
Church, et al (in press)	6,63 (4,44-8,81)	-																																																												
Nemiro, et al (2015)	Sin datos	1,26 (0,61-1,87) 2,29 (1,51-2,99)																																																												

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Características de los estudios incluidos	Resultados	Conclusiones de los autores	Calidad del estudio/riesgo de sesgo																																																																
Church 2018 (25). EE. UU.	<p>Diseño ECA</p> <p>Objetivos Evaluar los resultados de las TLE sobre los síntomas de TEPT y su expresión genética asociada.</p> <p>Localización y período de realización California, 10 semanas de duración.</p>	<p>Población Veteranos con sintomatología clínica de TEPT.</p> <p>Intervención Técnicas de liberación emocional.</p> <p>Comparación: Control: lista de espera, después de completar las 10 semanas de lista de espera recibían la intervención de TLE.</p> <p>Resultados analizados</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomatología TEPT Otra sintomatología clínica: ansiedad, depresión, otros Cambios en los niveles de expresión de 4 genes de control: gliceraldehído 3-fosfato deshidrogenasa, ACTB, IGSF6 y RPL19. 	<p>Nº participantes N=18.</p> <p>Intervención grupo experimental N=7 técnicas de liberación emocional.</p> <p>Intervención grupo control N=9 lista de espera.</p> <p>Método enmascaramiento No informa.</p> <p>Método de aleatorización No informa.</p> <p>Pérdidas post aleatorización</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupo experimental: 2 Grupo control: 0 <p>Instrumentos empleados SA-45, PCL-M</p> <p>Tiempo de seguimiento 3 y 6 meses</p>	<p>Eficacia</p> <p>Comparación de puntuaciones pre y post-intervención</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variable</th> <th colspan="2">Pretest (n=16)</th> <th colspan="2">Antes de la primera sesión (n=16)</th> <th colspan="2">Tras 10 sesiones (n=16)</th> <th colspan="2">3 meses (n=13)</th> <th colspan="2">6 meses (n=10)</th> </tr> <tr> <th>Media</th> <th>DE</th> <th>Media</th> <th>DE</th> <th>Media</th> <th>DT</th> <th>Media</th> <th>DE</th> <th>Media</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PCL-M total</td> <td>62,69</td> <td>9,506</td> <td>59,63</td> <td>8,318</td> <td>37,06</td> <td>13,675</td> <td>41,77</td> <td>17,247</td> <td>42</td> <td>17,898</td> </tr> </tbody> </table> <p>Diferencia de medias del PCL-M pre-test y tras 10 sesiones de TLE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variable</th> <th colspan="2">Pretest (n=16)</th> <th colspan="2">10 sesiones (n=16)</th> <th rowspan="2">Diferencia</th> <th rowspan="2">Valor p</th> </tr> <tr> <th>Media (DE)</th> <th>Media(DE)</th> <th>Media(DE)</th> <th>Media(DE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PCL-M total</td> <td>62,69 (9,51)</td> <td>37,06 (13,68)</td> <td>25,63</td> <td><,00001</td> </tr> </tbody> </table> <p>Medias y DE de los síntomas después de la prueba y a los 6 meses de seguimiento.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variable</th> <th colspan="2">Después de 10 sesiones, n = 16</th> <th colspan="2">6 meses, n = 10</th> <th rowspan="2">P</th> </tr> <tr> <th>Significar</th> <th>SD</th> <th>Significar</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PCL-M total</td> <td>37,06</td> <td>13,675</td> <td>42</td> <td>17,898</td> <td>0,215</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguridad Sin efectos adversos.</p>	Variable	Pretest (n=16)		Antes de la primera sesión (n=16)		Tras 10 sesiones (n=16)		3 meses (n=13)		6 meses (n=10)		Media	DE	Media	DE	Media	DT	Media	DE	Media	DE	PCL-M total	62,69	9,506	59,63	8,318	37,06	13,675	41,77	17,247	42	17,898	Variable	Pretest (n=16)		10 sesiones (n=16)		Diferencia	Valor p	Media (DE)	Media(DE)	Media(DE)	Media(DE)	PCL-M total	62,69 (9,51)	37,06 (13,68)	25,63	<,00001	Variable	Después de 10 sesiones, n = 16		6 meses, n = 10		P	Significar	SD	Significar	SD	PCL-M total	37,06	13,675	42	17,898	0,215	<p>10 sesiones de TLE se asocian con una reducción significativa en los síntomas de TEPT.</p> <p>Comentarios</p> <p>Este estudio tiene varias limitaciones: falta de grupo control con un tratamiento establecido como eficaz para el TEPT; una parte del cambio puede deberse a aspectos específicos de la terapia; el tamaño de la muestra era pequeño; ausencia de un diagnóstico establecido por un profesional de salud mental.</p> <p>Conflicto de intereses Sin conflicto de intereses. Financiación Sin financiación.</p>	Riesgo de sesgo: ALTO
Variable	Pretest (n=16)		Antes de la primera sesión (n=16)			Tras 10 sesiones (n=16)		3 meses (n=13)		6 meses (n=10)																																																												
	Media	DE	Media	DE	Media	DT	Media	DE	Media	DE																																																												
PCL-M total	62,69	9,506	59,63	8,318	37,06	13,675	41,77	17,247	42	17,898																																																												
Variable	Pretest (n=16)		10 sesiones (n=16)		Diferencia	Valor p																																																																
	Media (DE)	Media(DE)	Media(DE)	Media(DE)																																																																		
PCL-M total	62,69 (9,51)	37,06 (13,68)	25,63	<,00001																																																																		
Variable	Después de 10 sesiones, n = 16		6 meses, n = 10		P																																																																	
	Significar	SD	Significar	SD																																																																		
PCL-M total	37,06	13,675	42	17,898	0,215																																																																	

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Características de los estudios incluidos	Resultados	Conclusiones de los autores	Calidad del estudio/riesgo de sesgo																						
Al-Hadethe, 2015 (23) Reino Unido	<p>Diseño ECA.</p> <p>Objetivos Evaluar la eficacia de las TLE y la terapia de exposición narrativa (NET) como tratamientos para el trastorno de estrés postraumático.</p> <p>Localización y periodo de realización Diciembre de 2012 - enero de 2013 en la ciudad de Bagdad (Irán).</p>	<p>Población Estudiantes iraquíes varones de entre 16 y 19 años que cumplían con los criterios del DSM-IV de TEPT (medidos por la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (SPTSS).</p> <p>Intervención TLE.</p> <p>Comparación Control.</p> <p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TEPT • Apoyo social • Afrontamiento religioso • Ansiedad • Depresión <p>Tiempo de seguimiento 3, 6, y 12 meses.</p>	<p>Nº participantes/grupo N=60.</p> <p>Intervención grupo experimental N=20 TLE (4 sesiones) N=20 NET (4 sesiones)</p> <p>Intervención grupo control N=20 control (sin tratamiento).</p> <p>Método enmascaramiento</p> <p>Método de aleatorización Generado por ordenador.</p> <p>Pérdidas post aleatorización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo intervención TLE: sin pérdidas. • Grupo control: sin pérdidas. <p>Instrumentos empleados Se administraron cinco escalas: *</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baghdad Trauma History Screen (BTHS) Pantalla de historial de trauma de Bagdad. • Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (SPTSS). • Estrategias de afrontamiento • Escala de apoyo social • Afrontamiento religioso • La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). <p>*Solo se recogen los resultados que evalúen el TEPT.</p>	<p>Eficacia *Solo se recogen los resultados que evalúen el TEPT. Reducción media en el TEPT medido mediante la escala (SPTSS).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Grupos</th> <th>Diferencia Media</th> <th>IC 95%</th> <th>Test ANCOVA</th> <th>Tamaño del efecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">PTSD</td> <td>TLE</td> <td>2,67</td> <td>(6,07 to 3,82)</td> <td>5,36*</td> <td>1,45</td> </tr> <tr> <td>NET</td> <td>1,96</td> <td>(0,175 to 9,92)</td> <td>2,17*</td> <td>0,66</td> </tr> <tr> <td>Control</td> <td>-1,94</td> <td>(-5,00 to 0,80)</td> <td>-1,51</td> <td>-0,21</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>	Variable	Grupos	Diferencia Media	IC 95%	Test ANCOVA	Tamaño del efecto	PTSD	TLE	2,67	(6,07 to 3,82)	5,36*	1,45	NET	1,96	(0,175 to 9,92)	2,17*	0,66	Control	-1,94	(-5,00 to 0,80)	-1,51	-0,21	<p>Tanto la TLE como la NET tienen efectividad para reducir el TEPT y la ansiedad y la depresión con estudiantes varones de secundaria, pero eso, no significa que esto sea efectivo exclusivo para los hombres.</p> <p>Comentarios Estudio realizado solo en varones. Las mujeres fueron excluidas ya que fue difícil obtener el permiso de las escuelas femeninas para realizar este estudio. Tamaño muestral bajo. Datos obtenidos de cuestionarios autocumplimentados, en lugar de realizar entrevistas clínicas. los grupos de TLE y NET partieron de unos niveles basales, de la puntuación de TEPT, menores que el grupo control.</p> <p>Conflicto de intereses Sin información.</p> <p>Financiación Ministerio de Sanidad de Irak.</p>	ALTO
Variable	Grupos	Diferencia Media	IC 95%	Test ANCOVA	Tamaño del efecto																							
PTSD	TLE	2,67	(6,07 to 3,82)	5,36*	1,45																							
	NET	1,96	(0,175 to 9,92)	2,17*	0,66																							
	Control	-1,94	(-5,00 to 0,80)	-1,51	-0,21																							

Nota: ACT: terapia de aceptación y compromiso; BDI-II: inventario de depresión de Beck; DASS: escala de ansiedad y depresión; DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scales; ECAs: estudios controlados aleatorizados; EMDR: terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares; HADS: escala de ansiedad y depresión hospitalaria; MBM: mantra-based meditation; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; NIIH: National Institute for Integrative Healthcare; PCL-M: PTSD Checklist-Military Version; POMS: cuestionario de estados de humor; SA-45: cuestionario de evaluación de síntomas; TAU: tratamiento habitual; TDM: Trastorno Depresivo Mayor; TEPT: Trastorno de estrés postraumático; TF-CBT: Terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma; TLE: técnicas de liberación emocional

*En el último estudio incluido, TLE, es sinónimo de terapia cognitiva+somática.

Anexo E. Artículos excluidos

Referencia bibliográfica	Motivo exclusión
RS	
Metcalfe O, Varker T, Forbes D, Phelps A, Dell L, DiBattista A, et al Efficacy of Fifteen Emerging Interventions for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. Journal of Traumatic Stress. 2016 Feb;29(1):88-92. PubMed PMID: 26749196.	Revisión sistemática con un solo ECA que evalúa las TLE en el TEPT y que ya está incluido en la RS de Sebastian et al más reciente e incluida en el informe.
Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Stockton S, Meiser-Stedman R, et al Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2020 Jan;61(1):18-29. PubMed PMID: 31313834.	RS con un objetivo muy amplio que, en relación con las TLE solo incluyó un ECA que evalúa esta intervención en el TEPT. Se incluyó solo el ECA y se excluyó la RS.
ECAs	
Gaesser AH, Karan OC. A Randomized Controlled Comparison of Emotional Freedom Technique and Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Adolescent Anxiety: A Pilot Study. Journal of Alternative & Complementary Medicine. 2017 Feb;23(2):102-8. PubMed PMID: 27642676.	No especifica ningún diagnóstico de ansiedad.
Church D, Sparks T, Clond M. EFT (Emotional Freedom Techniques) and Resiliency in Veterans at Risk for PTSD: A Randomized Controlled Trial. Explore (New York, NY). 2016 Sep-Oct;12(5):355-65. PubMed PMID: 27543343. English.	Los participantes tienen niveles subclínicos y no diagnóstico de TEPT.
Mehdipour A, Abedi P, Ansari S, Dastoorpoor M. The effectiveness of emotional freedom techniques (EFT) on depression of postmenopausal women: a randomized controlled trial. J Complement Integr Med. 2021 May 19. PubMed PMID: 34013673.	Mujeres con sintomatología de depresión leve y moderada, pero excluyeron aquellas con depresión grave/severa. No indica diagnóstico de TDM.

Fuente: elaboración propia.

Anexo F. Estudios en marcha

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño /financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/ comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42021271918 Brasil	Estado Selección formal de los resultados de la búsqueda en función de los criterios de inclusión. Inicio Agosto, 2021 Finaliza Noviembre, 2021?	Tipo de estudio Revisión sistemática. Tipos de estudios incluidos: RS (con o sin metanálisis) y ECAs. Financiación Programa Unificado de Becas de la Universidad de San Paulo.	-	Objetivos Evaluar la efectividad de las TLE para trastornos psicológicos en comparación a los tratamientos convencionales. Variables Puntuaciones obtenidas en las escalas de evaluación de los trastornos psicológicos evaluados (p.e.: VAS).	Intervención técnicas de liberación emocional. Comparador placebo, ningún tratamiento o cualquier otro tipo de intervención.	Criterios de inclusión <ul style="list-style-type: none"> Estudios que utilicen las técnicas de liberación emocional en trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, TEPT, estrés y dolor crónico. Comparación de placebo, ningún tratamiento o cualquier otro tipo de intervención. Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> RS llevadas a cabo con estudios primarios realizados en animales. RS que no utilizan las TLE en comparación con otros tratamientos convencionales. RS que evalúan los puntos de la acupuntura para verificar la calidad de las TLE como tratamiento. Datos inéditos, reseñas, cartas al editor y comunicaciones personales.
https://trialssearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=TCTR20200104002 Irán	Estado Activo, fase 2/fase 3 Inicio Enero, 2020 Finaliza No indicado	Tipo de estudio ECA <ul style="list-style-type: none"> Asignación: aleatoria Modelo de intervención: NI Enmascaramiento: NI Financiación <ul style="list-style-type: none"> Universidad de Medicina de Ahvaz, Jundishapur. 	NI	Objetivos Estudiar el efecto de las TLE en mujeres postmenopáusicas con depresión. Variables <ul style="list-style-type: none"> Puntuación obtenida en el BDI-II después de 2 meses desde la finalización del tratamiento. 	Intervención Dos sesiones de entrenamiento en las TLE. Comparador Punto falso.	Criterios de inclusión <ul style="list-style-type: none"> Educación secundaria No tener el período menstrual desde hace 1 año o un test hormonal de la menopausia Mujeres adultas entre 45 y 60 años. Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> Estar recibiendo tratamiento psiquiátrico, farmacológico o psicoterapia. Menopausia artificial, mediante medicación o cirugía Problemas de tiroides (hiper o hipo). Uso de medicación hormonal. Eventos estresantes en los últimos meses, como pérdida de un ser querido. Antecedentes de abuso de alcohol y drogas.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño /financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
https://ClinicalTrials.gov/show/NCT04355091 Turquía	Estado Completado Inicio Julio, 2019 Finaliza No indicado	Tipo de estudio <ul style="list-style-type: none"> Asignación: aleatoria Modelo de intervención: asignación paralela Enmascaramiento: no Financiación <ul style="list-style-type: none"> Universidad de Estambul? 	140	Objetivos Evaluar la eficacia de las TLE en la depresión postparto Variables <ul style="list-style-type: none"> Primarias: cambio en la puntuación obtenida en la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), entre la línea base y a los 6 meses Secundarias: cambio en la puntuación obtenida en la escala de estilos de afrontamiento ante el estrés y el STAI a los 6 meses 	Intervención TLE, el número de sesiones se decidió en base a la condición de la mujer embarazada. Comparador sin intervención	Criterios de inclusión <ul style="list-style-type: none"> 18-49 años de edad Tener graduado de educación primaria. Estar embarazada de entre 13-30 semanas. No tener un embarazo de riesgo. Tener un embarazo espontáneo. Tener un feto único y vivo. No tener enfermedades físicas graves y crónicas o discapacidad. Ausencia de infección, heridas o cicatrices en las áreas de estimulación. Criterios de exclusión Ninguno.
https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42022313816 China	Finalización 16 abril 2022	Revisión sistemática en marcha. Financiación Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina China de Changchun	-	Objetivos Explorar los efectos de intervención de las técnicas de liberación emocional sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. Variables <ul style="list-style-type: none"> Principales medidas de resultado: ansiedad, depresión. Secundarias: calidad de vida. 	Intervención Técnicas de liberación emocional en el grupo experimental, incluyendo golpear los puntos de acupuntura relevantes y recitar las indicaciones en voz alta. Comparador Enfermería de rutina, otras intervenciones no TLE o no recibió ninguna intervención.	Se incluirán los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas que incluyen principalmente diabetes, EPOC, enfermedad coronaria, hipertensión. Se excluirán los estudios que incluyeron pacientes menores de 18 años.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TLE: técnicas de liberación emocional.

Fuente: elaboración propia.

