

Dos Técnicas Para Trabajar El Trauma: Hipnosis y Brainspotting

Marta Rodríguez Álvarez

1. Introducción: Hipnosis y Brainspotting

El objetivo de este trabajo es describir y encontrar similitudes entre dos técnicas de intervención terapéutica en psicoterapia: hipnosis y brainspotting, la primera de ellas con una larga y consolidada trayectoria, y la otra, derivada del EMDR, mucho más reciente y con mucho por descubrir e investigar. Hay que destacar que la hipnosis es una completa técnica que se puede emplear en multitud de trastornos, y el brainspotting es mucho más específico para el trabajo con trauma. A lo largo del trabajo veremos las similitudes entre ambas, en lo referente al abordaje y tratamiento del trauma psicológico, tanto simple como complejo. El punto fundamental de similitud que en este sentido se puede encontrar entre ambas a priori es que las dos permiten a la persona acceder de manera natural y rápida a la parte no consciente de la mente. Esto permite hacer un trabajo terapéutico a niveles profundos, y accediendo a sensaciones, emociones, recuerdos y material inconsciente muy relevante para poder ayudar al paciente en la sanación de sus problemas psicológicos. Dicho material relacionado con el trauma o problema permanece normalmente inaccesible o bien es indescifrable para la mente consciente en vigilia, como por ejemplo un síntoma somático que esconde una causa emocional o traumática (el síntoma se percibe perfectamente por la mente consciente, pero permanece oculta a la consciencia la causa u origen emocional del mismo). Por lo tanto, las herramientas que permitan poder acceder a la mente inconsciente y al material oculto en ella en un contexto terapéutico, son sin duda una valiosa ayuda para avanzar en la solución del problema y en la integración armoniosa de ese material no consciente.

1.1. Hipnosis

La hipnosis clínica es un método terapéutico con una larguísima trayectoria, ya que sabemos que egipcios y griegos utilizaban técnicas similares a ella para sugestionar o inducir trances curativos en las personas. A partir del siglo XVIII empieza a ser utilizada de forma más intensa, a raíz del descubrimiento del llamado "magnetismo animal", por Franz Anton Mesmer. La hipnosis, más semejante a la que conocemos hoy, empezó hace dos siglos en Francia, cuando Braid, en 1843 empezó a emplear la palabra "hipnosis", derivada de "hypnos", que significa sueño en griego. En 1958, la Asociación Médica Americana recomendó su uso en Estados Unidos, y desde entonces se han realizado y se realizan multitud de investigaciones sobre su eficacia y su funcionamiento. Hoy en día es sin duda uno de los recursos terapéuticos más contrastadamente eficaces

usados por profesionales de la psicología, psiquiatría y medicina.

La hipnosis es un procedimiento en el que un especialista, habitualmente tras realizar una inducción hipnótica (que puede tener formas muy diferentes como son sugestionamiento de calma, bienestar y relajación), sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta. Las sugestionamientos son comunicaciones verbales capaces de estimular respuestas motrices o sensoriales en quien las escucha. Hay la posibilidad de retrasar la respuesta a una sugestión dada, de modo que el sujeto pueda experimentar cualquiera de las sensaciones descritas después de terminado el procedimiento hipnótico, en su contexto habitual. A este interesante efecto se le denomina sugestión posthipnótica. El uso de la hipnosis con fines terapéuticos y en un contexto clínico se conoce como hipnoterapia. Para Spiegel y Spiegel (2004), existen tres condiciones que deben existir para poder hablar de hipnosis: **sugestionabilidad, disociación, y focalización de la atención.**

Normalmente, una sesión de hipnosis comienza con una inducción, que consiste en verbalizaciones sugestivas que guían al sujeto para concentrar su atención en su propia experiencia interna. Así, la persona entra en el llamado trance hipnótico, que es un estado de intensa atención interior. Pese a la falsa y extendida creencia popular, en ningún caso, ninguna una sugestión hipnótica puede hacer que una persona haga algo en contra de su voluntad, ya que ésta se mantiene consciente en todo momento y en perfecto control, de manera que podría interrumpir el proceso en cualquier momento que lo deseara. Las sugestionamientos y el estado de trance hipnótico pueden ser también, y normalmente tras un entrenamiento previo, autoadministrados (**autohipnosis**).

La hipnosis es una herramienta o técnica terapéutica que se emplea en un contexto clínico. No se considera una terapia en sí misma, sino un poderoso y versátil método de trabajo psicoterapéutico. Siempre funcionará mejor y tendrá más potencia (al igual que el brainspotting o cualquier otra técnica) en una relación terapéutica de calidad, cuando entre terapeuta y paciente exista una relación sólida de empatía, confianza, honestidad y seguridad.

Se considera que la hipnosis es una **puerta abierta al mundo inconsciente** de la persona, una vía de acceso a la gran cantidad de recursos, recuerdos, habilidades, herramientas... que toda persona posee en las zonas no conscientes de su mente. Es útil y eficaz en gran

variedad de trastornos, entre los que podemos destacar fobias específicas, ansiedad, depresión, tabaquismo, refuerzo de atención y concentración, control del dolor, colon irritable, patologías dermatológicas, estrés posttraumático...

1.2. Brainspotting

Brainspotting es una técnica derivada del EMDR. EMDR es un acrónimo en inglés de "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares), que fue creado y desarrollado por la doctora Francine Shapiro en 1987. Como su nombre indica, se trata de una técnica terapéutica utilizada en contextos clínicos con el fin de desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos de una manera natural. En el proceso con EMDR, el terapeuta identifica un problema específico que será el foco del tratamiento. Mientras el paciente hace movimientos oculares u otra estimulación bilateral (visual, auditiva o kinestésica) le van llegando a la mente otras partes del recuerdo traumático en forma de sensaciones, imágenes, recuerdos... El/la terapeuta guía el proceso, tomando decisiones sobre la intervención. El objetivo es que el paciente procese la información sobre el trauma, llevándolo a una resolución adaptativa del mismo, y cesando los síntomas que le trajeron a consulta.

El **brainspotting**, por su parte, fue descubierto por David Grand en 2003, quien empleaba EMDR en sus sesiones. Consiste, de manera esquemática, en localizar y tratar en el cuerpo y el cerebro las zonas o cápsulas donde están encerrados los traumas o los recursos y habilidades positivas del paciente.

Considero interesante reproducir el relato del autor sobre el día en que descubrió este mecanismo, y él mismo encuentra relación con el trance hipnótico al narrarlo. Lo cuenta así:

"Descubrí brainspotting, y realmente no descubrí nada. Mirando en otras direcciones se ha utilizado con otras técnicas: PNL, hipnosis, y otras. Pero también cuando investigamos, vemos se fue utilizado por curanderos y chamanes arcaicos, así que realmente no descubro nada. Simplemente me topé con algo que estaba allí justo en frente de mi cara y me di cuenta de que había algo que podría utilizar. Yo estaba haciendo una versión de EMDR, que es desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos de los ojos. Cuando digo mi versión, lo que estaba haciendo eran movimientos muy lentos de los ojos con una patinadora de hielo. Y estábamos tratando de abrirnos paso en algo que ella no podía conseguir, un salto llamado triple bucle que necesitaba hacer para un programa de actuación tanto corto como largo. Todo lo demás se había despedido con el trabajo previo pero ella se atascaba en eso. Y mientras atravesábamos su campo visual, justo antes del puente de su nariz, su ojo empezó a temblar espectacularmente y se quedó inmóvil en ese lugar. Cuando sucedió eso, yo sentí como si una mano agarrara mi muñeca y bloqueara mi dedo de manera

que me retenía justo en frente del lugar donde se produjo el temblor y la congelación. Y durante los siguientes diez minutos, brotó un torrente de información y experiencias procesadas. Se sintió muy emocionada en unos momentos y muy liberada en otros. Lo que salía era trauma tras trauma tras trauma...Fueron fascinantes dos cosas: la primera fue que se trataba de traumas que no habían salido, algunos de ellos versaban sobre la pista de patinaje y sobre lesiones. Algunos de ellos eran asuntos familiares con sus padres peleando. Pero muchas de ellas eran traumas nuevos que nunca habían salido en el proceso que había hecho con ella durante ese año de tratamiento. Y la segunda fue que un montón de cosas que pensé que habíamos resuelto se reabrieron y procesaron a un nivel más profundo. A la mañana siguiente ella me llamó desde la pista de práctica. Estaba muy emocionada. Me dijo, "David, David, acabo de hacer triple salto sin problema!" Y nunca más tuvo problema con él después de eso. Lo que sucedió para mí, en ese momento quiero decir, fue realmente espectacular, así que me pregunté si había algo allí que pudiera aplicarse a otros clientes. Así al hacer estos movimientos oculares lentos, empecé a buscar estos problemas con el ojo, el ojo se tambalea, anomalías del ojo, y cada vez que veía uno, me detenía allí y sólo le decía a la persona, "quédate mirando a mi dedo y observa qué pasa."Y en casi todos los casos empezaron a entrar en un tipo de procesamiento más profundo, más centrado que el que conseguían con el trabajo que estaba haciendo previamente. Y el trabajo que estaba haciendo previamente era muy eficaz y potente, así que esto realmente llamó tanto mi atención que fue un avance hacia otro nivel".

Un "Brainspot" (Punto del Cerebro) es una posición del ojo directamente relacionada con la activación emocional de un tema con carga traumática en el cerebro (se supone que en las zonas de la amígdala, el hipocampo o la corteza orbitofrontal). Y Cuando se estimula un Brainspot (Punto del Cerebro), aparece una respuesta refleja (tic, gesto, dilatación pupilar, respiración acelerada...). Mantener la atención fijamente en esa posición localizada del ojo, mientras se atiende interiormente a la experiencia traumática u otra experiencia objeto de intervención, estimula la **entrada en un trance que estimula un proceso de integración y curación profundo** dentro del cerebro. Se apoya el proceso mediante música bilateral, y empiezan a surgir sensaciones, informaciones, recuerdos... y se va dando un procesamiento que disminuye los síntomas y problemas que han traído a terapia a la persona. Brainspotting estimula y activa la capacidad propia y natural del cerebro para centrar la atención y presencia en la experiencia propia, autoescanearse, integrar material traumático y finalmente curarse del trauma.

Esta técnica es una herramienta, dentro de una buena relación clínica, para localizar, focalizar, procesar, y liberar neurobiológicamente experiencias y síntomas que consideramos que se encuentran en el inconsciente, fuera del alcance de la mente consciente y de sus capacidades narrativas, lógicas y cognitivas. Proporciona un

instrumento para acceder, diagnosticar y tratar gran variedad de trastornos como: trauma físico y emocional, enfermedades médicas relacionadas con estrés y trauma, fibromialgia y otros trastornos de dolor crónico, adicciones (en especial deseos obsesivos), fobias, asma, pánico y ansiedad, rendimiento deportivo y académico...

Algo interesante y prometedor es el hecho de que brainspotting, al igual que el trance hipnótico, es también muy útil para acceder y desarrollar estados internos de recursos y experiencias positivas. Se emplea con éxito para localizar brainspots relacionados con la creatividad, espiritualidad... y desarrollar cualidades o recursos específicos en las personas.

2. Trauma Psicológico

Pierre Janet empleó en 1919 una definición para el trauma psicológico, que se sigue considerando muy acertada: *"Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales"*

Hay varios elementos característicos del trauma, que esta definición contiene: la persona se ha visto sometida a una situación de **amenaza psicológica o física de la que le fue imposible escaparse** (pudo ser un hecho puntual como un atraco, o un estrés sostenido a lo largo del tiempo, como por ejemplo vivir con un padre verbalmente muy agresivo), y además **sus herramientas, habilidades o recursos disponibles no fueron eficaces** o no los pudo utilizar en ese momento. En resumen, no pudo enfrentarse a la amenaza eficazmente, ni tampoco pudo huir de ella.

Citando a Mario Salvador, en su artículo "Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia": *"Hoy sabemos cómo durante la experiencia traumática hay una desregulación bioquímica debido a que la amígdala permanece hiperactivada ante una percepción de peligro, incluso cuando ya ha acontecido. Esta hiperactivación genera un exceso de cortisol que inhibe la actividad del hipocampo; núcleo del sistema límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la temporalización de las mismas. Es decir, sin la intervención del hipocampo las vivencias no podrán ser convertidas en experiencias narrativas con un final y una ubicación en la línea temporal de nuestro ciclo vital. En otras palabras, las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial, en las capas subcorticales de nuestro sistema neurológico. Estas vivencias que no han sido*

"integradas" permanecen activas y siguen influenciando nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que somos conscientes".

Entonces, la mente no permite que nuestra mente procese esas experiencias y los recuerdos, sensaciones... de la experiencia traumática continúa existiendo en ella, y pudiendo ir causando a lo largo del tiempo gran variedad de síntomas como cambios de humor, de comportamiento, ansiedad, fobias, insomnio, evitación, flashbacks, pesadillas, ansiedad generalizada...

En las enfermedades psiquiátricas, se estima que más del 50% de los pacientes tienen antecedentes de haber sufrido un trauma grave. El trauma es una experiencia que no puede ser almacenada como un recuerdo en el pasado, si no que permanece presente, provocando siempre una reacción emocional intensa. Entre las secuelas o consecuencias psicológicas del trauma pueden estar los ataques de pánico, fobias, ansiedad generalizada, depresión, profundos sentimientos de culpa, autolesiones, trastorno de estrés posttraumático, enfermedades psicosomáticas...

El papel terapéutico durante el trabajo con personas traumatizadas incluirá crear un ambiente de sintonía con cada paciente, sostener su experiencia y su relato y crear una buena relación terapéutica. Una vez creada, es momento de valorar la utilización de técnicas o procedimientos específicos para trabajar el trauma y empezar a convertir en una narración comprensible toda la información no procesada adecuadamente que trae la persona con trauma. El objetivo principal es integrar los recuerdos, sensaciones e historias no asimiladas correctamente.

3. Evidencias De La Eficacia De La Hipnosis Y El Brainspotting En El Tratamiento Del Trauma

3.1. Eficacia De La Hipnosis En Tratamiento De Trauma

Desde un punto de vista terapéutico, la hipnosis cumpliría la función de recuperar el material traumático disociado o reprimido, reconectar las emociones y el material recordado, y transformar e integrar los recuerdos traumáticos.

Existen **multitud de informes anecdóticos y estudios de caso que sostienen que la hipnosis tiene una gran eficacia en el tratamiento del trauma**. Hay una larga trayectoria registrada por escrito acerca de su uso y eficacia. Desde aquel caso registrado en 1813 por médicos holandeses para tratar un proceso de duelo traumático (cf. Vijselaar y van der Hart, 1992). Los ejércitos Estadounidense y Británico utilizaron la hipnosis en víctimas de la guerra (p. ej., Myers, 1916). W. H. Rivers usó la hipnosis y la reestructuración cognitiva (le llamó "re-educación") con pacientes posttraumáticos. Southard y Fenton (1919) describieron 27 curas 'milagrosas' con técnicas hipnóticas, aunque también recomendaron un proceso de reeducación como

coadyuvante. Hadfield realizó una investigación más sistemática con pacientes de la Primera Guerra Mundial. En un seguimiento con 100 pacientes tratados con "hipnoanálisis", un 90% había logrado una buena adaptación laboral dieciocho meses después de su servicio militar (Hadfield, 1944). Balson y Dempster (1980) describieron el tratamiento de 15 veteranos de Vietnam con condiciones postraumáticas crónicas o agudas. Los autores utilizaron la hipnosis para fomentar la abreacción, dentro de un contexto psicodinámico. Concluyeron que en el seguimiento, conducido entre 4-24 meses después de finalizar el tratamiento, 12 de los 15 pacientes se mantenían. Varios estudios de caso, con limitaciones metodológicas, sugieren que las técnicas hipnóticas son útiles con víctimas de asalto sexual y violación (Benningfield, 1992; Ebert, 1988, Manning, 1996; Phillips, 1993; Roth y Batson, 1993; Smith, 1991; D. Spiegel, 1989.), accidentes automovilísticos (Kingsbury, 1988; Leung, 1994), víctimas del holocausto (Somer, 1994) y recuperación de la conciencia durante cirugía (Peebles, 1989). (De Etzel Cardeña, José Maldonado, María José Galdón y David Spiegel, 1999).

El estudio riguroso de Brom, Kleber y Defare, (1989) cumple los criterios metodológicos establecidos por Chambless y Hollon (1998), de acuerdo a la revisión de Cardeña (2000). Estos autores compararon los efectos de la hipnoterapia, la desensibilización sistemática y la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del estrés postraumático. El resultado fue que las tres intervenciones mostraron ser más eficaces que el grupo control de lista de espera al final del tratamiento, y en seguimiento a los tres meses. El grupo de hipnosis necesitó menos sesiones de tratamiento que los otros grupos, siendo, junto con el de desensibilización sistemática, más eficaz que la terapia psicodinámica en el tratamiento de los síntomas específicos intrusivos (Brom, Kleber y Defare, 1989). Otro estudio sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo (Bryant et al., 2005) comparó la hipnosis como coadyuvante de la terapia cognitivo-conductual, la terapia cognitivo-comportamental sola, y solo asesoramiento de apoyo. Al final del tratamiento, la mejor de las tres intervenciones en la mejora de los síntomas de reexperimentación fue la que incluyó hipnosis, y en seguimiento a los tres y seis meses fue equivalente al tratamiento cognitivo-conductual solo. Ambas intervenciones fueron mejores que el asesoramiento de apoyo.

Es recomendable la realización de más investigaciones para que la hipnosis pueda ser reconocida como un tratamiento con fuerte apoyo empírico para pacientes con secuelas postraumáticas, si bien **se considera actualmente una intervención muy prometedora en la mejora de los síntomas de víctimas de trauma**. Además, hay varias razones por las que la hipnosis y técnicas afines se consideran una intervención muy recomendable en estos pacientes: los pacientes post traumáticos tienden a ser buenos sujetos hipnóticos, por lo que se sabe que responden especialmente bien a las intervenciones hipnóticas; las técnicas hipnóticas son

fácilmente integrables en enfoques terapéuticos muy variados; y además estos pacientes suelen sufrir síntomas disociativos, por lo que se pueden usar técnicas hipnóticas para re-estructurar y para generar fenómenos disociativos con fines terapéuticos. Finalmente, apuntar que, como hemos visto, **la evidencia clínica sugiere de forma consistente y reiterada en el tiempo que la hipnosis con frecuencia facilita, potencia y acorta las terapias**.

3.2. Eficacia Del Brainspotting En Tratamiento De Trauma

Como ya se ha visto, el brainspotting es una técnica reciente, lo que va a limitar el número de estudios y evidencias empíricas que se han podido realizar acerca de su eficacia, sin embargo veremos que las primeras evidencias ofrecen unos resultados muy prometedores y optimistas acerca de su efectividad.

Teniendo en cuenta que es una técnica derivada del **EMDR** y con un procedimiento y mecanismo de actuación que se puede considerar muy similar, cabe mencionar que ésta cuenta con multitud de estudios de eficacia, como: Treatment of Vietnam War Veterans with PTSD: "A Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Biofeedback, and Relaxation Training Silver, Steven; Brooks, Alving; Obenchain, Jeane. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (1995): 337-342"; "An Empirical Evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with Survivors of a Natural Disaster Dailey Grainger, Ruth; Levin, Clifford; Allen-Byrd, Lois; Doctor, Ronald and Lee, Howard. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1997): 665-671"; "Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis Van Etten, Michelle and Taylor, Steven. *Psychol. Psychother.* 5 (1998): 126-144"... Recientemente, el Departamento de Defensa y el Department of Veteran Affairs (Departamento de Asuntos de Excombatientes) de EEUU han publicado varios informes que sitúan al EMDR dentro de la categoría de terapias con mayor nivel de evidencia científica, y recomiendan su uso en el tratamiento del trauma. El EMDR ha sido reconocida como un abordaje eficaz para el trastorno de estrés postraumático por la APA.

Respecto al **brainspotting** como técnica separada del EMDR, existen gran cantidad de estudios de casos individuales que avalan su eficacia. En cuanto a estudios rigurosos grupales, existen grupos de investigación que actualmente están diseñando investigaciones acerca de ello, y contamos todavía con apenas algún acercamiento como el estudio experimental del Dr. Javier Andereg (Effective treatments for generalized anxiety disorder. Tratamientos eficaces para el trastorno por ansiedad generalizada. Dr. Javier Andereg), quien comparó la eficacia del brainspotting con la terapia cognitivo-conductual y EMDR en 59 casos de ansiedad generalizada, con 19 pacientes a mayores en el grupo control. Los tres tratamientos lograron al final del estudio resultados significativos en la mayoría de

pacientes, siendo más eficaces aquellos logrados con EMDR y brainspotting. El estudio concluye que ambas son técnicas eficaces y a considerar en el tratamiento no solo del trauma, sino también de la ansiedad generalizada.

4. Similitudes Entre Hipnosis y Brainspotting

Ya se ha comentado que la hipnosis abarca un gran número de aplicaciones y trastornos, y que brainspotting se restringe más al tratamiento del trauma, y en este apartado voy a hacer una comparación entre ambas herramientas limitándome a su empleo en trabajos con trauma psicológico, y analizando las principales similitudes entre las dos, ya que fueron dichas similitudes las que llamaron mi atención a la hora de decidirme a tratar este tema. No es objetivo de este trabajo hacer un análisis riguroso y exhaustivo, sino comparar las semejanzas y puntos en común que entre las dos podría encontrar cualquier terapeuta familiarizado con ambas o que las emplee con frecuencia en su práctica clínica.

-La hipnosis para abordar traumas busca como objetivo fundamental acceder al inconsciente para integrar los recuerdos, emociones o sensaciones traumáticas que han quedado sin procesar y que son los que están provocando los síntomas o el malestar. En trabajo con trauma **se puede emplear la hipnosis de dos maneras fundamentales:** para traer a la conciencia y acceder a material no consciente relacionado con el trauma: recuerdos, eventos pasados..., exponiéndose a él de manera segura y controlada para producir la integración y el cese del malestar, y también se puede trabajar generando recursos inconscientes o induciendo un procesamiento profundo sin necesidad de traer recuerdos concretos. Ambas formas combinadas resultan potentes y eficaces, y se trabajará con cada una en función de diferentes variables y criterios. **El brainspotting para abordar traumas también va a trabajar con material no consciente y no procesado** adecuadamente, bien sean recuerdos, emociones, sensaciones corporales... Empleando en terapia esta herramienta, **también descubrimos esas dos maneras generales de trabajar:** en ocasiones surgen recuerdos concretos, imágenes pasadas, eventos concretos... y se realiza un trabajo integrativo con ellos a medida que surgen espontáneamente. En otras ocasiones, el trabajo integrativo se va produciendo a través de sensaciones corporales, quinesísticas... que, pese a no llegar a ser "traducidas" a lenguaje verbal o consciente, implican un procesamiento profundo, ya que la activación inicial y el malestar desaparecen o disminuyen, y los síntomas se atenúan sesión tras sesión.

-Tanto hipnosis como brainspotting se emplean como técnicas poderosas dentro de una buena relación terapéutica. Es decir, para acceder al verdadero potencial de ambas, es necesario que previamente haya un buen rapport entre terapeuta y paciente, que la persona que va a trabajar el trauma se sienta acogida, segura y comprendida, para poder acceder al proceso de

reprocesamiento y al material traumático. Hay autores que hablan de la "burbuja curativa", refiriéndose a ese ambiente de seguridad y aceptación incondicional en el que la persona va a ser capaz de desarrollar sus capacidades curativas y sanar del trauma. Cuando la persona se siente segura, confía en su terapeuta y se siente sostenida en su experiencia, entonces va a ser posible afrontar el trabajo con el trauma y realizar un buen proceso curativo.

- Uno de los supuestos básicos que ambas técnicas comparten es que el cerebro y la mente poseen capacidad para autosanarse, y la persona cuenta con los recursos internos adecuados para reprocesar el trauma y finalmente superarlo. En hipnosis es una máxima Ericksoniana que los hipnoterapeutas conocemos bien, que dentro del paciente están todos los recursos y capacidades para curarse a sí mismo. Por su parte, el descubridor del brainspotting sostiene que esta técnica, al conectar el brainspot con la zona cerebral que tiene encapsulada parte del trauma, activa la neuroplasticidad e incluso la neurogénesis cerebral. Es decir, activa la capacidad natural del cerebro de autocuración, estimulando el reprocesamiento del material de forma profunda. **En ambas se respeta totalmente y se acompaña el procesamiento individual y propio de cada persona**, por lo que el proceso fluye de forma muy natural y respetuosa en cada individuo, sin que el terapeuta imponga maneras forzadas o ajenas a la persona de ir reprocesando el material. Reprocese la persona a nivel visual, kinestésico, más o menos emocional, más o menos disociada... siempre que se aprecie que el trabajo transcurre bien y que el proceso está en los límites de tolerancia, el terapeuta respeta y sigue al paciente en su forma natural de integrar el proceso. En este sentido, son herramientas respetuosas con el proceso individual y que, como beneficio adicional, dan al paciente una sensación de control y autoeficacia sobre su propio proceso curativo.

- Una similitud en cuanto a su eficiencia radica en la evidencia que se ha encontrado de que ambas técnicas aceleran la terapia, acortando el número de sesiones necesarias para superar definitivamente el trauma, debido fundamentalmente a que son capaces de acceder a la mente inconsciente y desde allí hacer reprocesamientos e integraciones profundas, ya que de otra manera sería más costoso, más largo, y más difícil acceder a este procesamiento profundo.

-A nivel subjetivo, tanto la hipnosis como el brainspotting crean un estado de atención concentrada en los procesos internos, en lo que "está ocurriendo dentro del paciente". **Se podría comparar fácilmente el estado en que entran las personas al fijar la mirada en el brainspot con un estado de trance leve o moderado de ojos abiertos**, (mencionar que no es raro que a lo largo de la sesión la persona espontáneamente cierre los ojos mientras sigue en ese estado, y continúa el reprocesamiento así o alternándolo con momentos de ojos abiertos). En este sentido, **es probable que el acto de buscar un brainspot con el**

puntero en el que fijar la mirada sea un proceso análogo a realizar una inducción hipnótica, en el sentido en que ambos actos se convierten en llaves de acceso a ese estado concentrado de atención y a la mente inconsciente.

- **Una similitud interesante respecto al uso de las dos técnicas es que se puede emplear con ellas la disociación o separación controlada como elemento terapéutico.** La disociación como secuela traumática es un mecanismo de defensa extremo que tiene el cerebro para sobrevivir en situaciones de trauma. Suele resultar disfuncional, crear malestar y ser muy problemático cuando se convierte en síntoma postraumático. Pero en técnicas como brainspotting e hipnosis se genera con frecuencia y de manera intencional una separación controlada para favorecer la integración del material traumático sin retraumatizarse ni causar malestar innecesario o activación perjudicial para la persona. El procedimiento puede tener muchas y muy creativas maneras de efectuarse, como hacer trabajos con distintas “partes” o energías del sujeto, o colocarse en la posición de un Yo Observador que pueda distanciarse de la experiencia revivida pero sin huir de ella ni evitarla. Este tipo de disociación suele consistir en guiar a la persona para separarse de la experiencia revivida, para observarla con curiosidad e interés desde su “Yo Esencial”, “Yo principal” o “Yo Observador Amoroso”. Se puede hacer psicoeducación sobre esto antes del proceso para que el paciente comprenda lo que se va a realizar y cómo funciona el proceso de división terapéutica del Yo, y casi cualquier persona suele comprender fácilmente el proceso de separarse de la experiencia y observarla sin implicarse emocionalmente. En hipnosis pueden emplearse conceptos facilitadores y comprensibles como “ver tu experiencia en una pantalla de cine”, “observar flotando desde arriba lo que ocurre”, “ver cómo le ocurre lo mismo a otra persona que no eres tú”... Lo que se consigue así es que la mente se exponga en compañía terapéutica, gradualmente y de manera repetida al material traumático (material que cuando era revivido constantemente en primera persona y en soledad causa temor o rechazo al paciente) y pueda reprocesarlo poco a poco y sin sufrimiento.

- **En cuanto a los recursos positivos, cuando se va a trabajar con material traumático y posibles abreacciones, catarsis o emociones intensas, es necesario disponer de un recurso capaz de traer calma, control y equilibrio** para que la persona pueda acudir a él y reducir y modular la intensidad de lo que está viviendo en caso de que lo necesite. Ambas técnicas lo han tenido en cuenta, y en hipnosis se establece un “lugar seguro” antes de entrar en proceso, y se hace teniendo en cuenta las preferencias, habilidades y particularidades de la persona, siendo ella misma casi siempre la que elige la manera de evocar ese lugar seguro. En brainspotting lo que se hace es localizar posiciones oculares “de recurso”, que son posiciones que, sostenidas en el tiempo, proporcionan calma y bajan la activación de la persona. Se localizan también antes de iniciar el proceso de reprocesamiento, y quedan

disponibles por si es necesario emplearlos durante la sesión. En caso de que el paciente presente una alta activación o fuerte malestar, se “pendula” desde el recurso hasta la activación traumática, tratando de mantener siempre una activación moderada, en la que pueda haber reprocesamiento, pero que no desborde ni sobrepase a la persona.

- **Hipnosis y brainspotting se consideran claramente técnicas versátiles, en el sentido de que pueden fácilmente integrarse en diferentes enfoques teóricos y en muchas clases de psicoterapia.** Ninguna de ellas se limita a ser empleada en un solo enfoque, más bien están al servicio de la terapia, y se están utilizando con éxito en terapia humanista, Gestalt, terapia cognitiva... Esto implica una gran ventaja a la hora de expandir su uso y ampliar sus beneficios a gran cantidad de pacientes y terapeutas.

5. Conclusiones

Como hemos visto, ambas herramientas han demostrado su eficacia en el tratamiento de trauma, demostrada principalmente en estudios de caso único. Uno de los objetivos fundamentales en ambos casos es acceder al material traumático (corporal, sensorial, cognitivo, emocional...) para reprocesarlo e integrarlo armoniosamente a lo largo de las sesiones. De esta manera, el malestar asociado al trauma va disminuyendo, y los síntomas desapareciendo.

En cuanto a las similitudes entre ambas, son destacables las siguientes:

Se trata de **herramientas versátiles y flexibles**; versátiles porque fácilmente pueden integrarse en diferentes corrientes terapéuticas y estilos de psicoterapia. Además, son flexibles en cuanto a su capacidad de ser manejadas de muchas maneras diferentes, dependiendo del estilo del terapeuta, de las preferencias del paciente y de los objetivos concretos a trabajar. Ninguna de ellas tiene un protocolo rígido de aplicación, sino que, una vez iniciado el proceso, permiten libertad para ser empleadas de diferentes formas en función de la creatividad y la práctica terapéutica. El **estado de atención concentrada** es otro elemento ya comentado de similitud. Si bien con hipnosis se pueden alcanzar estados muy profundos, el brainspotting supone la entrada en un trance que permite acceder a contenidos inconscientes y trabajar con ellos. Estas técnicas funcionan como **llaves de acceso al inconsciente, mediante la entrada** en ese estado especial de concentración y atención. La persona fija su atención en la experiencia interna, y a partir de ahí, empieza el trabajo terapéutico. Puesto que son llaves a la mente inconsciente, pueden emplearse para **acceder también al potencial positivo y a los recursos de autocuración** de la persona, y de hecho ambas lo hacen como una manera de desarrollar dicho potencial, y también de pendular y controlar el malestar cuando se accede a las memorias traumáticas, de manera que no sobrepasen a la persona y se mantenga en un nivel de activación apropiado para el reprocesamiento.

Hipnosis y brainspotting permiten realizar un reprocesamiento a niveles profundos, así como desarrollar y reconocer la propia capacidad autocurativa de la persona. Se trata de herramientas respetuosas con la persona porque la siguen en su proceso de integración sin imponerle nada ni dirigirla rígidamente, respetando su ritmo y sus tiempos.

Por todo ello son dos técnicas claramente aconsejables para introducir en el trabajo psicoterapéutico con trauma, en cualquier corriente o modalidad psicoterapéutica que se maneje. La elección de cualquiera de las dos técnicas supondrá aumentar la potencia y eficiencia de la terapia con traumas, e incluso **pueden ser utilizadas las dos a lo largo de una misma terapia con una persona concreta**, pudiendo emplearse a criterio de terapeuta y paciente tanto una como otra, siendo compatibles a la hora de reprocesar, integrar y finalmente sanar un mismo trauma psicológico.

6. Referencias Bibliográficas

- Cardeña, E.; Maldonado, J.; Galdón, M.J.; y Spiegel, D. La hipnosis y los trastornos postraumáticos, *Anales de psicología* 1999, vol . 15, nº 1, 147-155.
- Grand, D. (2014). *Brainspotting*. Ed. Sirio.
- Grand, D. (2002). *EMDR, curación a máxima velocidad*. Ed. Theoklesia.
- Nieto, C. (2009), *Sobre la Naturaleza de la Hipnosis*, *Hipnológica*, 1, 3-6.
- Pérez, I. (2012) *Hipnosis y Fortalecimiento del Ego*. *Hipnológica*, 5:15-23.
- Rizo, D. (2015) *Hipnosis En La Clínica*. *Hipnológica*, 8:4-6.
- Rocamora G.-Valls (2011) *Freud y la Hipnosis*. *Hipnológica*, 4:4-14.

Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57.

Salvador, Mario C. El estrés postraumático y los trastornos disociativos. Pautas para su tratamiento. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Integrativa*.

Webgrafía

- <http://www.asociacionemdr.org/es/index.php>
<http://www.hipnologica.org/>
<http://www.iemdr.es/que-es>
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1699.pdf>
<http://www.siquia.com/2013/06/el-emdr-y-el-brain-spotting-caracteristicas-ydiferencias/>
https://es.wikipedia.org/wiki/Desensibilizaci%C3%B3n_y_reprocesamiento_por_movimientos_oculares
<https://www.youtube.com/watch?v=8bGwmYZMViE>

Marta Rodríguez Álvarez
Psicóloga Colegiada G4619
Máster en Hipnosis Clínica
Sociedad Hipnológica Científica

