

Adicciones a las redes sociales de comunicación

Alicia Torres Lirola

1. La cultura del malestar

Jugando un poco con el título de la obra de Sigmund Freud en la que se ocupaba de la psicología de masas y el análisis del yo, ponemos título a este primer apartado introductorio.

El malestar de una determinada sociedad y, por tanto, de una determinada época, genera síntomas propios. Aparecen unas enfermedades y desaparecen otras. Las enfermedades deben resultar dignas de ser tomadas en cuenta, dentro de la propia cultura. Esto legitima a la persona a demandar a su sistema sanitario ayuda para estas enfermedades.

En la actualidad las patologías psico-emocionales ocupan uno de los primeros puestos en la incidencia de morbilidad: Un comunicado de prensa el 5 de octubre de 2020 publica resultados de un estudio realizado por la OMS, valorando las perturbaciones que han sufrido los servicios de salud mental por mor del COVID-19 y concluye que han alcanzado al 93% de los países, al mismo tiempo que la solicitud de dichos servicios ha crecido.

En España las cifras de demanda son:

- Uno de cada 10 adultos solicita servicios de salud mental.
- Uno de cada 100 niños.
- Tres de cada 10 de más de 65 años tienen deterioro cognitivo.

- 1 de cada 10 personas toma benzodiacepinas.
- 1 de cada 20 consume antidepresivos.

Los países destinan menos del 2% de sus presupuestos nacionales de salud a la salud mental y, si ya tenían dificultades para responder a las necesidades de sus poblaciones, en la actual situación se precariza más la atención. Este estudio fue llevado a cabo entre junio y agosto de 2020 en 130 países de las seis regiones de la OMS (África, las Américas, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental), con el objetivo de evaluar las alteraciones sufridas por los servicios de salud mental, neurológicos y de tratamiento de las toxicomanías como consecuencia de la COVID-19.

Más del 80% de los países de altos ingresos declararon haber recurrido a la telemedicina y la teleterapia para paliar las dificultades de los servicios de salud mental, porcentaje que no llega al 50% en el caso de los países de bajos ingresos.

Si bien el 89% de los países señalaron, en el marco del estudio, que la salud mental y el apoyo psicosocial formaban parte de sus planes nacionales de respuesta a la COVID-19, apenas el 17% de esos países disponen de una financiación

adicional suficiente para sufragar esas actividades.

2. Adicciones y enfermedad mental

Las adicciones están presentes, a lo largo de la historia de la humanidad, en todas las épocas y estamentos. Ocasionalmente trastornos psiquiátricos crónicos y se caracterizan por la búsqueda y uso compulsivo de sustancias adictivas, incluso conociendo los graves efectos negativos que provocan.

La OMS la define como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Es curioso observar este tipo de conductas también en los animales, por ejemplo, se ha descubierto recientemente que los delfines juegan a lamer a los peces globo que desprenden toxinas que les hacen sentirse eufóricos. Dato curioso es que esta conducta suele estar realizada por grupos de delfines jóvenes. Otro ejemplo, son ciertas estereotipias en los caballos para conseguir que el cerebro les segregue endorfinas.

En la actualidad han comenzado programas que están intentando que el sistema de atención primaria se ocupe de la enfermedad mental y no haya que esperar a ser derivado al sistema de especialistas; para ello están incorporando psicólogos a dicho

nivel de la sanidad. Hasta ahora solo el psiquiatra podía derivar al psicólogo; se ha comenzado a incorporar psicólogos que colaboran con los médicos de familia, es decir, pediatras y médicos de atención primaria.

Más de la mitad de los trastornos mentales comienzan en la adolescencia, hacia los 14 años, pero gran cantidad de casos no son detectados ni tratados. 1 de cada 6 personas con trastornos psico-emocionales tienen entre 10 y 19 años. Esta población representa el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones.

La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

No abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto a la salud física como a la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria.

La OMS dice que en España 1/10 adultos y 1/100 niños tienen un problema de salud mental. Las mujeres casi el doble que los hombres y los niños más que las niñas. 3/10 personas de 65 y más (sin contar las institucionalizadas) tienen deterioro cognitivo. 1/10 personas toma benzodiazepinas. 1/20 adultos, antidepresivos. 1/20 consultó un servicio de salud mental en el último año. El gradiente social

y la brecha por sexo están presentes en todos los indicadores de salud mental de adultos. 1/100 personas no pudo acceder a la atención médica de salud mental por motivos económicos.

3. Enfermedad mental y Covid-19

Desde su aparición, la COVID-19, que se ha propagado mundialmente de manera rápida e inesperada, ha generado un número elevado de contagios y muertes, ha trastornado la vida cotidiana, las expectativas de futuro, el desarrollo económico y también la atención sanitaria.

Las medidas tomadas por los gobiernos para protegernos con cuarentenas y aislamiento social han influido muy directamente en la salud mental. Se han comprobado síntomas de angustia, ansiedad, tristeza, baja autoestima, ira, rabia, aislamiento, bajo estado de ánimo e insomnio, y la aparición de trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el estrés postraumático y el suicidio, entre otros.

Se han detectado factores estresores como la frustración, el aburrimiento, la soledad, el miedo a contraer la enfermedad o contagiar a alguien, la falta de información, las pérdidas financieras, el estigma de discriminación, el desequilibrio económico o el procesamiento de un duelo sin los rituales culturalmente aprendidos para poder velar y despedir al familiar, entre otros factores.

Los resultados de la encuesta online sobre uso de Internet,

videojuegos y juego con dinero online durante la pandemia por Covid-19 realizada por el OEDA (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones) a través de la web entre el 18 de mayo y el 30 de junio de 2020 muestran, entre las personas que han participado, un aumento tanto en la frecuencia de uso de videojuegos como en la de uso de Internet, reflejando una disminución en la periodicidad de juego con dinero online junto a un cambio en el tipo de juego usado.

Respecto al cambio de patrón del uso de internet por diversión, se observa que en 4 de cada 10 personas ha aumentado el nivel de utilización de internet desde el mes de marzo, siendo el incremento medio de alrededor de 1 hora (ya sea entre semana o en fin de semana) y tanto en hombres como en mujeres.

4. La ciber juventud

Se ha comenzado a utilizar una denominación para los jóvenes que ya han nacido con las tecnologías digitales de la comunicación, que es Nativo digital; a las personas no nacidas entre estas tecnologías pero que se han ido acomodando paulatinamente a su uso se les ha denominado Emigrantes digitales.

La manera de relacionarse con las tecnologías de la comunicación de ambos grupos es diferente y muchas veces se confunde, por parte de los adultos, el uso excesivo con una adicción. Los medios de comunicación sensacionalistas también han contribuido a crear esa enorme alarma.

Para que haya adicción debe haber pérdida de control, dependencia, tolerancia y *craving*. Si no es así, podríamos hablar de un exceso de uso, pero no de una adicción.

De alguna manera, los adultos, por miedo y desconocimiento de las tecnologías de la comunicación, hemos dejado a los jóvenes abandonados a su suerte, pensando que este medio nos superaba, incluso en muchos casos se ha producido una inversión de roles, el nativo actuando como tutor del emigrante. Pero realmente podemos acompañarles de muchas maneras, enseñándoles firmes valores éticos, ayudándoles con la verificación de fuentes fiables, asistiéndoles a racionalizar este consumo como cualquier otro y a desarrollar el juicio crítico.

También hemos vivido modas pasajeras que parecían que nos iban a hacer permanecer en un mundo ficticio, crearnos verdaderas enfermedades mentales, debido a nuestra existencia como individuos tanto en una realidad virtual como en una no virtual, identificándonos con nuestros avatares de manera patológica, pero eso no ha resultado así. Un ejemplo fue la explosión de Second-life; con el paso del tiempo llegó tanto la regulación personal como la social, lo que ha propiciado su caída en franco desuso. Mucha gente lo probó, pero poca se quedó. Nos lo ha confirmado la propia Linden Labs (empresa propietaria de Second-life), afirmaron que ha habido un total de 57 millones de cuentas, pero actualmente la comunidad cuenta con 750.000

usuarios activos mensuales, y usuario no es equiparable a adicto.

Un ejemplo de ese miedo poco adaptado es la escuela (ya sabemos que el miedo está en nosotros para garantizar nuestra supervivencia y, muchas veces, genera en nuestra mente un diálogo de alertas excesivo y en hiperfunción nos muestra futuros catastróficos), en la que se está intentando bloquear un proceso de expansión tecnológica a la que ninguno somos ajenos. Este bloqueo consiste en la prohibición de utilizar dispositivos electrónicos, mal llamados teléfonos, porque en la actualidad son una verdadera "navaja suiza"; son miniordenadores personales. Desde ellos se puede acceder a gran cantidad de información, APP's y gadgets tecnológicos muy útiles para la docencia. Las nuevas generaciones ya están trabajando con esos medios y tendrán que seguir haciéndolo cada vez más.

La Comunidad Autónoma de Madrid, Castilla-La Mancha, Galicia y también Francia, Baviera en Alemania, etc., prohíben el uso de teléfonos móviles en el aula. Si algo sabemos sobre jóvenes y, sobre todo, adolescentes, es que una prohibición se convierte en una gran fuente de motivación y que, en el futuro, no solo estudiantes sino todo tipo de personas tendrán que resolver sus asuntos a través de estos medios. No podemos parar los avances y la posible adicción no es una razón, sabemos que también hay adictos al trabajo, pero tenemos claro que no podemos prohibir el trabajo. La opción es trabajar desde la educación, enseñando un uso razonable y autorregulado; para

ello, también es fundamental el ejemplo que damos a los jóvenes. Muchos padres prohíben el uso del Smartphone a los hijos, cuando en realidad son ellos mismos los que muestran claras conductas desreguladas.

5. Adicción sin sustancia

Siempre ha costado considerar las adicciones como un trastorno mental; en el DSM-3 es considerado como un trastorno de los impulsos y el concepto, finalmente, evoluciona en el DSM-5, donde se consideran trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, en el caso de las adicciones comportamentales.

Podemos definirlos como: "actividades y comportamientos cotidianos que, convertidos en adicción, impiden llevar una vida satisfactoria. La persona pierde el control en la actividad realizada y la lleva a cabo a través de la compulsión".

No debemos confundir una dependencia con una adicción, pues en la primera no hay compulsión; por ejemplo, lo que ocurre con algunos inhaladores para el asma que sí producen dependencia, pero no hay compulsión en el consumo. El organismo tiene una conducta de necesidad, pero no desea consumir compulsivamente. En cambio, en la adicción sí hay compulsión.

Cualquier actividad normal percibida como placentera puede llegar a constituir una conducta adictiva, incluso actividades saludables como el deporte, que pueden convertirse en no salubres si

se comienza a hacer de una manera que perturbe la vida social, familiar, laboral, etc.

Las adicciones a Internet no son consideradas adicciones por el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders), por tanto, no figuran en las estadísticas de adicciones comportamentales. Esto es así porque los miembros del grupo decidieron que no existe la suficiente investigación, quedando el tema en una recomendación general de realizarla.

Desde diversos foros, se subraya la importancia de la inclusión de la adicción a Internet como una nueva categoría diagnóstica, dadas las graves repercusiones que esta conducta puede tener en la vida de la persona. Así, uno de los subtitulares en *The Daily Telegraph* dice: "el uso obsesivo de Internet es un problema de salud pública tan grave que debe ser reconocido oficialmente como un trastorno clínico".

El doctor Jerald J. Block, publicó en el *Journal of Psychiatry*, una propuesta incluyendo este tipo de adicción como uso desadaptativo a Internet y a las redes sociales, calificándolo como un trastorno obsesivo-compulsivo.

En las adicciones sin sustancia psicoactiva o comportamentales, como el juego patológico, la adicción a las compras, el sexo o las nuevas tecnologías, un hábito de conducta aparentemente inofensivo puede convertirse en adictivo e interferir gravemente en la vida de las personas.

El estrés influye en el empeoramiento y, por tanto, es un círculo vicioso porque comienzan con la adicción para paliar un estrés producido por algún malestar y terminan más estresados por los problemas que surgen a partir de la adicción.

Las adicciones comportamentales tienen el mismo patrón que las adicciones a sustancias. Aunque en la terapéutica hay una diferencia, porque no pretendemos la extinción de la conducta sino su regulación. Estas son las características que permiten discriminar la presencia de una adicción sin sustancia de la mera alta frecuencia de un comportamiento determinado:

1. Pérdida de control: se siente un deseo intenso, una necesidad irrefrenable de concretar la actividad placentera. Imposibilidad de dejar de hacerlo pasado un corto período de tiempo e incapacidad para dejarlo a pesar de haberlo intentado reiteradamente.
2. Relación de dependencia: una necesidad cada vez mayor de repetir con mayor frecuencia el comportamiento, para lograr la satisfacción buscada. Se produce irritabilidad y malestar ante la imposibilidad de concretar la conducta (abstinencia).
3. Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de actividad para conseguir los mismos efectos.
4. Síndrome de abstinencia o *craving*, que es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia; es lo

que conocemos en lenguaje coloquial como "mono".

5. Ocultación: las consecuencias negativas suelen ser advertidas por personas cercanas que, aunque lleguen a ponerlo de manifiesto a la persona con adicción, solo suelen conseguir que lo nieguen.

Según la OMS, una de cada cuatro personas sufre trastornos de la conducta relacionados con las adicciones sin sustancia.

El juego patológico, el abuso de internet y las redes sociales, la adicción a las compras, al sexo o al trabajo, son las principales adicciones comportamentales. En la actualidad aparecen nuevas formas como la llamada vigorexia, etc. Sin embargo, como hemos dicho, cualquier conducta puede ser objeto de una adicción, incluso la conducta amorosa (dependencia emocional).

Nos vamos a centrar, dentro de todas las adicciones, en la específica a las tecnologías de la comunicación. No hablamos de adicción a Internet porque ésta incluye la navegación en busca de contenidos de aprendizaje que, aunque se utilizan en los mismos dispositivos, no entrañan una conducta adictiva; es decir, mismos dispositivos, pero diferentes usos que tendrían otras connotaciones no patológicas. Hablamos de adicción a las redes de comunicación, incluyendo la adicción al Smartphone, a la que dedicaremos un apartado, por algunas características diferenciales.

Podemos observar los siguientes factores que favorecen la conducta adictiva:

1. La inmediatez de la recompensa.
2. La fácil accesibilidad y acceso 24 horas al día.
3. La posibilidad de anonimato.
4. El entorno íntimo.

Como en el resto de las adicciones, el refuerzo comienza siendo positivo, es decir placentero. En sí misma, la conducta de mantenerse socialmente activo y comunicado parece que no encierra ninguna valoración negativa, pero termina siendo así cuando la realizamos de manera compulsiva y tiene como finalidad no la comunicación, sino el alivio de la tensión emocional y que, al no poder acceder a ellas, produce desazón y malestar.

Las características que comparten este tipo de adicciones son:

1. Excitación antes de realizar la conducta.
2. Alivio en el momento de realizarla.
3. Descuido de otras actividades.
4. Sentimiento de vacío ante la privación de la conducta.
5. Pensamiento continuo sobre la conducta.
6. Mentir y mentirse sobre la frecuencia de uso.

En 2017 un 2,9% de la población de entre 15 y 64 años presentaron un uso compulsivo; es decir, unas 900.000 personas.

Entre los estudiantes, la compulsión es 7 veces mayor, afectando a un 21%, lo que representaría unos 456.500 jóvenes.

La adicción, en general, no responde a raza, género o condición y resulta ser un problema muy complicado en el que hay que observar componentes psicológicos, sociales, legales, médicos, y emocionales.

Aunque el uso problemático de las redes sociales no esté reconocido como trastorno por el DSM-5, actualmente se dispone de evidencia de los riesgos que conlleva. Los principales perjuicios derivados de ello son:

- Los problemas de sueño y la disminución del rendimiento escolar (McNicol y Thorsteinsson, 2017).
- La desatención de las relaciones familiares y con las amistades (De la Villa y Suárez, 2016).
- Los trastornos emocionales (Han, Geng, Jou, Gao y Yang, 2017).
- Los cambios en la autoestima y la pérdida de control (Echeburúa y Corral, 2010).
- Asimismo, una mayor frecuencia de uso también se relaciona con una mayor presencia de conductas de riesgo online, como el sexting (Villanueva y Serrano, 2019) que es un término que implica la recepción o transmisión a través de las redes sociales de imágenes o videos que conllevan un contenido sexual, ya sea con o sin autorización de quien lo coloca en el medio).

6. Adicciones al smartphone

Todavía no está contemplado como una adicción y se está utilizando el término de uso problemático del smartphone.

Min Kwon argumentó que los teléfonos inteligentes causaban síntomas de adicción similares a los

efectos de las sustancias, incluido el uso excesivo, la tolerancia, la abstinencia, los trastornos de la vida diaria y la anticipación positiva. Kuss y Griffiths manifestaron que el uso excesivo puede mermar el rendimiento académico y afectar negativamente a las relaciones. También se ha observado que, en niños, los mundos en línea y fuera de línea se fusionan en un solo.

En un estudio de 10.191 usuarios adolescentes de teléfonos inteligentes, el 30% de los participantes mostró tolerancia, el 36% mostró abstinencia, el 27% mostró un uso más prolongado de lo previsto, el 18% experimentó intentos fallidos de reducción y el 10% mostró deterioro funcional de las relaciones cercanas; por lo tanto, parece que el uso excesivo de teléfonos inteligentes se puede considerar como una adicción.

*(Estudio Anual de Mobile en España 2019 elaborado por GFK y People para IAB)

*Este análisis desvela que los españoles usan cada vez más el smartphone, una media de 4 horas y 22 minutos al día, media hora más que en 2018 y una hora más que hace dos años. Además, seis de cada diez españoles reconocen que lo primero y lo último que hacen cada día es mirar su teléfono móvil - una cifra 10 puntos por encima de la registrada el pasado año y un 24% de los españoles asegura estar pegado a su teléfono durante más de cinco horas al día.

Asimismo, 3,14 millones de españoles (11%) aseguran que no podrían estar más de una hora sin su móvil. En cuanto al tipo de actividad que se realiza con los smartphones, el uso más extendido

es el de consultar las redes sociales (20%), por delante de otros aspectos más tradicionales como realizar llamadas telefónicas (18,5%) o la gestión del correo electrónico (14,4%).

Estas cifras evidencian que en nuestro país existe una dependencia creciente de los dispositivos móviles que, en algunos casos, puede derivar en problemas graves como la adicción. Durante el periodo de vacaciones, con un mayor espacio para el ocio, este riesgo se eleva. Las tarifas planas contribuyen a disminuir el control que se hace de este recurso, pues el aspecto económico podría suponer un freno.

Para predecir la posibilidad de una adicción al smartphone, se usa la escala de uso problemático de teléfonos móviles (PUMP) autoinformada de 20 ítems y la escala de uso problemático de teléfonos móviles (MPPUS), la Escala coreana de adicción a Internet para adolescentes (escala K), la Escala de adicción a los teléfonos inteligentes (SAS-SV) y la Escala de propensión a la adicción a los teléfonos inteligentes (SAPS).

Para la mayoría de los adolescentes, la comunicación por teléfono inteligente es lo que creen que es una forma importante de mantener las relaciones sociales y se ha convertido en una parte fundamental de sus vidas.

Según Elliot Berkman, profesor de Psicología de la Universidad de Oregón, el control constante de los teléfonos se debe al aprendizaje de recompensas y al miedo a perderse algo.

Una gran preocupación es que la forma de interacciones sociales entre los jóvenes está cambiando, vivir de una forma de relación casi exclusivamente digital puede aislarlos y provocar falta de desarrollo social y emocional.

Los síntomas psicológicos que pueden tener las personas adictas a los teléfonos inteligentes son: depresión, aislamiento social, baja autoestima y ansiedad.

Los medios de comunicación han etiquetado y descrito nuevas conductas patológicas:

Nomophobia: fobia a estar sin teléfono, miedo a estar desconectado.

Textaphrenia: comprobar constantemente si has recibido algún mensaje.

Textiety: ansiedad de tener que responder inmediatamente a un mensaje recibido.

7. Circuitos cerebrales de la adicción

Investigadores suizos han descubierto que la adicción a las drogas depende de un circuito cerebral que implica simultáneamente a la toma de decisiones y al sistema de recompensa.

En un experimento hecho con ratones descubrieron que en los consumidores adictos se fortalece el circuito cerebral que conecta el área de toma de decisiones (la corteza orbito-frontal) con el sistema de recompensas (cuerpo estriado, que asocia ciertas experiencias con sensaciones de placer). Y no sólo eso: también observaron que al

disminuir la actividad de este circuito los sujetos compulsivos lograron controlarse y, a la inversa, al estimularlo, volvían a ser adictos.

Descubrieron que el circuito cerebral de la adicción estaba mucho más activo en los individuos que seguían estimulando el sistema de recompensa.

Posteriormente, se les proporcionó un estímulo aversivo tras la activación del circuito de recompensas y comprobaron que el 40% dejó de activar ese circuito de recompensas y el 60% continuó haciéndolo.

Siendo los sujetos genéticamente idénticos, ¿en qué estribaba esa diferencia en el comportamiento? Hay varias hipótesis, las cuestiones epigenéticas basadas en las experiencias de vida que hacen a cada sujeto único e influyen tanto en sus genes como en su cerebro, son algunas de ellas.

Los siguientes pasos de esta investigación se dirigen a averiguar qué causa la interrupción de este circuito que impide la adicción. Por tanto, lo que sí sabemos es que dejar de tener la conducta de consumo, genera el debilitamiento del funcionamiento de este circuito.

Las enfermedades adictivas inducen cambios neuroquímicos, neurofisiológicos, estructurales y de expresión de genes en diversas regiones cerebrales. Debido a la neuroplasticidad del cerebro, en un primer grupo se puede producir "neuroadaptación mesencefálica", que se manifestaría clínicamente con síntomas de tolerancia y abstinencia.

Un segundo grupo se puede atribuir a "neuroadaptación límbica", que se manifestaría con los fenómenos de condicionamiento y *craving*. Y un tercer grupo se puede atribuir a la "neuroadaptación prefrontal estriada", que se manifestaría con deterioro en la inhibición de respuestas inapropiadas. Por tanto, se producen modificaciones cognitivas, emocionales y motivacionales.

Sabemos que un consumo crónico puede dejar huellas en la memoria emocional y remodelar vías y conexiones neuronales y, de este modo, modificar el funcionamiento del cerebro, dejando más expuesta a la persona a reiniciar el consumo.

La Neurobiología nos muestra que en las adicciones está implicado el circuito de recompensas, que está biológicamente relacionado con la supervivencia, generando estados de "necesidad". Está compuesto por la vía dopaminérgica y la serotoninérgica, en conexión directa con otros sistemas de neurotransmisión, como son el sistema opioide endógeno, y GABAérgico, entre otros (Koob y cols., 1992).

Las neuronas dopaminérgicas (DA), que provenientes del área tegmental ventral se proyectan hacia estructuras límbicas y de la corteza frontal, presentan una activación fásica en respuesta a los estímulos reforzadores primarios, como son comida, agua o estímulos relacionados con la conducta sexual, pero estos generan el fenómeno de la "saciedad". Las conductas adictivas producen apetitos que, más allá de saciarse, presentan un

deseo aumentado al que le acompaña una dificultad para controlar dicho consumo, y aquí aparece la sensibilización del sistema dopaminérgico que comienza a producir un uso descontrolado, en nuestro caso de las TIC's (tecnologías de información y comunicación).

También está implicado el sistema denominado de la amígdala ampliada, que conecta estructuras de la región medial, el núcleo accumbens, como la amígdala. Y reciben conexiones aferentes del córtex límbico, del área tegmental ventral y del hipotálamo. (Alheid y cols., 1998).

Cuando el funcionamiento del córtex prefrontal (CPF) es deficiente, se produce una desinhibición de respuestas inapropiadas de búsqueda y consumo de sustancias. Los córtex orbitofrontal y cingulado anterior, que forman parte de la corteza cerebral del lóbulo prefrontal, reciben fibras dopaminérgicas procedentes del sistema dopaminérgico. La activación de los receptores D2 (cada sinapsis tiene una neurona emisora y otra receptora) en el córtex prefrontal tienen un papel modulador de la actividad de las neuronas excitatorias. Por tal motivo, los estados de hipodopaminergia prefrontal inducen hiperactivación (por desinhibición) de la neurotransmisión excitatoria que, partiendo de los córtex orbitofrontal y cingulado anterior, se proyectan al core del núcleo accumbens y que van a jugar un importante papel, tanto en los estados de *craving*, como en el deterioro del autocontrol y de la

inhibición de respuestas condicionadas de búsqueda y consumo de sustancias (Kalivas y Volkow, 2005).

A modo de resumen, el circuito de recompensas primero activa el deseo de repetir la conducta de los consumos iniciales con un reforzador positivo. Los siguientes consumos se refuerzan con uno negativo de ansiedad, necesidad y *craving*, y al no intervenir el neocórtex, se genera el descontrol en esa repetición. Por tanto, a través del sistema de amígdala ampliada aparece una memoria emocional del consumo.

¿Hay *craving* en las adicciones sin sustancia? El *craving* también conocido coloquialmente como "mono", es un síndrome producido por la abstinencia del consumo de alguna sustancia. Sabemos que las conductas producen neuropéptidos, lo que quiere decir que pueden estimular el deseo de repetición y trabajar sobre el circuito de las adicciones que, como ya hemos señalado anteriormente, es el circuito córtico-cuerpo estriado.

En principio, el uso de estos dispositivos no genera ningún problema personal, cumplen algún tipo de funcionalidad y ofrecen refuerzos de carácter social o psicofisiológico; en muchos casos continuará así, pero algunas personas con el paso del tiempo empiezan a presentar un patrón desajustado que favorece la pérdida de control y prima la compulsión, el efecto "*priming*", que está relacionado con la memoria implícita, por el cual la exposición a determinados estímulos influye en la

respuesta que se da a otros presentados con posterioridad y la aparición del *craving* (entendido como necesidad imperiosa de realizar esa conducta). Esta es la señal para comenzar una terapia sobre adicciones. El *craving* suele ser una de las causas más importantes del abandono de la terapia porque aparece durante y posteriormente a su realización.

Desde un modelo neuroadaptativo se plantea:

1. Una gradual y permanente adaptación de las funciones cerebrales a la presencia de la conducta adictiva.
2. La neuroadaptación o sensibilización conduce a ciertas características de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia y la memoria de recompensa (puede ser inconsciente).
3. Aparece con más frecuencia en gente que ha heredado una predisposición genética o porque se ha hecho especialmente susceptible a través de repetidas experiencias de estrés. A través de estudios con animales y estudios farmacológicos con humanos, se han señalado diversos sistemas neuroquímicos implicados en la neuroadaptación y posterior *craving*: por ejemplo, los neurotransmisores de dopamina (el placer que se siente al lograr algo y por tanto ayuda a producir un condicionamiento), glutamato (es el neurotransmisor excitatorio por excelencia), GABA (actúa como neurotransmisor inhibitorio), así como las neuronas que responden a estas moléculas, pueden jugar un papel en el desarrollo de la memoria de recompensa.

El estrés, el cual puede influir en la neuroadaptación, también está modulado por sistemas neuroquímicos, principalmente los neurotransmisores de serotonina (ayuda a regular el estado de ánimo, el comportamiento social, el apetito, la digestión, el sueño, la memoria, el deseo y la función sexual). Pero todos estos neuropéptidos, están modulados por un nivel personal para soportar el malestar.

8. Factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo, los podemos considerar agrupados en:

1. Individuales: los propios de la persona, sin que exista apenas capacidad de influencia desde el entorno (factores biológicos, trastornos mentales, etc.).

Karen Ersche, del Instituto de Neurociencia Clínica y Conductual de la Cambridge University, realizó un estudio con pares de hermanos, uno adicto y otro no adicto y, posteriormente, lo comparó con personas que no consumían y que pertenecían a otras familias. Pudo comprobar que ambos hermanos mostraban una modificación genética con respecto al grupo de control que actuaba sobre el circuito del autocontrol, propiciando un funcionamiento menos eficiente.

Pero esta variabilidad solo hace que una persona tenga más tendencia hacia desarrollar una adicción. Este estudio ha resuelto la duda de si esas modificaciones cerebrales eran previas al consumo o se desarrollaban con posterioridad.

También sabemos que no todas las personas que consumen drogas se convierten en adictos, todo parece apuntar hacia déficits en el autocontrol (sistema fronto-estriar), pero, como se ha visto en este estudio, esta dificultad no siempre te convierte en un adicto. Tendremos que seguir buscando cuáles son los factores de protección para entender que, a pesar del déficit genético, esta conducta no se desarrolle.

Paul Keedwell, psiquiatra de la Cardiff University en Gran Bretaña manifiesta: "Si pudiésemos echar mano a lo que hace a los parientes no afectados de los adictos resistentes podríamos evitar que muchas adicciones se instalen". Esto llevaría al desarrollo de nuevos tratamientos para que las personas más vulnerables pudieran ejercer el autocontrol de una manera eficaz antes de que llegaran a ser adictas, es decir, poder trabajar desde la prevención.

2. Factores de riesgo personales: características del ámbito de la personalidad que son influenciadas desde el entorno inmediato (actitudes, creencias, habilidades sociales, autoestima, impulsividad, presentismo). Por ejemplo, personalidades con una elevada impulsividad, mayor reactividad emocional y ante el estrés, y una mayor sensibilidad para la recompensa.

3. Influencia de los microgrupos (familia, escuela, grupo de iguales, barrio, trabajo) y del contexto macrosocial. Los comportamientos susceptibles de crear adicciones están envueltos en un entramado de

valores, estereotipos y mitos que los hacen atractivos para determinados grupos. Además, los valores y las exigencias sociales dificultan la integración de los grupos peor posicionados socialmente. Por ejemplo, grupos de adolescentes o aficionados a juegos de rol, etc.

Respecto a las familias, podemos ver ejemplos de trastornos externalizados, conductas desinhibidas o poco controladas que pueden adquirir forma de trastorno de conducta en la infancia o de conducta antisocial en el adulto que aparecería como una vulnerabilidad altamente heredable.

Se ha propuesto la posibilidad de que existan dos vías de transmisión del riesgo: una vía directa, a partir de los progenitores biológicos, y otra indirecta, a través de la conducta impulsivo-agresiva precoz, que podrían estar en conexión también con rasgos de personalidad parecidos en los padres.

Los factores de protección se pueden dividir en:

1. Factores individuales: autoestima elevada, capacidad de toma de decisiones, asertividad, valores, habilidades sociales.

2. Factores del contexto social: en la familia, buena comunicación, buen apego familiar, padres y madres afectivamente cercanos y con capacidad para enseñar límites, trabajar el control de la impulsividad y la demora de gratificaciones, ayudar a desarrollar locus de control interno para fomentar la independencia y sensación de valía,

fomentar ejercicios de serenidad y potenciación de la resiliencia. En la escuela buen clima escolar, ausencia de compañías conflictivas, actitud implicada del profesorado, etc. En el medio laboral, buena organización del trabajo, buen ambiente laboral, buena interacción con los compañeros.

9. El tratamiento de la adicción a las TIC's

El objetivo de cualquier tratamiento debe centrarse en el reaprendizaje del control de la conducta y el cambio en el estilo de vida.

Como ya hemos visto en el apartado anterior, existen factores de personalidad que predicen la predisposición a la adicción a los teléfonos inteligentes y otros dispositivos de redes sociales: sistemas de activación e inhibición del comportamiento, impulsividad y autocontrol, etc.

Se ha descubierto recientemente que la exposición a drogas puede inducir cambios, por la neuroplasticidad en neuronas seleccionadas, como por ejemplo las dopaminérgicas y dichas modificaciones perviven mucho más allá de que la droga haya desaparecido del organismo.

En adicciones, como por ejemplo al juego, se propone como objetivo la supresión de la conducta, pero en otras como las compras, el sexo o el empleo de redes, no se puede trabajar con la extinción porque todas estas conductas son necesarias para la vida cotidiana. En estos casos el objetivo terapéutico debe ser el reaprendizaje del control

de la conducta para volver a un uso racional de la conducta problema.

En la actualidad, el tratamiento de la mayoría de estos trastornos se aborda desde la terapia cognitivo conductual y, normalmente, no implica el uso de fármacos, solo para las comorbilidades. También resultan muy eficaces los grupos de apoyo y autoayuda.

Para comenzar a controlar la conducta debemos comenzar por el control de estímulos; se requiere al comienzo del tratamiento mantener una total abstinencia en las primeras semanas respecto al objeto de la adicción, en este caso de las redes de comunicación.

La siguiente fase consiste en la exposición gradual y controlada a los estímulos de riesgo. Esto supone que la persona puede, inicialmente bajo el control externo y después mediante su propia autorregulación, conectarse a la red, estar un tiempo limitado (1 hora, por ejemplo), llevando a cabo actividades predeterminadas (atender el correo sólo una vez al día a una hora concreta, navegar por unas páginas fijadas de antemano o entrar en una red social). Todo ello debe realizarse sin interferir o limitar horas al sueño y tratando de eliminar los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado a ellas.

En el caso de la adicción a las TIC's (Tecnologías de Información y Comunicación), cada vez existe más literatura respecto a su diagnóstico y tratamiento. Todo ello en relación con el aumento de prevalencia en

los últimos años por el desarrollo exponencial de las Tecnologías.

En este sentido, podemos establecer una serie de estrategias de prevención y abordaje psicológico:

- Motivación para el cambio.
- Conocer la realidad del problema.
- Valorar pros y contras de la conducta.
- Asumir la necesidad de ayuda externa.
- Reaprendizaje de la conducta.
- Control de estímulos: respuestas adecuadas ante situaciones de riesgo.
- Exposición programada a conductas de riesgo.
- Prevención de recaídas.
- Identificar situaciones de riesgo.
- Modificar distorsiones cognitivas.
- Planificar el tiempo libre.
- Actuar sobre problemas específicos.

10. La hipnosis y la ciberadicción

En el capítulo anterior hemos dicho que el objetivo de cualquier tratamiento debe centrarse en el reaprendizaje del control de la conducta y el cambio en el estilo de vida.

Existen las denominadas terapias ASCI (Ampliación de los Estados de Consciencia); también se denominaron Estados Alterados de Consciencia, pero la misma palabra, alterados, crea unas expectativas negativas, y nos puede hacer relacionarlo con trastornos que también alterarían la consciencia, por eso parece más preciso el término "estados ampliados".

En las terapias ASCI, podemos hablar de muchas técnicas,

por ejemplo: yoga, vipasana, meditación trascendental, psicoterapia autógena, etc.

De entre estas terapias, todas ellas con matices distintos y un elemento en común que es ampliar nuestra consciencia y manejar nuestro foco de atención, vamos a hablar de una técnica concreta: la hipnosis.

En muchas de ellas expandimos nuestra atención a todo lo que nos rodea, permaneciendo como observador, pero en la hipnosis lo que hacemos es focalizar la atención, a manera de una cámara de fotos en la que cerramos el diafragma, en este caso concentramos la atención.

Una de las cosas que inducimos con las técnicas ASCI en general es un estado de relajación; con la hipnosis no necesariamente, porque muchas veces estamos trabajando sobre una aporía o paradoja, producida por círculos viciosos al enfrentarse una idea y su contraria y en el que necesitamos, a través de este estado creativo, construir una tercera vía que ayude a solucionar nuestro conflicto.

Para ilustrar este trabajo que se realiza desde la hipnosis, podemos acudir a los 4 estadios de Ernest Rossi, que fue discípulo de Milton Erickson.

Éstos serían:

- 1) Situarse en un problema y empezar a trabajar con él. Lo hacemos al comenzar a hablar con el paciente, fomentando la empatía.
- 2) Esfuerzos conscientes. Lucha y conflicto intentando resolver el

problema. Explorar mediante preguntas terapéuticas incompletas (heurísticos de procesamiento implícito).

3) Momento creativo (insight). Intuición e inconsciente, momento off equivalente al sueño en el que el hipocampo enseña lo que ha aprendido al córtex, o consciente, voluntario y razonado. Valorar lo nuevo que aparece de manera espontánea.

4) Validación y verificación de una solución exitosa, acompañada de un estado placentero en el que aparecen las recompensas químicas naturales. La repetición creativa de experiencias vitales significativas, novedosas y adaptativas entre el hipocampo y el córtex prefrontal.

La descripción que aporta este modelo nos resulta especialmente interesante en el tratamiento de las conductas adictivas porque, como hemos visto anteriormente en el capítulo dedicado a las modificaciones cerebrales de la adicción, consigue restablecer el diálogo con el neocórtex para poder actuar sobre la adicción de forma voluntaria y razonada, al tiempo que incide en el control de impulsos y en el circuito de las recompensas.

El pensamiento creativo resultante actúa en la creación de nuevas redes neuronales que van a efectuar cambios en la memoria, el aprendizaje y el comportamiento, para ello se va a requerir de un periodo entre 4 semanas a 4 meses para estabilizar las nuevas conexiones neuronales. En este proceso de cambio podemos contemplar lo que actualmente llamamos plasticidad neuronal.

Como nos dice Rossi: "Los pensamientos novedosos y las experiencias emocionales serán repetidos creativamente en diálogos entre la corteza y el hipocampo durante el sueño y las ensoñaciones, que exploran sus posibilidades adaptativas. Es la repetición creativa de los diálogos de las ensoñaciones lo que genera la expresión génica dependiente-de-la-actividad y la plasticidad cerebral".

En la hipnosis, las "ensoñaciones" pueden resultar una simulación del estado o la conducta que deseamos conseguir y que, posteriormente, podrían extrapolarse al mundo real; igualmente servirían para conductas no deseadas que debiesen ser evitadas.

A través de los estados ampliados de consciencia podemos conseguir realizar repeticiones del futuro que deseamos construir, en el que se generen transformaciones de la mente y el comportamiento, llegando incluso a modificar la identidad.

Las adicciones sin sustancia, como ya hemos visto, se basan en la repetición de conductas indeseadas, en este caso, del uso excesivo de las Redes Sociales de Comunicación.

El control de impulsos (neocórtex prefrontal) se ve rebasado, la persona se ve incapaz de actuar para producir regulación, porque la activación del circuito de recompensas y por otro lado el *craving*, producen una incapacidad para activar lo que llamaríamos coloquialmente la fuerza de voluntad de la abstinencia. El pensamiento lógico se ve claramente

sobrepasado, primero porque a la persona en adicción, le cuesta trabajo admitir que está "enganchado" y piensa que es una exageración por parte de quienes le rodean y, además, porque el cerebro se ha transformado reforzando vías neuronales utilizadas por esa conducta indeseada y ha comenzado a funcionar de manera automática.

Se siente un irrefrenable deseo de mirar lo que está aconteciendo en los dispositivos tecnológicos, impidiendo mantener la atención sostenida en otras tareas, por ejemplo, trabajo, escuela. Previo a consultarlo aparece una excitación y tras consultarlo un alivio momentáneo; trascurrido un corto periodo de tiempo se vuelve a sentir la necesidad de interaccionar.

También los estados emocionales se vuelven dependientes de esas opiniones, refuerzos, reconocimientos del exterior o, por el contrario, enfurecen las descalificaciones o falta de aprecio en el que se confunden la persona con las producciones personales en redes. De tal modo que las emociones quedan secuestradas y dependientes de algo que escapa a la regulación propia.

Las líneas de lo privado quedan desdibujadas, se trivializan las relaciones personales. Se magnifican teóricas vidas felices, no dejando lugar a las emociones displacenteras. Podríamos hablar de un "felicidio" de corte infantil. Cuando se sienten esas emociones displacenteras, solo generan culpa por no poder sentirse feliz y se comienza una nueva consulta de las

redes para intentar conseguir ese estado deseado.

Este tipo de adicciones presentan características clínicas similares a aquellas con sustancia, como la pérdida de control, la excitación excesiva antes de realizar dicha conducta y el alivio en el momento de realizarla.

Por otro lado, aparecen pérdidas de sueño, que se ven muy influenciadas, además de por el síntoma típico en la adicción, por la exposición que recibe el cerebro a la multitud de puntos luminosos que producen los dispositivos electrónicos, incluida la televisión, que influyen en los ritmos circadianos.

Hay varias cosas con las que la hipnosis puede ayudar:

Con la autoestima y el empoderamiento, la persona puede cobrar más seguridad en sí misma y en sus capacidades. Puede obtener una perspectiva diferente sobre sus comportamientos, ser más creativa e imaginativa en la búsqueda de soluciones. Posibilita romper los patrones rígidos de comportamiento y flexibilizarlos.

Con el ciclo de sueño. Puede ayudar a crear hábitos y rutinas más higiénicas y correctas. A través de sugerencias y posteriormente auto-sugerencias de relajación.

Con la ansiedad, dotando a la persona de un instrumento valiosísimo: la autoinducción hipnótica o autohipnosis; instaurando así nuevos hábitos que contrarresten los automatismos creados a través de la

adicción. Aliviar la severidad de los síntomas de abstinencia a través de sugerencias.

La motivación. Se pueden crear tanto estímulos aversivos hacia el abuso como nuevas motivaciones que sustituyan a la conducta indeseada. En el caso de las adicciones a TIC's no buscamos la extinción de la conducta, sino la regulación, por tanto, no es conveniente trabajar con estímulos aversivos como haríamos con la adicción a sustancias, sino una estrategia de creación de una nueva conducta regulada que dosifique su uso.

También puede ayudar con la "fuerza de voluntad", es decir, ayudar a una mejor comunicación con el prefrontal, de manera que permita retomar el control de los impulsos.

Hay una idea de cómo la hipnosis está incluida en varias de las terapias breves (en sentido amplio) que, como ya dijimos, puede crear la expectativa de que en una o dos sesiones pueden hacer desaparecer "el ansia"; pero sabemos que para terminar con una adicción hay dos cosas indispensables, como ya se indicó en anteriores apartados: producir un desaprendizaje de la conducta adictiva, un aprendizaje de una nueva conducta y producir un cambio voluntario del estilo de vida.

Por tanto, se necesita de una reestructuración profunda y es un trabajo que puede resultar arduo, tanto para el paciente como para el terapeuta. Una de las grandes posibilidades de la hipnosis es que

nos permite modificar el cerebro tanto a nivel neuronal, gracias a la plasticidad cerebral, como a nivel génico.

**"La hipnosis es un proceso fisiológico real que puede ayudar claramente a las personas a sanar en ciertas circunstancias. La investigación científica, ahora finalmente tiene mejores herramientas, tales como pruebas de micromatrices de ADN e imágenes radiológicas, para investigar cómo funciona la hipnosis y para quien puede o no ser una parte útil de una estrategia de tratamiento. El ADN contiene el código genético inmutable que transmitimos de generación en generación. Nuestro cuerpo hace una copia de nuestro ADN inmutable en forma de ARN. Esta molécula de ARN, a su vez, se utiliza para producir proteínas esenciales, que desempeñan un papel específico en nuestro sistema. Los ejemplos incluyen hormonas y neurotransmisores, pero hay muchas otras proteínas que contienen información muy específica. Nuestros cuerpos pueden habilitar o deshabilitar la expresión de ciertos genes, si así lo desean. La mayoría de los genes que se activan o desactivan son controlados por desencadenantes biológicos, sin embargo, hay un gran número de genes que pueden ser activados o desactivados por nuestro comportamiento y pensamientos, entre otras cosas. Estos se denominan "genes dependientes de la experiencia". Cozzolino y Rossi fueron a investigar estos genes dependientes de la experiencia para ver si hay genes que son específicamente activados o*

desactivados por la hipnosis. Rossi ha estado soñando durante años con mostrar que la hipnosis puede tener un efecto médico. ¡La colaboración con el laboratorio de Cozzolino es ahora un primer paso!"

**(Dr. Paul Koeck, "¿kan hypnose ons genetisch manipulieren?")*

Todos los procesos neuro-psico-biológicos dependen de nuestros genes, pero pueden ser modificados y condicionados, utilizando estímulos psicológicos que activen repetitivamente nuestro neocórtex. Y para ello no existe mejor herramienta que la neuroreconstrucción emocional por medio de la hipnosis heurística y la psicoterapia creativa.

Es muy interesante trabajar con los síntomas producidos por el estrés, que como sabemos, desequilibran el funcionamiento de nuestro sistema nervioso autónomo y puede producir respiración clavicular, náuseas, dolor estomacal e intestinal, aceleración del ritmo cardíaco, pudiendo producir un pensamiento angustioso sobre problemas cardíacos y esos pensamientos alimentarán más el hiperfuncionamiento del sistema simpático.

El paciente debe aprender, analizar, afrontar y utilizar sus deseos. Es de gran ayuda aprender a hacerlos desaparecer sin necesidad de consumir. Es de mucha utilidad ayudarle a descubrir sus patrones de consumo para aprender a vigilarse ante la aparición del deseo, para descubrir sus signos y que ello le permita manejar la situación. Así se podrá trabajar mejor sobre las dianas de la terapia.

También podremos trabajar sobre el *craving* que no solo es un pensamiento angustioso, sino que producirá ansiedad. Para ello deberemos inducir al inconsciente, de manera creativa, a que no es imprescindible consumir, si no que podemos generar una nueva conducta que refuerce las vías que aportan serotonina, dopamina y oxitocina de manera natural.

La serotonina actúa regulando la intensidad de las señales de las células nerviosas, en especial las de dolor, en las neuronas receptoras. También está muy relacionada con el tracto gastrointestinal.

Las endorfinas que generan un efecto analgésico, muy parecido a la morfina. La risa, el deporte y el paseo, producen su segregación, frecuentar amigos y personas queridas, el baile, descansar bien, mantener contactos con la naturaleza, etc.

La oxitocina, su función está asociada con la afectividad, la ternura, el contacto. Se activa asociado a las situaciones en las que recibimos o damos cuidados, sentimos la amabilidad de los demás o se la damos y cuando hacemos o nos hacen favores. Diríamos que es la responsable del bienestar en el sentido de calma, por lo tanto, palía situaciones de estrés y ansiedad.

Al trabajar con hipnosis ponemos en juego las neuronas espejo; una de las maneras es generar, de forma imaginada, todas las circunstancias placenteras que hemos descrito en el párrafo anterior; es la misma técnica que utilizan los deportistas de alto

rendimiento practicando sus ejercicios de manera virtual en la mente, para mantener las vías neuronales muy conectadas. También se hace para acortar el tiempo de recuperación de personas que se han visto obligadas a parar por cualquier tipo de lesión.

Ernest Rossi utiliza el término de "heurísticos de procesamiento implícito". La heurística, como sabemos, es la ciencia o el arte del descubrimiento; nos muestra las estrategias que guían hacia el descubrimiento, sirve para analizar los materiales recopilados durante una investigación.

Los heurísticos se refieren a ese material que de manera no explícita (con metáforas y alusiones no directas, ambiguas o vagas) se formulan para que el subconsciente del paciente las procese.

Sabemos que la hipnosis está presente de forma espontánea en muchos actos y que produce una excitación cortical. En la corteza es donde se producen los diálogos creativos, para ello debemos emplear palabras aparentemente neutras, pero que implícitamente provoquen un neuro-feedback. La novedad, el ejercicio, el entrenamiento y la focalización voluntaria de la atención pueden facilitar el crecimiento y la reorganización de las redes neurales del cerebro.

El hipocampo es la primera "parada" de un recuerdo, el cual almacenamos por la influencia en el aprendizaje de la emoción de sorpresa. Posteriormente lo consolidamos durante el sueño,

ensoñación y descanso y queda preparado para ser utilizado por el neocórtex, es decir, por la consciencia.

Este proceso, apoya la idea de que el hipocampo es el rápido aprendiz online que "enseña" al lento córtex offline.

La repetición creativa de experiencias vitales significativas, novedosas y adaptativas entre el córtex y el hipocampo es el proceso vital básico que buscamos facilitar en la psicoterapia, la hipnosis terapéutica y la rehabilitación.

En palabras de Luis de Rivera, la enfermedad es un círculo vicioso. Aaron Beg nos dice que debemos procurar que los conflictos internos dejen de reactivarse (enfoque cognitivo conductual). Y que los enfoques psicoanalíticos que se dirigen al ¿por qué?, vayan ayudando a deshacer los conflictos.

A modo de conclusión podemos aducir que las terapias ASCI (ampliación de estado de consciencia) nos permiten entrar en contacto con nuestro mundo interno y producir la homeostasis. Tenemos que entender que la homeostasis no solo se refiere al cuerpo, sino a recuperar el equilibrio y la salud en todos los sentidos, tanto emocional como psicológico.

Y que entre todas estas terapias la hipnosis es una de las más potentes, por su alcance, versatilidad y flexibilidad para adaptarse a multitud de situaciones de pérdida de equilibrio y propiciar una recuperación.

La particularidad de las adicciones a redes sociales y a los Smartphone, como hemos ido argumentando, es un terreno en el que se puede trabajar especialmente bien con hipnosis.

Referencias y enlaces

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf
ENCUESTA OEDA-COVID Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones 2020

<https://doi.org/10.1038/s41586-018-0789-4>
Stochastic synaptic plasticity underlying compulsion in a model of addiction. Vincent Pascoli et al. *Nature*, volume 564, pages366–371 (2018).

<https://science.sciencemag.org/content/335/6068/601>
Estructura cerebral anormal implicada en la adicción a las drogas estimulantes Karen D. Ersche, P. Simon Jones, Guy B. Williams, Abigail J. Turton, Trevor W. Robbins, Edward T. Bullmore.

http://horarioscentros.uned.es/archivos_publicos/qdocente_planes/1070685/16tratamientoadiccioninsustancia2018.pdf

Protocolo de tratamiento de las adicciones sin sustancia psicoactiva F. Mora Mínguez, H. Dolengevich Segalb, y J. Quintero, Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España. Fundación Psiformación. Madrid. España. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario del Henares. Coslada. Madrid. España.

<https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/adiccion-drogas-hereditaria-segun-investigadores.html>

El consumo de Drogas podría ser hereditario

<http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Neurobiolog%C3%ADa-de-las-adicciones1.pdf>

Manual de adicciones para médicos especialistas en formación, Cesar Pereiro Gómez, ed. por Socidrogalcohol y Ministerio de Sanidad. Billieux J, Maurage P, Lopez-Fernandez O, Kuss DJ, Griffiths MD. ¿Se puede considerar el uso desordenado del teléfono móvil como una adicción al comportamiento? Una actualización de la evidencia actual y un modelo integral para la investigación futura. Informes actuales de adicción. 2015; 2 (2): 156–62. [Google Académico]

<https://www.ernestrossi.com/documentos/librogratis-2.0-r081118.pdf>

La nueva Neurociencia de la psicoterapia, la hipnosis terapéutica y la rehabilitación: un diálogo creativo con nuestros genes, Ernest Lawrence Rossi, Ph.D. y Kathryn

Lane Rossi, Ph. D, traducción Jorge Cuadros. Publicado por El Instituto Milton H. Erickson de la Costa Central de California

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Adolescente enfermedad mental OMS

<https://aihce.net/la-neurociencia-avala-la-hipnosis-terapeutica/>
hipnosis y heurística

<https://www.comunidad.madrid/noticias/2018/04/12/psicologos-incorporados-centros-salud-comienzan-prestar-atencion>

Los psicólogos en la atención primaria. CAM

<https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Servicios de salud mental y COVID

<https://www.sciencemag.org/>
Revista Science

<https://www.euskadi.eus/informacion/adicciones-comportamentales-sin-sustancia/web01-a3adicom/es/>
Euskadi general

<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-craving-adiccion-drogas-13021690>
Craving

http://horarioscentros.uned.es/archivos_publicos/qdocente_planes/1043501/16tratamientoadiccioninsustancia2018.pdf

Tratamiento

https://es.qaz.wiki/wiki/Problematic_smartphone_use

Uso problemático del smartphone

Alicia Torres Lirola

Pedagoga

www.caballosqueducan.com

lirola1960@gmail.com

