



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Evaluación de los usos del celular y su efecto en las adicciones
conductuales

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
David Efren Hernández Castillo

Directora: Dra. Rosa Isela Ruíz García
Dictaminadores: Dr. Florencio Miranda Herrera
Lic. Juan Carlos Jimenez Mejía

Vo. Bo.
Dra. Rosa Isela Ruíz García
[Firma]

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de
Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN305321.
Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“El conocimiento solo puede difundirse en el ámbito de las prácticas que tienen lugar como lenguaje...”

EMILIO RIBES

“Sin sensibilidad no nos sería dado objeto alguno; y sin entendimiento, ninguno sería pensado. Pensamientos sin contenido son vacíos, intuiciones sin conceptos son ciegas.”

IMMANNUEL KANT

“... una de las principales tareas del científico es evitar contaminar sus investigaciones con actitudes tradicionales o con consideraciones originadas en áreas adyacentes de la vida cultural.”

J. R. KANTOR

“La ciencia agrupa, liga, coordina. El arte separa, define, individualiza.”

TORRES BODET

“El artista sabe mejor: su arte no refleja la realidad. La funda.”

CARLOS FUENTES

“... el mal no consiste nunca sino en el escándalo que promueve. Si: el escándalo del mundo es lo que produce la ofensa, y no es pecar...”

MOLIÈRE

“Así, ando vacilante del deseo al goce, y en el goce suspiro por el deseo.”

J. W. GOETHE

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Concepción de adicción.....	4
1.1 Modelos de explicación de la adicción.....	11
1.2 Dimensión psicológica de la adicción.....	16
Capítulo 2. Adicciones conductuales.....	20
2.1 Caracterización de las adicciones conductuales.....	21
Capítulo 3. Adicción al celular.....	25
Planteamiento del problema.....	27
• Objetivo general.....	32
• Objetivos específicos.....	32
Método.....	33
• Participantes.....	33
• Instrumento.....	33
• Procedimiento.....	34
• Análisis de datos.....	34
Resultados.....	36
Discusión.....	50
Conclusiones.....	54
Referencias.....	55
Anexos.....	60

Resumen

La adicción al celular (AC) es un fenómeno social que produce ansiedad, depresión, alterara los ritmos del sueño, dificulta la relación familiar y el aprovechamiento académico, además de que se caracteriza por causar síntomas relacionados con las adicciones a sustancias y síntomas relacionados con las adicciones conductuales. Entre la población más vulnerable, se encuentra la población universitaria. A pesar del crecimiento exponencial del uso del celular, en México son escasas las investigaciones que exploren si el uso es adictivo o recreativo, además, existen pocos instrumentos que evalúen los posibles usos adictivos; de esta manera, el objetivo de este trabajo fue evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento con la capacidad de medir el nivel de AC. El instrumento se aplicó a 207 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores de la UNAM. El instrumento se sometió a la evaluación de 4 jueces expertos para ponderar la validez de contenido y se obtuvo un grado de concordancia de 0.356 en la categoría de pertinencia y de 0.558 en la redacción de los ítems. La validez de constructo se obtuvo mediante un análisis factorial exploratorio con una extracción de máxima verosimilitud y una rotación oblicua; se obtuvo 0.919 en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), y un valor de chi-cuadrada de 3176.823, gl 378, estadísticamente significativa ($p < 0.001$). El grado de confiabilidad se analizó con un Alfa de Cronbach obteniendo un coeficiente de 0.940 lo cual evidenció una alta consistencia interna. De esta manera, se concluye que las condiciones psicométricas del instrumento son las pertinentes para comenzar a evaluar a la población y se sugiere que, de forma integral, se haga investigaciones que sumen otros instrumentos para obtener resultados con un mayor poder explicativo sobre el fenómeno de la AC.

Palabras clave: *adicción al celular, adicciones conductuales, adicción a sustancias, validez y confiabilidad*

Una de las principales características del ser humano es el lenguaje, esta facultad permite, entre otras cosas, la comunicación entre sus congéneres para poder convivir en sociedad (Ribes, 2021). Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) es un área de conocimiento encargada de crear productos tecnológicos que efficienten las prácticas comunicativas entre los seres humanos, un ejemplo son los celulares o teléfonos inteligentes (Mantilla, 2017).

El celular es una herramienta que, conforme avanza el tiempo, ha trascendido las funciones comunicativas proveyendo otro tipo de espacios que auspician su uso constante, lo anterior ha provocado efectos negativos en la sociedad de diferente índole (Bianchi & Phillips, 2005; Cambra, Díaz, Martínez y Gonzáles, 2020; Sinan & Mevlüt, 2020).

Una labor de la ciencia aplicada es generar conocimiento que brinde solución a los problemas sociales que van emergiendo (Ribes, 2021). La Adicción al Celular (AC) es un problema vigente que centra su atención en la emergencia de síntomas relacionados con las adicciones a sustancia y/o adicciones conductuales como consecuencia del uso excesivo del celular (American Psychiatric Association, 2013; American Society for Addiction Medicine, 2010; Griffiths, 2005; Koob & Le Moal (2006); OMS (2005); World Health Organization, 1992). El presente trabajo abordó esta problemática, evaluando la validez y confiabilidad de un instrumento con la capacidad de medir el fenómeno.

Dicho lo anterior, en primer lugar, se expone la noción general que se tiene sobre las adicciones, saber desde qué modelos se ha abordado esta problemática en la ciencia y establecer la dimensión psicológica del fenómeno. En segundo lugar, se indaga sobre las adicciones conductuales, una categoría contemporánea que engloba aquellas conductas repetitivas que producen placer y alivio tensional y que lleva a una

pérdida de control de la misma, así también, se indaga sobre la evidencia reportada con relación al estudio de la AC, pues a pesar de que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades mentales (DSM por sus siglas en inglés), aún no reconocen la AC como una adicción conductual, es un fenómeno que comparte las características esenciales de éstas.

Posteriormente, se presenta primero el objetivo general y los objetivos específicos seguidos de la metodología empleada en nuestro trabajo experimental, los resultados obtenidos y el análisis de estos cuyo objetivo descansa en establecer la validez y confiabilidad del instrumento.

Capítulo 1. Concepción de Adicción

Adicción es un término que se usa frecuentemente en prácticas sociales muy diversas, por ejemplo, puede referir a un comportamiento repetitivo de cualquier índole, ya sea la comida, pronunciar una palabra, ver a una persona, consumir una sustancia, entre otro tipo de comportamientos. Buscar un significado consensuado a esas prácticas del lenguaje ordinario resultaría imposible. Existe también un uso de este término en las prácticas artísticas y las religiosas, en estas áreas el significado es igualmente múltiple y con frecuencia metafórico (Díaz-González & Carpio, 1996; Ribes, 2009).

El hecho de que en la mayoría de las prácticas sociales un término como el de adicción tenga múltiples significados es evidencia de lo complejo que es la realidad. En ciencia, uno de los principales objetivos es explicar esa realidad tan compleja, para conocerla es necesario poner un orden a esas señales tan heterogéneas que nos expone, es así como el científico crea categorías abstractas capaces de abarcar todos los fenómenos particulares que la sociedad o la naturaleza nos impone (Cassier, 2004; Díaz-González & Carpio, 1996; Ribes, 2009).

De esta manera, es pertinente que los conceptos o categorías que use la ciencia tengan un significado único o al menos consensuado. He ahí la necesidad de entrar en contacto primeramente con la concepción que se tiene del fenómeno de la adicción en el mundo científico (Cassier, 2004; Díaz-González & Carpio, 1996; Ribes, 2009).

Como es de esperarse, el término de adicción no surgió espontáneamente en la comunidad científica, su uso y significado tiene una historia. Aunque en este trabajo se abordan las adicciones no relacionadas a sustancias, específicamente la AC, para aprehender una noción de lo que entendemos por AC es indispensable echar un vistazo

a la historia del concepto de adicción a sustancias, pues las llamadas adicciones conductuales son un tema relativamente contemporáneo (Cía, 2013; Nathan, Conrad & Skinstad, 2016; Zou, Wang, d'Oleire Uquillas, Wang, Ding & Chen, 2017).

Si bien existe una amplia variedad de sustancias susceptibles de estar involucradas en el fenómeno de las adicciones, la bibliografía muestra más información sobre el consumo de alcohol (Nathan et al., 2016; Zou et al., 2017).

La evidencia más antigua sobre el consumo de alcohol la encontramos en la antigua China, desde el año 10,000 antes de cristo (A.C.), cuyos habitantes comprobaron que la combinación de fruta fermentada con granos orgánicos podía producir bebidas embriagantes. La perspectiva religiosa nos abre la puerta para conocer las prácticas de consumo de aquel entonces. En general, la inmensa mayoría de comunidades religiosas de aquel entonces aceptaba el consumo de alcohol, sin embargo, ya desde esos tiempos, el consumo se regulaba, así, aquellas personas que consumían alcohol en exceso eran etiquetados como inmorales (Nathan et al., 2016).

Posteriormente, las condiciones materiales de existencia de la Edad Media propiciaban un mayor consumo de alcohol, esto porque en aquel tiempo eran deficientes los mecanismos de traslado de agua potable, por lo tanto, aquel que la consumía tenía una gran probabilidad de enfermar por beber agua contaminada, siendo así que hasta se llegó a considerar el vino como componente de la dieta de las personas. En esta época la religión también jugaba un papel importante para regular el consumo de alcohol; personajes como Calvino y Lutero, por ejemplo, creían que el vino era un regalo de Dios, pero había que tomarlo con prudencia (Nathan et al., 2016).

Fue hasta que inició la Revolución Industrial (momento en el que el sistema social demandaba mano de obra confiable y trabajadora) cuando aumentó más el control sobre el consumo de alcohol en Europa (Nathan et al., 2016).

Ya en tiempos de la Ilustración, es decir, de mediados del siglo XVIII hasta el siglo XIX, donde la comunidad intelectual trató de desligarse del conocimiento religioso para dar cabida a la razón y a crear conocimiento científico, el consumo problemático del alcohol comenzó a estudiarse por la psiquiatría; personajes como el francés Pinel o el estadounidense Rush, declaraban el consumo crónico de alcohol como una enfermedad desde inicios del siglo XIX (Nathan et al., 2016).

El movimiento social por la Templanza que surge en Estados Unidos para combatir el consumo de alcohol es un referente en la concepción que se tiene sobre la adicción incluso hoy en día. Este movimiento social con tintes religiosos que atacaba el consumo de alcohol por sus consecuencias morales y sociales como la violencia doméstica, en su tercera ola (1893-1933), desencadenó la creación de políticas públicas que prohibieron el consumo de alcohol de 1920 a 1933 (Alabau, 2011; Nathan et al., 2016).

Los resultados de la prohibición de alcohol no fueron los esperados, pues, aunque hubo una disminución de arrestos por embriaguez, no disminuyeron los problemas sociales, económicos y médicos asociados al consumo crónico de alcohol, incluso algunos estudios revelan que hubo un aumento en la tasa de crímenes relacionados a esta problemática (Alabau, 2011; Nathan et al., 2016).

Aunque la prohibición terminó en 1933, el movimiento por la Templanza consolidó la creencia de que el consumo de alcohol producía problemas biológicos, morales y creaba entornos adversos. Incluso este movimiento facilitó el nacimiento de

grupos de autoayuda para tratar el alcoholismo, por ejemplo, los grupos Oxford y los grupos que hasta la fecha juegan un papel muy importante en la atención de los comportamientos que se juzgan como adictivos: Alcohólicos Anónimos (AA) (Alabau, 2011; Nathan et al., 2016).

Así, el rápido crecimiento de los grupos de AA, el incremento de investigaciones psiquiátricas y psicológicas sobre las adicciones y particularmente la publicación de *El concepto de enfermedad del alcoholismo* por Jellinek's, ayudaron a formar la concepción del consumo crónico de alcohol como una enfermedad con fuertes raíces espirituales (Alabau, 2011; Nathan et al., 2016).

Con base en lo planteado hasta este momento, podemos dar cuenta de cómo el consumo excesivo de una sustancia como el alcohol, desde una perspectiva histórica, ha oscilado como un problema de orden moral, a uno de orden biológico, es decir, una patología, si antes la religión era la encargada de regular comportamientos relacionados con el consumo de sustancias desde una lógica moral, ya en la época Moderna, la psiquiatría tomó ventaja como comunidad reguladora de dichos comportamientos desde una óptica biológica (Apud & Romaní, 2016; Nathan et al., 2016).

En esas condiciones surgieron intentos por censar, diagnosticar y estandarizar ciertos desórdenes mentales dentro de la población que habitaba los hospitales psiquiátricos, surgiendo así, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM) en Estados Unidos (Apud & Romaní, 2016; Cía, 2013; Nathan et al., 2016; Zou et al., 2017).

Este manual es axial en la construcción de la concepción que se tiene sobre las adicciones, pues es un instrumento que se utiliza en la comunidad científica desde su

primera versión, en 1952, hasta la fecha para diagnosticar la adicción a sustancias (Apud & Romaní, 2016).

Si escudriñamos la noción que ha venido teniendo el DSM sobre el trastorno relacionado a sustancias, veremos que generar los criterios para poder diagnosticar a la adicción no ha sido una tarea fácil; en la primera versión se ubicaba el consumo agudo de sustancias en las categorías de *Trastornos Socio patológicos de la Personalidad*, junto con la conducta antisocial, reacción disocial y desvío sexual. Aquí se valoraba el consumo crónico como un asalto a la moral que producía un impacto negativo en la propia persona y en su círculo social (Nathan et al., 2016).

En la segunda versión de 1968 se comienza a priorizar el factor biológico, agregando el síndrome de abstinencia y la incapacidad de la persona para pasar un día sin beber como criterios de diagnósticos. En el DSM-III de 1980 se realizan cambios sustanciales, primeramente, se le cambia la etiqueta al consumo problemático como *Trastorno de uso de sustancias*, también se distingue entre uso, abuso y dependencia a la sustancia, considerando más severa a la dependencia que se identificaba a partir de la tolerancia y abstinencia (Nathan et al., 2016).

En la revisión del DSM-III que se hizo en 1987 se llegó al acuerdo de que era necesario tomar en cuenta los síntomas relacionados con la falta de control, para poder diagnosticar la dependencia a la sustancia, pues los síntomas fisiológicos de tolerancia y abstinencia, por sí mismos, no explicaban la dependencia en todos los casos, por ejemplo, en el caso del consumo de marihuana, la tolerancia y abstinencia no se presentaba, sin embargo si existía una dependencia ilustrada en la falta de control (Nathan et al., 2016).

En la versión IV del DSM, el nombre del trastorno cambió de *Trastorno de uso de sustancias* a *Trastorno relacionado a sustancias*, esto con el objetivo de abarcar una mayor cantidad de fenómenos como el consumo de drogas de abuso, efectos secundarios por medicación y la exposición a toxinas. Dentro de esa nueva categoría se crean 2 nuevas subcategorías; *Trastorno de uso de sustancias* que incluye abuso de sustancias y dependencia de sustancias, y *Trastorno inducido por sustancias* que incluye efectos de sustancias como intoxicación, demencia, amnesia, etc. (Nathan et al., 2016).

Por último, en el DSM-V se define la subcategoría de *Trastorno de uso de sustancias* como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y biológicos que muestran un uso persistente de la sustancia a pesar de sus consecuencias problemáticas. En esta edición se elimina la distinción entre abuso y dependencia, y se crean 3 categorías; *Trastorno de uso de sustancias leve*, *Trastorno de uso de sustancia moderado* y *Trastorno de uso de sustancias severo*, y de igual forma, se elimina el uso del término “Adicción” por lo ambiguo de su definición y su connotación negativa (Apud & Romaní, 2016; Cía, 2013; Nathan et al., 2016; Zou et al., 2017).

En esta última versión se muestra más evidente el peso biológico en el estudio de las adicciones al sostener que una forma de identificar el consumo en exceso de cualquier sustancia o repetición de cualquier comportamiento donde no haya sustancia de por medio (*Condiciones relacionadas a adicciones conductuales*) como el trastorno de juego, identificados a partir de la activación del Sistema de la Recompensa ubicado en la zona mesocorticolímbica del cerebro (Apud & Romaní, 2016; Cía, 2013; Nathan et al., 2016; Zou et al., 2017).

En conclusión, la concepción de adicción o el uso problemático relacionado a sustancias en un inicio tuvo connotaciones más morales antes que biológicas,

posteriormente, a partir de los estudios de la disciplina psiquiátrica de mediados del siglo XIX hasta la fecha, la dimensión biológica comenzó a cobrar mayor importancia en el análisis de los comportamientos adictivos dejando a un lado el factor social en términos de valoraciones morales.

En el siguiente capítulo se abordarán los modelos paradigmáticos con base en los cuales se ha estudiado la adicción.

1.1 Modelos de explicación de la adicción

En el capítulo anterior entramos en contacto con la noción de adicción, desde una perspectiva histórica, y se observó que la noción que se tiene sobre las adicciones ha permeado diferentes formas de conocimiento y ha atravesado criterios para su diagnóstico igualmente diversos. A pesar de lo anterior, cuando hablamos del estudio empírico de las adicciones, se puede dar cuenta de que encontrar una armonía multidisciplinaria que converja en sincronía para dilucidar el problema de las adicciones no ha sido una tarea fácil.

En este capítulo se exponen los modelos que han intentado explicar y aportar vías de solución a las adicciones.

Apud y Romaní (2016) hacen un meta-análisis de cómo se ha abordado la problemática de la adicción y sugieren que este fenómeno se ha estudiado a la luz de tres modelos; el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo sociocultural.

Modelo biomédico

El modelo biomédico concibe la adicción como una *enfermedad del cerebro*, explicándolo en términos evolutivos, acuñando conceptos como neuroplasticidad, adaptación y mecanismos de recompensa que regulan las conductas adaptativas y sobre los que la droga actúa generando una necesidad artificial. El sistema mesocorticolímbico, o también llamado sistema de la recompensa, está altamente relacionado con la cognición, las emociones y las conductas adictivas, el componente más representativo de este sistema es el núcleo accumbens (Naac) que manda proyecciones gabaérgicas al área tegmental ventral (ATV), recibe dopamina (DA) del ATV, acetil colina del septum lateral e inputs glutamatérgicos de la amígdala, hipocampo y de los núcleos parametrales (Russo & Nestler, 2013). Existe una robusta

bibliografía que da cuenta de que los efectos reforzantes de las drogas que provocan los efectos adictivos se pueden explicar a partir de la liberación de DA proveniente de ATV hacia el Naac, los mecanismos que actúan en este sistema siguen siendo estudiados en el área de las neurociencias con el objetivo de proponer agentes farmacológicos con potencial terapéutico en las adicciones, el objetivo principal es regular la liberación de DA que se proyecta hacia el Naac en el consumo de drogas.

Conforme fue avanzando el conocimiento en este modelo empezó a emerger la necesidad de recurrir a conceptos psicológicos, no obstante, se carecía de un consenso sobre qué era lo psicológico, asumiendo así a la adicción de forma pragmática como una suma de dependencias físicas y psicológicas, sin tener certeza de qué referían con lo segundo (Apud y Romaní, 2016).

Modelo biopsicosocial

De esta manera fue como se cimentaron las bases del modelo biopsicosocial, como respuesta a la incapacidad del modelo biomédico de explicar el fenómeno de las adicciones cuyo origen se reducía al cerebro, no obstante, aunque formalmente en el nombre se integra a la psicología y sociología, funcionalmente no se da una verdadera integración disciplinaria, pues la dimensión biológica sigue siendo la que mayor peso tiene, y fue hasta 1970 cuando los estudios sociales y psicológicos tuvieron más interés, confrontando la noción de la adicción como *enfermedad del cerebro* (Apud y Romaní, 2016).

Modelo sociocultural

Por último, tenemos al modelo sociocultural, que incorpora a la sociología y antropología, a través de metodologías cualitativas de investigación, permite observar *in*

situ las prácticas concernientes a la adicción y profundizar en las experiencias subjetivas, concluyendo así, que la sociedad tiene una función estigmatizadora y segregadora, que auspicia el comportamiento adictivo (Apud y Romaní, 2016).

Lo anterior pone de manifiesto una distancia directa entre la biología y la sociología en su ejercicio de explicar las adicciones, es pertinente mencionar aquí que la psicología juega un papel poco claro, pues si se indaga en la evidencia aportada por este campo de conocimiento, nos podremos dar cuenta que en un momento trabaja de la mano de las ciencias biológicas y en otro de las ciencias sociales.

Actualmente el DSM juega un papel significativo para diagnosticar trastornos, es decir, esta asociación cada cierto tiempo establece los criterios con base en los cuales un alto porcentaje de la comunidad científica entiende los trastornos como la adicción. Sin embargo, analizando la lógica de lo que el DSM entiende por trastornos, se evidencia una tendencia a comprender los fenómenos desde un modelo biomédico con alguna apertura a lo psicológico pasando por alto la dimensión social (Cía, 2013; Nathan, et al., 2016; Petry, Zajac & Ginley, 2018).

Según Stein, Philips, Bolton, Fulford, Sadler y Kendler (2010), del DSM-IV al DSM-V, todos los trastornos comparten los siguientes criterios:

- A. Se caracterizan por ser un patrón de síntomas o síndrome.
- B. Deben de llevar a la persona a una consecuencia significativa de angustia y discapacidad.
- C. Puede surgir por una disfunción psicobiológica (cuyo mecanismo pudiera ser desconocido).
- D. No debe reflejar una respuesta a factores estresantes o una respuesta sancionada culturalmente.

E. No debe resultar principalmente de conflictos sociales o desviaciones.

Como se puede observar, el criterio D y E explícitamente establecen una distancia con los elementos socioculturales en el diagnóstico de los trastornos, el argumento que se da es que las valoraciones sociales no deben de formar parte del diagnóstico por ser susceptibles de estigmatizar (Stein et al., 2016).

Partiendo de este supuesto, pareciera que hay un dilema, esto es, la adicción es una problemática social, pero, su diagnóstico debe estar al margen de las valoraciones sociales para evitar la estigmatización. En este trabajo se establece una diferencia entre las prácticas sociales que sí estigmatizan y/o valoran ciertas formas de comportarse, y las ciencias sociales, que es una disciplina encargada de explicar los comportamientos de grupos sociales (Díaz-González & Carpio, 1996; Ribes, 2009; Ribes, 2019).

La dimensión social es un elemento fundamental en la concepción de una problemática, la sociedad delimita lo que es un problema y lo que no lo es, el papel de los profesionales es abstraerse de esas prácticas y distinguir los elementos que expliquen el funcionamiento de los problemas sociales y sus posibles soluciones (Díaz-González & Carpio, 1996; Ribes, 2021).

Todo fenómeno social o problemática como las adicciones tienen un carácter complejo, por complejo se entiende que lo componen diversos niveles analíticos que en sincronía tiene un potencial para atender las problemáticas sociales. Los estudios deben mostrar una tendencia integral para producir conocimientos que doten a la comunidad de posibles soluciones a sus demandas (Díaz-González & Carpio, 1996; Ribes, 2021).

En el presente trabajo, se pretende estandarizar una prueba capaz de evaluar el uso adictivo del celular, para esto, desde un punto de vista psicológico, es de vital importancia tomar en cuenta los síntomas biológicos que, según la evidencia, expresan

aquellos sujetos que despliegan un uso adictivo del celular, y también las valoraciones sociales que intervienen en este fenómeno, debido que la dimensión psicológica siempre tendrá una interdependencia analítica con su congénere social y biológico (Díaz-González & Carpio, 1996; Ribes, 2021). Dicho lo anterior, en el siguiente capítulo se expone el enfoque con base en el cual se analizará la dimensión psicológica del uso adictivo o problemático del celular.

1.2 Dimensión psicológica de la adicción

Caracterizar la dimensión psicológica en una problemática social como la adicción es un asunto axial para poder dilucidar qué y cómo abordar el fenómeno. Como hemos visto, en la adicción intervienen varias dimensiones de análisis, las que mayor participación tienen en los estudios multidisciplinarios e interdisciplinarios, a parte de la psicología, son la biología y la sociología. En el devenir de la psicología como una disciplina que busca una independencia con respecto a las demás ciencias, hemos visto que su proceder siempre oscila entre estas dos disciplinas, la biología y las ciencias sociales (Kantor, 1980; Ribes, 2021).

No es objetivo de este trabajo hacer un meta-análisis sobre qué debería estudiar el psicólogo y cómo hacerlo, por supuesto tampoco se tiene la intención de criticar las formas intrincadas en que la psicología se disfraza de sus congéneres, sea la biología o la sociología, sin embargo, si es pertinente establecer bajo qué teoría se trabajará para guiarnos en el ejercicio de delimitar lo que estudiamos, ya que, como lo sugiere Kant (2018/1781) en su obra *Crítica a la Razón Pura*, los “pensamientos sin contenido son vacíos, las intuiciones sin conceptos son ciegas” (citado en *La lógica trascendental*, Folio 76); por lo tanto, poco alcance tendría este estudio si se hace privado de una teoría que lo sustente.

En ese orden de ideas, es menester aclarar que en este trabajo se considera a lo psicológico como una interacción recíproca entre el organismo con el ambiente, esta concepción la establece Kantor (1980) como objeto de estudio de la psicología. La razón por la que se eligió esta teoría para abordar este fenómeno estriba en que este cuerpo de conocimientos le brinda a la psicología una independencia analítica y también otorga un espacio de convivencia entre sus disciplinas vecinas.

La característica principal de la teoría interconductual es que estudia los fenómenos psicológicos a partir de un modelo de campo, lo cual permite analizar todos los elementos presentes dentro de una interacción, es decir, al individuo y los estímulos del ambiente -función estímulo-respuesta-, los elementos que no están presentes pero que juegan un papel probabilístico para la ejecución de una conducta, esto es, la historia comportamental del individuo (factores disposicionales) así también, esta teoría reconoce que el comportamiento del individuo es posible gracias a su condición biológica, como miembro de un especie, y a los aspectos fisicoquímicos del ambiente, pero también, reconoce que toda interacción humana es posible y se ve regulada gracias a las normas sociales (medio de contacto convencional) (Kantor, 1980; Ribes & López, 1985; Ribes & Pérez-Almonacid, 2011).

El medio de contacto es una categoría que acuña la teoría interconductual como una *interfaz interdisciplinaria* para dar cuenta de las condiciones necesarias que deben de existir para que el comportamiento de los individuos se exprese (Ribes & Pérez-Almonacid, 2011).

Lo que la comunidad científica define como AC es comportamiento, es decir, es la interacción de un individuo con un celular susceptible de conectarse a la red. Según la literatura, se han estudiado diversos factores que intervienen en esa interacción, algunos son inherentes al individuo o a los estímulos del ambiente, por ejemplo, la condición biológica de las personas o las particularidades de los objetos de estímulo (celular); en la teoría interconductual se pueden ubicar estos factores bajo la categoría de medio de contacto fisicoquímico y orgánico de la AC (Kwon et al., 2013; Ribes & Pérez-Almonacid, 2011).

Otros factores necesarios para que se exprese la AC tienen que ver con el desajuste de los usuarios del celular a ciertas convenciones sociales, por ejemplo, usar el

teléfono cuando se está manejando, ver contenido moralmente negativo como videos pornográficos, dejar de hacer prácticas socialmente esperadas como estudiar, en el caso de las personas escolarizadas por usar el teléfono, entre otros; a esta serie de criterios socialmente impuestos que posibilitan la AC, la teoría interconductual les denomina medio de contacto convencional (Kwon et al., 2013; Ribes & Pérez-Almonacid, 2011).

En síntesis, la teoría interconductual es una herramienta que nos ayudará a representar lo que la comunidad de científicos ha denominado AC. Pues, como lo veremos más adelante, este fenómeno se compone de una diversidad de factores que en algún momento parecieran inconexos para el estudio de la conducta individual, sin embargo, gracias a la categoría de medio de contacto, podemos articular los factores biológicos y sociales que intervienen en la AC para explicar la dimensión psicológica.

Si bien el estudio de lo psicológico se encamina a lo individual y particular, el intento de estandarizar una prueba que pretenda normalizar y medir los usos adictivos del celular tiene su justificación por ser una aproximación al fenómeno, tratar de entenderlo y representarlo, una prueba estandarizada jamás suplirá la labor del psicólogo; lo que se busca son datos poblacionales significativos para explicar un fenómeno como la AC que ha causado muchas problemáticas en las prácticas del individuo en diferentes etapas y en diferentes áreas de su vida, afectando incluso su condición biológica (Sinan & Mevlüt, 2020). Es importante analizar esto, porque el uso de los instrumentos ha abierto las puertas para “medicalizar” la práctica psicológica, es decir, se ha pretendido reducir el diagnóstico e intervención a los resultados arrojados por un instrumento estandarizado, provocando así la estigmatización de conductas valoradas socialmente como problemáticas (Ribes, 2021).

El presente trabajo se orienta a estudiar a la población universitaria, conocer en qué momento el celular deja de tener una función que facilite al individuo ajustarse a

sus prácticas cotidianas, saber en qué condiciones el celular tiene el potencial de obstaculizar el desarrollo del universitario.

La comunidad de científicos ha optado por llamar *adicciones conductuales* a esta serie de comportamientos que desajustan al individuo en su condición biológica o social, este tipo de adicciones toma distancia de las que hay una sustancia de por medio (ej. Cocaína, alcohol, tabaco, etc.). En el siguiente capítulo se discute sobre este tipo de fenómenos.

Capítulo 2. Adicciones Conductuales

Como se ha visto anteriormente, la adicción a sustancias es un fenómeno que se ha conocido desde diferentes vertientes, y desde la óptica científica, se ha hecho bajo diferentes modelos (Apud & Romaní, 2016). Conforme ha avanzado el conocimiento sobre la problemática de la adicción, se ha demostrado que en este fenómeno trasciende el marco de las sustancias, es decir, se ha observado que hay comportamientos que, sin sustancia, han adquirido morfologías características de la adicción relacionada a sustancias, pues, aunque no hay un consenso estricto sobre qué es una adicción conductual, se sabe que la pérdida de control es un patrón que se replica en todos los casos. Esta pérdida de control frecuentemente se valora a partir de que el individuo se desajusta de ciertas prácticas que llevaba en el pasado, en el presente o que tiene que llevar en el futuro (American Psychiatric Association, 2013; American Society for Addiction Medicine, 2010; Bianchi & Phillips, 2005; Cía, 2013; Griffiths, 2005).

2.1 Caracterización de las Adicciones Conductuales

Aunque ya se ha mencionado en este escrito la tendencia a reducir las problemáticas de las personas a una óptica biomédica de los manuales diagnósticos, es importante tomar en cuenta los criterios que establece el DSM o la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) para el diagnóstico de las adicciones, pues aunque se sabe que la adicción no se reduce a la condición biomédica, si son un referente para entender el proceder de la comunidad científica en el fenómeno de las adicciones, específicamente, de las adicciones conductuales (Cía, 2013; Nathan, et al., 2016; Petry, Zajac & Ginley, 2018; Zou et al., 2017).

Zou et al., (2017), con base en lo criterios diagnósticos del DSM-V y el ICD-10, sostienen que las adicciones relacionadas a sustancias y no relacionadas a sustancias comparten síntomas de orden neuropsiquiátrico que desencadenan deseos recurrentes por consumir la droga (en el caso de la adicción a sustancias) o por repetir el comportamiento (en el caso de las adicciones conductuales) a pesar de las consecuencias dañinas.

Son los mecanismos neuronales, específicamente del sistema mesolímbico, lo que justifica el que se presente un tipo de comportamiento no relacionado a una sustancia y se catalogue como adictivo, sin embargo, los aspectos clínicos y fenomenológicos, la historia natural, las comorbilidades, los síntomas de tolerancia y abstinencia, los aspectos genéticos superpuestos y las respuestas al tratamiento, también son elementos que asemejan a las adicciones conductuales con las adicciones a sustancias (Cía, 2013; Zou et al., 2017).

La APA (2013), la World Health Organization (2008), la American Society for Addiction Medicine (2010) y Griffiths (1999, 2005) en un esfuerzo por contribuir con la

definición de los criterios básicos para diagnosticar una adicción conductual, coinciden en señalar seis componentes básicos, estos son, *la saliencia*, que significa que la conducta es más importante para la persona y tiende a dominar sus sentimientos y su comportamiento. *La modificación del estado de ánimo*, que describe el efecto emocional que esa conducta le produce. *La tolerancia*, la cual hace referencia al incremento en tiempo dedicado que requiere la conducta para producir los efectos gratificantes iniciales. *Los síntomas del síndrome de abstinencia*, caracterizados por estados físicos y sentimientos desagradables, de apatía e irritabilidad que se presentan cuando no se puede realizar la conducta. *El conflicto*, que incluye problemas interpersonales o con otras actividades, como el trabajo, la recreación. Y *la recaída*, definida como la tendencia a la repetición de patrones de conducta excesiva, que al igual que en la adicción a sustancias, aparece después de periodos de abstinencia.

El primer trastorno que abrió las puertas al análisis de las adicciones conductuales fue el trastorno del juego de azar. Desde la cuarta versión del DSM ya se habían establecido los criterios para diagnosticar el trastorno al juego, no obstante, en el DSM-V se establecen los criterios contemporáneos para diagnosticar este trastorno, son 9 criterios y todo aquel individuo que cumpla con al menos 4 de ellos en los últimos 12 meses tiene el potencial para que se le diagnostique con el trastorno de adicción al juego (Cía, 2013; Zou et al., 2017).

Los criterios son:

1. Necesitar apostar con cantidades crecientes para lograr la emoción deseada.
2. Estar irritable o inquieto cuando intenta reducir o parar el juego.
3. Ha realizado repetidos esfuerzos por controlar, reducir o dejar de jugar.
4. A menudo está preocupado por los juegos de azar.

5. Jugar cuando se siente angustiado.
6. Regresar a jugar después de perder el dinero un día anterior.
7. Mentir para ocultar el alcance en su vida de los juegos de azar.
8. Poner en peligro una relación significativa, algún empleo o una actividad académica debido a los juegos de azar.
9. Depender de otros para solucionar los problemas financieros acaecidos por los juegos de apuestas.

Aparte de la adicción a los juegos de azar, existen otro tipo de comportamientos susceptibles de encajar en la categoría de adicciones conductuales, a pesar de que por el momento el DSM y el ICD no los valoren como tal por la falta de evidencia empírica, la comunidad científica ha dado cuenta del potencial adictivo de estos comportamientos (Cía, 2013; Zou et al., 2017).

La adicción a la comida fue un fenómeno que se empezó a proponer la comunidad científica como objeto de análisis desde mediados del siglo XX, este trastorno se expresa en una pérdida de control en el consumo de alimentos y un deseo persistente por la ingesta, aunado a los intentos fallidos por regular el consumo de comida a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas. Aunque el producto científico en esta línea de investigación representa muchos escenarios problemáticos de la sociedad, se ha argumentado que existen aún controversias conceptuales que limitan la rigurosidad científica en esta área (Zou et al., 2017).

Otro fenómeno que tiene las características para formar parte del grupo de las adicciones conductuales y que, se cree, podría formar parte de los trastornos que condensa el DSM, es la Adicción al Internet (AI) (Cía, 2013). Este trastorno fue presentado ante la American Psychological Association (APA) en el año de 1996 como

un problema de control de impulsos que no necesita una intoxicación; hoy en día es un fenómeno que sigue en constante estudio, se ha observado que, al igual que las adicciones a sustancias, la AI tiene el potencial de producir efectos en los individuos como tolerancia y abstinencia, así como auspiciar desajustes en las prácticas cotidianas de las personas (Zou et al., 2017).

Por último está la AC, este fenómeno (algunas veces valorado como epifenómeno de la AI) es el más contemporáneo en el análisis científico con respecto a la adicción a los juegos de azar, la adicción a la comida y la AI, los primeros antecedentes los reportaron Bianchi & Phillips (2005) donde, con base en un instrumento validado, comprobaron que hay usos adictivos del celular, y que existen factores predictivos sobre estos usos, a saber, la edad, la personalidad extrovertida y tener una baja autoestima. En el siguiente capítulo se presenta el debate sobre la AC, se abordan los antecedentes que existen sobre su estudio, los intentos por definir esta problemática, y de la misma forma se examinan los instrumentos reportados para evaluar el fenómeno en cuestión.

Capítulo 3. Adicción al celular

El análisis de la AC ha sido un campo de investigación relativamente reciente que ha ido en aumento, si lo vemos desde una perspectiva histórica podemos observar que la AC aparece como un epifenómeno de la AI, de manera poco clara se comenzó a analizar la AI y la AC de forma separada, aunque no existe una justificación consensuada de esto, pues el uso del Internet y el uso del celular no son, necesariamente, mutuamente excluyentes, es decir, se puede navegar por Internet a través de un celular, aunque también se puede hacer uso del Internet sin tener un celular. Ambos fenómenos, la AI y AC, comprenden el uso de tecnología basada en Internet (Jin, Suh & Gweon, 2020).

Si se examina detalladamente, pareciera que la AI es una categoría más general que la AC, pues puede haber un fenómeno adictivo al Internet vía celular, o bien, vía otros instrumentos tecnológicos como las computadoras de escritorio, laptops, tabletas, entre otros, sin embargo, la AC solo puede ser mediante un celular. A pesar de lo anterior, se sabe que el celular es el instrumento que mayor uso tiene y con el que más se navega por Internet. En un estudio publicado por Hootsuit e Interpress (citado en Ramazanoglu, 2020), se evidenció que el 59% del mundo usa Internet, el 49% usa redes sociales y el 67% usa teléfonos.

Ahora bien, la relación entre la AI y la AC es muy estrecha. En un estudio publicado por Jin, et al., (2020) se trató de resolver la incógnita de si la AI y la AC son diferentes; con una previa revisión de la bibliografía, los investigadores determinaron 12 factores de riesgo que intervienen en la AI y la AC. Los factores se organizaban en tres categorías: factores psicológicos, familiares y escolares.

Los factores psicológicos referían a estados de *depresión, ansiedad, autocontrol, satisfacción de la vida y agresión*. Los familiares giraban en torno a *tiempo de comunicación padre-hijo, apego padre-hijo, relación padre-hijo y violencia doméstica*. Y, por último, los factores escolares que se incluyeron fueron *apoyo del profesor, relación maestro-alumno y motivación de aprendizaje* (Jin, et al., 2020).

Al evaluar la AI y la AC en 768 adolescentes de Corea del Norte, delimitaron 4 grupos; los no adictos (49.3%), los adictos al celular (12.1%), los adictos a Internet (15.5%), y los adictos al celular y al Internet (23.0%). Al identificar los factores de riesgo se evidenció que la *violencia doméstica* fue el único factor que no tuvo resultados significativos con ningún grupo. Por otro lado, cuando se compararon los factores que intervienen en la AI y la AC, se encontraron diferencias significativas en 2 factores de riesgo; *ansiedad* es el único factor psicológico entre la AI y AC que tuvo diferencias, la AI mostró resultados significativamente mayores. El segundo factor de riesgo fue *tiempo de comunicación padre-hijo*, donde se encontró un menor tiempo de comunicación en los adolescentes adictos al Internet, aunque se argumenta que esta diferencia se puede explicar tomando en cuenta que el celular es un instrumento de comunicación común entre padres e hijos, de ahí la disparidad en este rubro (Jin, et al., 2020).

El estudio anteriormente citado es un referente para sostener que las diferencias entre la AI y la AC son mínimas, sin embargo, para fines analíticos si es importante separar ambos fenómenos, pues se ha encontrado que las personas más propensas a desplegar comportamientos valorados como adictivos a Internet, son aquellas que navegan mediante un teléfono (Cambra et al., 2020; Derin & Bilge, 2016).

Planteamiento del problema

Definir lo que es una conducta adictiva al celular no ha sido una tarea fácil. Ramazanoglu (2020) por ejemplo, caracteriza la conducta adictiva como el deseo de repetir algunas conductas a pesar de ser consciente de las consecuencias negativas. Sinana y Mevlüt (2020) sugieren que los componentes de la adicción son tolerancia, abstinencia, síntomas obsesivos compulsivos y desórdenes funcionales, además, definen la AC como la persistencia en el uso ante problemas psicológicos como ansiedad y estrés, y fisiológicos como dolor de cabeza y pérdida del sueño, así como un deseo intenso por usar el celular.

Jin, et al. (2020) intentaron definir AC como una conducta caracterizada por el uso excesivo del celular, y aunque reconocen que se carece de una definición porque la comunidad no ha llegado a un acuerdo, su definición tiene como base lo publicado en el DSM-V en la categoría de *Trastornos no relacionados a sustancias y juego patológico*.

Por último, Cía (2013) señala que aunque el DSM-V ha creado una nueva categoría para colocar los comportamientos adictivos no relacionados a sustancias, refiere que todo trastorno adictivo relacionado a sustancias o adicciones conductuales, como la AI y AC, comparten síntomas como la falta de control en la ejecución de una conducta que al inicio es placentera, pero que luego va ganando terreno entre sus preferencias hasta llegar a dominar su vida, además sostiene que toda adicción sin droga alude a toda aquella conducta repetitiva que produce placer y alivio tensional, sobre todo en sus primeras etapas, y que lleva una pérdida de control en la misma.

Con este conglomerado de definiciones se torna sombrío el ambiente de lo que se pretende estudiar: la AC. Es poco claro la naturaleza de la adicción conductual, pareciera ser que de forma pragmática se suman eventos o acontecimientos que ocurren

en lo que la comunidad científica llama AC . Petry, Zajac y Ginley (2018) critican la forma en cómo se han intentado definir a las adicciones conductuales, sosteniendo que las deficiencias conceptuales obstaculizan la concreción de las adicciones conductuales como un fenómeno objetivo de estudio.

Además, como se ha mencionado desde un inicio, existe una hegemonía del modelo biomédico en el estudio de la AC, la mayoría de la evidencia reportada gira entorno a los factores biológicos, a pesar de que los factores sociales juegan un papel muy importante, pues las valoraciones que surgen en los grupos sociales son críticos para entender un comportamiento problemático o adictivo; un ejemplo de cómo la sociedad va dictando qué comportamientos son adictivos o problemáticos y cuáles no, lo encontramos con el uso del Internet durante la pandemia provocada por el SARS COV-2, pues se ha reportado que aunque el consumo ha aumentado en condiciones pandémicas, el nivel de adicción ha disminuido, subrayando que las condiciones sociales pandémicas demandan un mayor uso del Internet (Ruíz-García, et al., 2020).

Mantilla (2017) cuestiona la lógica de las *adicciones tecnológicas* examinando su concepción como enfermedad según el modelo biomédico, y lo contrapone con el uso adaptativo a los avances de las TIC. Argumenta entonces que entre una adicción tecnológica o una adaptación a las TIC hay una barrera muy delgada, una forma de identificarla pudiera ser poniendo atención en lo que Cambra et al., (2020) llama *tipos de uso*, al argumentar que más allá de poner atención en el tiempo de consumo de Internet y/o celular, lo pertinente es centrarnos en la forma en cómo se usa, hay formas de uso que son funcionales y formas que no lo son.

Actualmente hay un debate sobre la noción que se debe tener sobre el uso del celular; la comunidad científica ha reportado el fenómeno como *uso problemático* y otros científicos como *uso adictivo*. Pareciera ser que la concepción de uso

problemático responde más a cuestiones sociales, por ejemplo, Olson et al., (2022) en un meta-análisis sobre la evidencia reportada en 24 países, encontraron que la rigidez cultural, es decir, el grado de rigurosidad de las normas familiares y sociales, tiene una correlación positiva con el uso problemático, así, los autores sugieren que el uso social predice el uso problemático.

Aunado a lo anterior, parece ser que los criterios de diagnóstico para las adicciones conductuales con mayor consenso son *la saliencia, la modificación del estado de ánimo, la tolerancia, los síntomas del síndrome de abstinencia, el conflicto y la recaída* (APA, 2013; American Society for Addiction Medicine, 2010; Griffiths, 1999, 2005; World Health Organization, 2008).

Por otra parte, hay pocos instrumentos que encaminan su análisis al estudio del uso adictivo del celular. Tal es el caso de la Smartphone Addiction Scale (SAS); esta escala creada por Kwon et al., (2013) comprende 6 factores, a saber, problemas en la vida cotidiana, anticipación positiva, abstinencia, relaciones orientadas al ciber espacio, uso excesivo y tolerancia. Esta escala hoy en día tiene un uso preponderante a nivel mundial, el argumento central del por qué la mayoría de los estudios optan por este instrumento es por su alta cantidad de citaciones.

Los autores de la SAS sostienen que su instrumento evalúa el uso adictivo del celular, su definición se basa en lo postulado por departamentos neuropsiquiátricos, concibiendo así la adicción como un fenómeno que manifiesta síntomas de tolerancia, abstinencia, dependencia y problemas en las prácticas sociales. El antecedente del SAS es la K-scale, una escala que evalúa la AI realizada por los mismos autores (Kwon et al., 2013).

A pesar de que el uso del celular ha aumentado exponencialmente a nivel mundial, y que las prácticas sociales han variado radicalmente por la pandemia que la humanidad sigue atravesando, el instrumento que se usa con mayor frecuencia sigue siendo el que se reportó hace más de 9 años, si bien se han creado una gran cantidad de escalas que pretenden medir el mismo fenómeno, la mayoría no soportan los exámenes de validez y confiabilidad, además de que hacen uso de reglas arbitrarias en sus mediciones (Davidson, Shaw & Ellis, 2022). Por otro lado, los instrumentos reportados no se ajustan a las categorías relacionadas con las adicciones conductuales (saliencia, modificación del estado de ánimo, conflicto, síndrome de abstinencia, tolerancia y recaída), lo cual dificulta el desarrollo de la AC como una problemática que se pueda consolidar y estudiar en el área de las adicciones conductuales. También es importante subrayar que en nuestro país existen pocos instrumentos que tengan la capacidad de medir la AC, en un meta-análisis que se han desarrollado a nivel mundial sobre la AC, no aparecen datos sobre nuestro país (Olson et al., 2022). De esta manera, surge la necesidad de generar una nueva escala con el potencial para evaluar la AC.

Basados en estas consideraciones y en las dificultades que existen para definir la AC, en el presente trabajo se pretende evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento con el potencial para evaluar la AC. La propuesta es que en este instrumento se integren los criterios de adicción a sustancias y los de las adicciones conductuales, incluyendo la recaída, pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, consumo compulsivo, búsqueda y deseo como síntomas característicos de las adicciones a sustancia (Koob & Le Moal, 2006; OMS, 2005), junto con la modificación del estado de ánimo, saliencia y conflicto como síntomas de las adicciones conductuales (American Psychiatric Association, 2013; American Society for Addiction Medicine, 2010; Griffiths, 2005), ya que varios autores consideran, por la creciente

evidencia, que las adicciones conductuales pueden ser estudiadas con una base conceptual similar a la de la adicción relacionada a sustancias (Grant, Brewer & Potenza, 2006). Un instrumento que integra esta sugerencia es el reportado por Ruíz-García, Jiménez y Miranda (2022) el cual evalúa la AI a partir de ambos criterios conceptuales.

En línea con lo anterior, nuestro instrumento podría ser una herramienta rápida y confiable para identificar la AC y podría contribuir a la intervención temprana, fácil y rápida de personas con uso adictivo al celular, ya que indudablemente estamos ante una generación que tiene mucho acceso a la tecnología moderna y por tanto expuesta al riesgo de esta adicción.

Objetivo General

En el presente trabajo se tuvo como objetivo evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento con el potencial de medir la adicción al celular.

Objetivos específicos Evaluar la consistencia interna del instrumento

1. Evaluar la validez de contenido del instrumento
2. Evaluar la validez de constructo del instrumento para conocer su estructura interna
3. Caracterizar la adicción al celular como una adicción conductual

Método

Participantes

La muestra estuvo integrada por 207 estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), de ambos sexos (femenino y masculino). La mayoría eran estudiantes de psicología que cursaban el 2º, 4º y 8º semestre. El criterio de inclusión fue que tuvieran acceso y uso del celular. Se les solicitó su colaboración de 2 maneras; de forma presencial en las instalaciones de la FESI y vía remota, en ambos casos el instrumento se aplicó vía Google Forms. Antes de contestar el cuestionario, los estudiantes que participaron leyeron y aceptaron el consentimiento informado que se encontraba en la hoja principal (Ver Anexo 1). El cuestionario estuvo disponible durante 18 días.

Instrumento

En la primera parte del instrumento se incluyeron preguntas que tuvieron como propósito recabar información acerca de los participantes y del tipo de uso que desempeñaban con sus celulares. En la segunda parte se presentaba la escala Likert de cinco puntos, Siempre (5), Casi siempre (4), Algunas veces (3), Casi nunca (2) y Nunca (1), la cual tuvo 40 ítems inicialmente, en los que se incluyeron los criterios para evaluar adicciones conductuales y adicciones a sustancias. Los reactivos se agruparon en 10 dimensiones, a saber, búsqueda, consumo compulsivo, pérdida de control, recaída, tolerancia, síndrome de abstinencia, deseo, saliencia, modificación del estado de ánimo y conflicto.

Procedimiento

La versión original del instrumento se sometió a validación de 4 jueces expertos quienes evaluaron el contenido y la estructura de los ítems (ver Anexo 3). Después de los ajustes propuestos por los expertos, se aplicó el cuestionario a los estudiantes de la FESI, UNAM, para verificar la confiabilidad y la validez y obtener la versión final.

El cuestionario se aplicó durante el semestre 2022-2 de la FES Iztacala (Ver hoja de recolección de datos en Anexo 2. Los cuestionarios fueron aplicados de forma presencial en las aulas universitarias y de forma remota mediante aulas virtuales (Google Classroom), en ambos casos, los estudiantes contestaron el instrumento mediante la plataforma Google Forms. En la portada del cuestionario se explicaban los objetivos del estudio y el carácter voluntario, confidencial y anónimo de las respuestas. Se informó a cada participante sobre el protocolo de la investigación y se les pidió que firmaran un consentimiento informado para poder iniciar su participación (Ver Anexo 1).

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 26.0 en español, IBM Software – México. Primero se realizó un análisis descriptivo y de frecuencia para caracterizar la muestra. Para analizar la validez de contenido, se expuso el instrumento a 4 jueces expertos y se calculó el grado de concordancia con el coeficiente de Kendall. Con el objetivo de identificar la estructura interna del instrumento, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) utilizando el método de máxima verosimilitud (MV) con una rotación oblicua Oblimin Directo que rompe el criterio de perpendicularidad y refleja el grado de correlación existente entre los factores arrojados en el AFE. Para verificar la pertinencia de los datos en el análisis factorial se

calculó el coeficiente Kaiser-Mayer-Olkin. Por último, el grado de consistencia interna o confiabilidad, se calculó mediante el coeficiente Alfa de Crobach.

Resultados

La muestra estuvo integrada por 207 universitarios de la FESI, UNAM, de los cuales 54 eran hombres y 153 mujeres, el rango de edad fue de 18 a 43 años, con una media de 21.67 años; la media en la edad de inicio del uso del celular fue de 12.06 años (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Distribución y frecuencia de la muestra por sexo y edad

Participantes	Sexo	Rango de edad (años)	Edad de inicio del uso del celular (años)
207	Hombre 26.1%	21.28	11.68
	Mujeres 73.9%	21.81	12.22

Sobre el tiempo que dedicaban los participantes en el uso del celular, los resultados demostraron que la mayoría utilizaba el teléfono en un intervalo de 5 a 6 horas, y la minoría lo usaba de 1 a 2 horas, en términos reales, solo 7 participantes de los 207 que conformaban la muestra, usaban el celular de 1 a 2 horas al día (ver Tabla 2).

Tabla 2.*Tiempo que dedican los participantes al uso del celular por día*

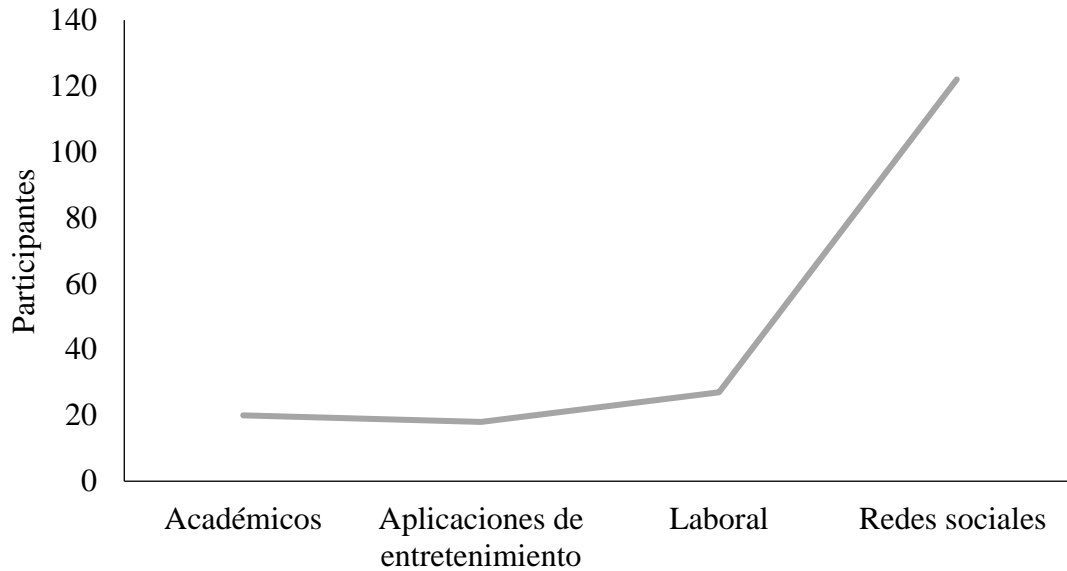
Tiempo de uso	Número de participantes	Porcentaje
1 a 2 horas	7	3.4
3 a 4 horas	35	16.9
5 a 6 horas	91	44.0
7 horas o más	74	35.7
Total	207	100.0

Se indagó sobre los tipos de uso que tienen los participantes con sus teléfonos inteligentes y el tiempo que le dedicaban, se encontró que un total de 122 participantes reportó el uso de redes sociales como aquel de tipo de uso en el que gastaban más tiempo. Por otro lado, solo 20 participantes reportaron que dedicaban más tiempo de uso para fines académicos (ver Figura 1).

Figura 1.

Estimación del tiempo que dedican los participantes a cada tipo de uso

Tipo de uso del celular



Nota. La figura 1 representa el tipo de uso del celular al que dedican mayor tiempo los participantes; 18 participantes reportaron pasar más tiempo en las aplicaciones de entretenimiento, 20 participantes refirieron pasar la mayor parte del tiempo usando el celular con fines académicos, 27 participantes reportaron que el uso con fines laborales es al que dedican más tiempo, por último 122 participantes indicaron que destinan la mayor parte del tiempo de su uso del celular en las redes sociales.

Del tipo de uso al que destinaban más tiempo, se indagó la cantidad de horas que gastaban los participantes en dichas actividades; un total de 99 participantes reportó que destinaba entre 3 a 4 horas, por otro lado, 18 participantes refirieron dedicar 7 horas o más (ver Tabla 3).

Tabla 3.*Cantidad de horas que destinaban al tipo de uso*

Tiempo de uso	Número de participantes	Porcentaje
1 a 2 horas	40	19.3
3 a 4 horas	99	47.8
5 a 6 horas	50	24.2
7 horas o más	18	8.7
Total	207	100.0

El cuestionario involucró categorías relacionadas con la adicción a sustancias y las categorías de las adicciones conductuales; específicamente se organizaron los ítems en 10 categorías teóricas, a saber, tolerancia, búsqueda, pérdida de control, recaída, síndrome de abstinencia, conflicto, consumo compulsivo, deseo, saliencia y modificación del estado de ánimo. En un principio se generó un banco de 39 ítems que se sometieron a evaluación por 4 jueces expertos. El grado de concordancia que tuvieron los jueces al evaluar la pertinencia y redacción de cada ítem se calculó con el coeficiente de Kendall, este coeficiente va de 0 a 1, donde 0 es concordancia nula y 1 es concordancia total, dicho coeficiente alcanzó un valor de 0.356 en la categoría de pertinencia de los ítems, y de 0.558 referente a la redacción. Es importante destacar que en la evaluación de la redacción de los ítems solo tres de los jueces contestaron ese apartado (ver Tabla 4).

Tabla 4.*Grado de concordancia en el jueceo*

Coefficiente de Kendall		
	Pertinencia	Redacción
N	4	3
W de Kendall^a	.356	.558
Chi-cuadrado	54.130	63.556
GI	38	38

Posterior a la evaluación de la validez de contenido se hicieron las adecuaciones pertinentes tomando en cuenta las observaciones de los jueces y el instrumento final quedó integrado con 40 ítems; 5 evaluaban tolerancia, 2 búsqueda, 3 pérdida de control, 1 recaída, 5 síndrome de abstinencia, 11 conflicto, 6 consumo compulsivo, 2 deseo, 2 saliencia y 3 ítems medían modificación del estado de ánimo.

Para obtener la validez de constructo se realizó un AFE con un método de extracción MV. Partiendo del hecho de que las categorías pertenecientes a las adicciones conductuales y adicciones a sustancias están mutuamente relacionadas, se realizó una rotación oblicua para mejorar la interpretación de las cargas factoriales, específicamente se aplicó la rotación Oblimin Directo.

El criterio de selección de los factores fue que tuvieran una carga factorial igual o mayor a 0.30 ($>.30$) y que no mostraran una sobrerrepresentación. Se realizaron dos AFE, el primero mostró resultados insatisfactorios, el análisis expuso una sobrerrepresentación de los ítems acomodando los reactivos en 9 factores, con la salvedad de que el factor 5 medía lo mismo que el factor 3 y el factor 8 lo mismo que el 1, por lo tanto, se eliminaron 12 ítems, 3 de ellos porque puntuaban por debajo de 0.30 y

los 9 restantes porque exponían una sobrerrepresentación, así, el número de reactivos se redujo de 40 a 28.

De esta manera, el segundo AFE mostró un ajuste aceptable de los datos; la prueba de esfericidad de Bartlett alcanzó un valor de chi-cuadrada de 3176.823, gl 378, estadísticamente significativa ($p < 0.001$). El coeficiente que se obtuvo con la prueba KMO fue de 0.919 lo que expresó la pertinencia del análisis factorial.

Los reactivos se acomodaron en 6 factores, la varianza total explicada en los autovalores iniciales fue del 65.620% y la varianza acumulada que se obtuvo en la extracción fue del 56.413% (ver Tabla 5).

Tabla 5.*Factores obtenidos con la rotación Oblimin Directo*

Varianza total explicada							
Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación^a
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total
1	11.10	39.641	39.641	10.616	37.913	37.913	7.441
2	1.933	6.905	46.546	1.588	5.673	43.586	5.511
3	1.651	5.895	52.441	1.231	4.395	47.981	5.960
4	1.451	5.182	57.624	1.009	3.605	51.586	3.883
5	1.136	4.058	61.682	.737	2.632	54.219	6.458
6	1.103	3.938	65.620	.615	2.195	56.413	4.687

Método de extracción: máxima verosimilitud.

a. Cuando los factores están correlacionados, las sumas de las cargas al cuadrado no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Al establecer una correspondencia entre las categorías teóricas con los factores estadísticos que expresó la extracción MV con la rotación Oblimin Directo, se encontró que en el factor 1 se concentraban los ítems que miden tolerancia, búsqueda, pérdida de control y recaída, en el factor 2 se agruparon los reactivos pertenecientes a síndrome de abstinencia, en el factor 3 se ubicaron los que miden conflicto, en el cuarto los que evalúan consumo compulsivo, en el quinto los ítems que miden deseo y saliencia, y por último, en el factor 6 se ubicaron las preguntas que evalúan modificación del estado de ánimo (ver Tabla 6). De esta manera, se nombró a cada factor con la categoría o categorías que integra.

En síntesis, en el primer factor se agruparon ocho ítems, en el segundo cuatro, en el tercero cinco, en el factor cuarto y quinto se concentraron cuatro ítems en cada uno, por último, el factor sexto se integró de tres reactivos, todos con cargas factoriales iguales o superiores a 0.30 (<0.30) (ver Tabla 6).

Tabla 6.*Factores con los reactivos que los componen y sus valores psicométricos*

Factor e ítems que integra	Coeficiente alfa					
	Alfa	Alfa	Alfa	Alfa	Alfa	Alfa
	.887	.885	.826	.698	.794	.769
Factor 1. Tolerancia, búsqueda, pérdida de control y recaída						
9 Utilizo el celular y sus aplicaciones cada vez con mayor frecuencia	.850					
8 He vuelto a usar mi celular constantemente después de haberlo dejado un tiempo	.696					
13 Ha incrementado cada vez más el tiempo que dedico a redes sociales, videojuegos o aplicaciones de entretenimiento	.517					
10 Me he dado cuenta de que necesito utilizar el celular y sus aplicaciones por más tiempo para obtener la misma satisfacción que anteriormente obtenía	.503	-.342				
14 Me cuesta mucho trabajo permanecer sin consultar el celular y sus aplicaciones	.454				.329	
7 Consulto mi celular y sus aplicaciones de manera impulsiva	.437				.330	

2	Sin darme cuenta comienzo a abrir diferentes aplicaciones en mi celular	.390
1	Consulto mi celular y sus aplicaciones sin pensar para qué voy a utilizarlo	.328

Factor 2. Síndrome de abstinencia

16	Siento enojo cuando dejo pasar mucho tiempo sin usar el celular y sus aplicaciones	-.875
17	Empiezo a sentir irritabilidad cuando dejo de utilizar el celular y sus aplicaciones	-.765
18	Me siento triste cuando dejo pasar mucho tiempo sin usar el celular y sus aplicaciones	-.754
15	Siento ansiedad cuando dejo de utilizar el celular y sus aplicaciones	-.481

Factor 3. Conflicto

34	Mis familiares me dicen que uso excesivamente el celular y sus aplicaciones	.827
33	He tenido problemas personales por el tiempo que uso el celular y sus aplicaciones	.790
35	Me molesta que hagan comentarios acerca del tiempo que paso usando el celular y sus aplicaciones	.748

32 El tiempo que paso usando el celular y sus aplicaciones afecta mi rendimiento académico-laboral .366 .306

26 He dejado de realizar mis actividades cotidianas por usar el celular y sus aplicaciones .318

Factor 4. Consumo compulsivo

24 He intentado reducir el uso del celular y sus aplicaciones sin conseguirlo .699

25 Continúo utilizando el celular y sus aplicaciones por más que me resista .590

22 Me he propuesto disminuir el tiempo que paso consultando diferentes aplicaciones del celular .508

3 Me cuesta trabajo cerrar las aplicaciones del celular una vez que comienzo a usarlas .338

Factor 5. Deseo y saliencia

20 Siento que me hace falta algo muy importante cuando no tengo conmigo el celular .660

28 Utilizar el celular y sus aplicaciones es una actividad fundamental en mi día a día .618

27 Para mí es indispensable usar el celular para consultar las aplicaciones .598

21	Empiezo a sentir deseo de utilizar el celular y sus aplicaciones cuando veo a los demás utilizándolo	.442
Factor 6. Modificación del estado de ánimo		
4	Utilizo el celular para distraerme de mis problemas	-.601
30	Utilizo el celular y sus aplicaciones para mejorar mi estado de ánimo	-.560
31	Me hace sentir mejor entrar a alguna aplicación del celular cuando siento enojo	-.536

Método de extracción: máxima verosimilitud.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.a

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Como se mencionó anteriormente, la rotación Oblimin Directo pertenece al grupo de las rotaciones oblicuas que rompen con el criterio de perpendicularidad en su ejecución, estableciendo así las correlaciones existentes entre factores (ver Tabla 7); la correlación más alta fue la que se expresó entre el factor Tolerancia, búsqueda, pérdida de control y recaída, con el factor Deseo de 0.540, por otro lado, la correlación menos fuerte se evidenció entre Consumo compulsivo y Síndrome de abstinencia siendo una correlación negativa de -0.198.

Tabla 7.

Tabla de correlaciones entre factores

Matriz de correlaciones factorial						
Factor	1	2	3	4	5	6
1	1.000	-.353	.453	.415	.540	-.426
2	-.353	1.000	-.382	-.198	-.463	.275
3	.453	-.382	1.000	.323	.395	-.411
4	.415	-.198	.323	1.000	.220	-.303
5	.540	-.463	.395	.220	1.000	-.383
6	-.426	.275	-.411	-.303	-.383	1.000

Método de extracción: máxima verosimilitud.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

Por último, una vez validado el contenido y el constructo del instrumento, se procedió a evaluar la consistencia interna de cada uno de los factores y del instrumento en general con el coeficiente alfa de Cronbach; el factor uno tuvo un alfa de 0.887, el factor dos 0.885, el factor tres 0.826, el cuatro 0.698, el cinco 0.794, el seis 0.769 y el instrumento en general mostró una consistencia interna de 0.940 (ver Tabla 8).

Tabla 8.

Alfa de Cronbach de los seis factores y del instrumento en general

	Coefficiente Alfa
Instrumento general	0.940
Factor 1: Tolerancia, búsqueda, pérdida de control y recaída	0.887
Factor 2: Síndrome de abstinencia	0.885
Factor 3: Conflicto	0.826
Factor 4: Consumo compulsivo	0.698
Factor 5: Deseo y saliencia	0.794
Factor 6: Modificación del estado de ánimo	0.769

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento con capacidad de medir la adicción al celular. Los resultados obtenidos revelan que el instrumento reportado en este trabajo tiene validez de contenido y de constructo, así como una alta consistencia interna, por lo tanto, está en condiciones óptimas para utilizarse y evaluar el nivel de adicción al celular de la población universitaria.

El instrumento quedó conformado por 28 ítems agrupados en 6 factores (ver Anexo 2), estos 6 factores integran categorías relacionadas con las adicciones a sustancias en el factor 1, 2 y 5, así como categorías que pertenecen a las adicciones conductuales en el factor 3, 4, 5 y 6 (American Psychiatric Association, 2013; American Society for Addiction Medicine, 2010; Griffiths, 2005; Koob & Le Moal, 2006; OMS, 2005; World Health Organization, 1992). Se considera que este es el principal hallazgo de la investigación, pues es el primer instrumento que mide la AC compuesto por los síntomas de adicciones conductuales y de adicciones a sustancia; la importancia de esta propuesta es que este instrumento es un referente para poder producir evidencia empírica sobre el fenómeno de la adicción al celular, para que así, eventualmente, manuales como el DSM y el CIE puedan ubicar al fenómeno de la adicción al celular dentro del área de las adicciones conductuales.

Los factores resultantes fueron descritos de la siguiente manera:

Factor 1, denominado *Tolerancia, búsqueda, pérdida de control y recaída* que agrupa categorías relacionadas con las adicciones a sustancias y se asocia con un consumo activo donde el usuario incrementa el uso para obtener los efectos gratificantes iniciales, busca el uso del celular, expresa un patrón excesivo y muestra recaídas después de un periodo de control.

Factor 2, denominado *Síndrome de abstinencia* que involucra un fenómeno característico de ambos tipos de adicción y da cuenta de la manifestación de síntomas contrarios a los efectos gratificantes del uso del celular.

Factor 3, denominado *Conflicto* que integra una categoría característica de las adicciones conductuales; el conflicto tiene que ver con las valoraciones que tiene el individuo sobre su propio uso (conflicto intrapersonal) y las valoraciones que tiene el entorno sobre el uso de individuo (conflicto interpersonal).

Factor 4, denominado *Consumo compulsivo*, se trata de una característica de la adicción conductual donde el usuario continúa usando el celular a pesar de las consecuencias adversas que tiene dicho uso sobre sí mismo y/o sobre su entorno.

Factor 5, denominado *Deseo y saliencia*, este factor integra una categoría perteneciente a la adicción a sustancias y la otra a la adicción conductual. Ambas categorías dan cuenta de la importancia que comienza a adquirir el uso del celular en el desarrollo de la adicción, al grado de dominar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos.

Factor 6, denominado *Modificación del estado de ánimo*, que integra una categoría de la adicción conductual y da cuenta del efecto emocional que puede producir el uso del celular.

El análisis de correlaciones entre factores reveló resultados destacables; el factor 1 que se asocia con síntomas de adicciones a sustancias y que se expresan cuando hay un consumo activo, mostró una correlación negativa de -0.353 con el factor de síndrome de abstinencia, lo cual es congruente con la naturaleza de las adicciones a sustancias, esto es, los resultados muestran que cuando síntomas como la tolerancia, recaída, búsqueda y pérdida de control se expresan, aquellos síntomas relativos al cese abrupto en el uso del celular disminuyen en su expresión. Por otro lado, cuando una persona

adicta interrumpe el consumo, salen a la luz síntomas relacionados con la abstinencia y la pérdida de control, tolerancia o recaída dejan de tener sentido (Cía, 2013).

También se expone una correlación fuerte de 0.415 con el factor 4 de consumo compulsivo y con el factor 5 de deseo y saliencia, mostrando la puntuación más alta de 0.540.

Otro factor que destaca en la matriz de correlaciones factoriales es el factor 3 que integra los ítems que miden el conflicto. Este factor mostró una correlación de 0.453 con el factor de Tolerancia, pérdida de control, búsqueda y recaída, de la misma forma, expone una correlación negativa de -0.382 con el factor de Síndrome de abstinencia. Lo anterior es importante porque la categoría de conflicto engloba un elemento relacionado con la dimensión psicológica y social, es decir, problemas interpersonales (las valoraciones que tiene el entorno de la persona sobre su propio uso) y problemas intrapersonales (las valoraciones que tiene la propia persona sobre su propio uso). De esta manera, los resultados revelan que la existencia de conflictos interpersonales y conflictos intrapersonales son críticos para la emergencia de síntomas de tolerancia, pérdida de control, búsqueda, recaída y abstinencia, dando cuenta así, que las valoraciones del grupo de referencia del individuo y las valoraciones que el propio individuo tiene sobre su uso del celular forman parte de la adicción al celular. Lo anterior cobra relevancia porque en la concepción de las adicciones a sustancia y de las adicciones conductuales, históricamente, se ha visto una disparidad en la dimensión biológica, psicológica y social, la correlación entre estos factores demuestran que el entorno en el que el adicto al celular se desempeña y las valoraciones individuales pueden jugar un papel importante en la emergencia de síntomas que solo se han estudiado a la luz de la dimensión biológica o psicológica, mas no haciendo un análisis de las correlaciones sociales; Olson et al., (2022) demostraron que la rigidez cultural

tiene un valor significativo en el fenómeno de la adicción al celular, haciendo un meta-análisis de los estudios sobre la adicción al celular que se han reportado en 24 países, encontraron que en aquellos donde las normas sociales son más estrictas, existe una mayor tendencia de desarrollar una adicción en el uso del celular.

También es importante destacar que el factor 6 de modificación del estado de ánimo solo mostró una correlación positiva muy débil de 0.275 con el factor de abstinencia, con los demás factores expuso una correlación negativa. Lo anterior, se puede explicar al analizar la redacción de los ítems que integran este factor, por ejemplo, en el ítem 31° “me hace sentir mejor entrar a una aplicación del celular cuando siento enojo”, el 55.1% de la población valoró que nunca o casi nunca presentan ese escenario.

Por último, partiendo de la bibliografía revisada que revela la importancia de analizar los tipos de uso que la población le da al celular, en este trabajo se analizaron los tipos de uso que la población universitaria desempeña con sus teléfonos inteligentes y se evidenció que 122 participantes de los 207 que conformaron la muestra total, le dedicaban mayor tiempo a las redes sociales, lo cual es un dato de suma importancia, ya que, Sinan y Mevlüt (2020) reportaron que el tipo de uso que le dan al celular las personas juega un papel importante en la adicción, demostrando que compartir posts en redes sociales se relaciona con un alto nivel de adicción al celular, esto suma evidencia al papel funcional o disfuncional que tienen los diferentes tipos de uso del celular en la vida de los usuarios (Mantilla, 2017; Cambra et al., 2020).

Conclusiones

El uso del celular se ha incrementado exponencialmente a nivel mundial, y en el devenir del contacto del hombre con los teléfonos inteligentes han surgido problemáticas que interfieren con la vida diaria de las personas y que se asocian con el fenómeno adictivo. En el presente trabajo se validó y se obtuvo una alta confiabilidad del instrumento para evaluar la adicción al celular; se demostró que la adicción al celular integra síntomas característicos de las adicciones conductuales y de las adicciones a sustancia, de la misma forma, se reveló la importancia que tiene la dimensión psicológica y social, así como la biológica, en el fenómeno adictivo. Las propiedades psicométricas del instrumento dan cuenta de que está en condiciones para usarse en el estudio de las adicciones conductuales; se sugiere que este instrumento sea un elemento que coadyuve a investigaciones integrales para generar conocimiento con mayor poder explicativo.

Referencias

- Alabau, A. (2011). Intervenciones en el Consumo de Alcohol: De los Grupos de Autoayuda a la Regulación de la Propia Conducta. ¿Métodos Complementarios o Antagónicos? *Clínica Contemporánea*, 2(3), 249-269.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2011v2n3a2.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Edition (DSM15)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN 978-0-89042-555
- American Society of Addiction Medicine (2010). *Definition of addiction*.
<https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
- Bianchi, A. & Phillips, J. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyber psychology & behavior*, 8(1), 39-49. DOI: [10.1089/cpb.2005.8.39](https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.39)
- Cambra, U., Díaz, V., Martínez, M., & González, J. (2020). Smartphone: en comunicación, algo más que una adicción. *Revista Latina de Comunicación Social*, 75, 367–381. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1431>
- Cassier, E. (2004). *Antropología Filosófica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): Un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista Neuropsiquiátrica*, 76(4), 210-217. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036946004.pdf>

- Davidson B.I., Shaw H. & Ellis D.A. (2022). Fuzzy constructs in technology usage scales. *Computers in Human Behavior*. 133(1), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107206>.
- Derin, S., & Bilge, F. (2016). Internet addiction and the level of subjective well-being in adolescents. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 6(46), 35-51. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tpdrd/issue/42744/515910>
- Diaz-Aznar, I., Trujillo-Torres, J. M., García, S. A., & Jiménez, C. (2019). Sociodemographic factors influencing smartphone addiction in university students. *Research in Social Sciences and Technology*, 4(2), 137-146. ISSN: EISSN-2468-6891
- Díaz-González, E., & Carpio, C. (1996). Criterios para la aplicación del conocimiento psicológico. *J.J. Sánchez-Sosa, C. Carpio y E. Díaz-González (Comps.), Aplicaciones del conocimiento psicológico* (pp. 39-49). https://nanopdf.com/download/criterios-para-la-aplicacio_pdf
- Grant, J. E., Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS spectrums*, 11(12), 924-930. DOI: <https://doi.org/10.1017/S109285290001511X>
- Griffiths, M. D. (1999). Internet addiction: fact or fiction? *Psychologist*, 12, 246-250.
- Griffiths, M. D. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 91-197. DOI: 10.1080/1465989050011435
- Jin, Y., Suh, B., & Gweon, G. (2020). Is smartphone addiction different from Internet addiction? comparison of addiction-risk factors among adolescents. *Behaviour & Information Technology*, 39(5), 578-593. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2019.1604805>

- Kant, I. (2018). *Crítica a la razón pura* (Trad. M. Caimi). México: Editorial Fondo de Cultura Económica, Universidad Autónoma Metropolitana y Universidad Nacional Autónoma de México. (Trabajo original publicado en 1871)
- Kantor, J. (1980). *Psicología interconductual*. México: Trillas.
- Koob, G. & Le-Moal, M. (2006). *Neurobiology of addiction*. Nueva York: Academic Press. eBook ISBN: 9780080497372
- Kwon, M., Lee, J. Y., Won, W. Y., Park, J. W., Min, J. A., Hahn, C., Gu, X., Choi, J. & Kim, D. J. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS one*, 8(2), 1-7. DOI:10.1371/journal.pone.0056936
- Mantilla, M. (2017). Adicciones tecnológicas: ¿Enfermedad o conducta adaptativa? *Medisur*, 15(2), 251-260. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2017/msu172n.pdf>
- Nathan, PE, Conrad, M. & Skinstad, AH (2016). Historia del concepto de adicción. *Revisión anual de psicología clínica*, 12, 29-51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093546>
- Olson, J. A., Sandra, D. A., Colucci, É. S., Al Bikaii, A., Chmoulevitch, D., Nahas, J. & Veissière, S. P. (2022). Smartphone addiction is increasing across the world: A meta-analysis of 24 countries. *Computers in Human Behavior*, 129(1), 1-11 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107138>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS. ISBN: 92 75 325790

- Petry, N. M., Zajac, K., & Ginley, M. K. (2018). Behavioral Addictions as Mental Disorders: To Be or Not To Be? *Annual review of clinical psychology, 14*, 399-423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120>
- Ramazanoglu, M. (2020). The Relationship between High School Students' Internet Addiction, Social Media Disorder, and Smartphone Addiction. *World Journal of Education, 10*(4), 139-148. <https://doi.org/10.5430/wje.v10n4p139>
- Ribes, E. (2021). ¿Teoría de la conducta o teoría de la psicología? En Ribes, E. (Ed.). *Teoría de la psicología: corolarios* (1 ed., pp. 17-76). Granada, España: Copresencias editorial.
- Ribes, E. (2009). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista mexicana de análisis de la conducta, 35*(1), 3-17. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342009000100001&lng=es&tlng=es.
- Ribes, E. & Pérez-Almonacid, R. (2011). La función lógica del concepto medio de contacto. *Acta comportamentalia, 20*(2), 235-247. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/actac/v20n2/a08.pdf>
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Ruíz-García, R., Cedillo-Zavaleta, L., Jiménez-Mejía, J., Hernández-Castillo, D. & Miranda, F. (2020). El brote pandémico de COVID-19 y las implicaciones para la adicción al Internet. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology, 14*(25), 16-24. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.2.202>

- Ruíz-García, R.I., Jiménez, J. C. & Miranda, F. (en prensa). Validación de una escala para evaluar la adicción a Internet [Manuscrito no publicado]. *Health and Adicction/Salud y Drogas*.
- Russo, S. J., & Nestler, E. J. (2013). The brain reward circuitry in mood disorders. *Nature reviews. Neuroscience*, *14*(9), 609–625. DOI:10.1038/nrn3381
- Room, R. (1989). Drogas, conciencia y autocontrol: concepciones populares y médicas. *Revista Internacional de Psiquiatría*, *1*(1-2), 63-70.
<https://doi.org/10.3109/09540268909110384>
- Sinan, A., & Mevlüt, K. (2020). Investigation of Smartphone Addiction Levels Among University Students. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, *7*(3), 14-25. <https://dergipark.org.tr/en/pub/pes/issue/56971/801987>
- Stein, DJ., Phillips, KA., Bolton, D., Fulford, KW., Sadler, JZ., & Kendler, KS. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol. Med*, *40*(11), 1759–65. DOI: 10.1017/S0033291709992261
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Advances in experimental medicine and biology*, *1010*, 21–41. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

Anexo 1

Consentimiento informado

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO CELULAR

Somos un grupo de profesores de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM interesados en conocer los diferentes aspectos y posturas respecto al uso de teléfono celular. El propósito de este cuestionario es conocer si existe algún grado de adicción al teléfono celular en adolescentes, jóvenes y adultos.

Solo te llevará alrededor de 15 minutos responder. La información recabada en la presente investigación es de carácter anónimo y confidencial, te pedimos que contestes con sinceridad.

Agradecemos tu tiempo y disposición.

Rosa Isela Ruíz García

Florencio Miranda Herrera

Juan Carlos Jiménez Mejía

David Efrén Hernández Castillo

Licenciatura en Psicología

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Ponemos a tu disposición el correo: iselaruiz@unam.mx

Soy mayor de edad y acepto participar voluntariamente en la investigación

Si _____

No_____

Anexo 2

Hoja de recolección de datos

Instrucciones: A continuación, selecciona la respuesta que mejor represente su situación de acuerdo con el uso del teléfono celular.

1 = Siempre

2 = Frecuentemente

3 = A veces

4 = Casi nunca

5 = Nunca

Reactivos	1	2	3	4	5
1. Consulto mi celular y sus aplicaciones sin pensar para qué voy a utilizarlo					
2. Sin darme cuenta comienzo a abrir diferentes aplicaciones en mi celular					
3. Me cuesta trabajo cerrar las aplicaciones del celular una vez que comienzo a usarlas					
4. Utilizo el celular para distraerme de mis problemas					

5. Utilizo el celular durante mucho tiempo a pesar de sentir cansancio					
6. Con frecuencia pierdo el control para dejar de usar el celular y sus aplicaciones					
7. Consulto mi celular y sus aplicaciones de manera impulsiva					
8. He vuelto a usar mi celular constantemente después de haberlo dejado un tiempo					
9. Utilizo el celular y sus aplicaciones cada vez con mayor frecuencia					
10. Me he dado cuenta que necesito utilizar el celular y sus aplicaciones por más tiempo para obtener la misma satisfacción que anteriormente obtenía					
11. Utilizo el celular y sus aplicaciones con fines recreativos más que académicos o familiares					
12. Dedico más tiempo consultando mi celular y sus aplicaciones con objetivos distintos a los de trabajo o académicos					

13. Ha incrementado cada vez más el tiempo que dedico a redes sociales, videojuegos o aplicaciones de entretenimiento					
14. Me cuesta mucho trabajo permanecer sin consultar el celular y sus aplicaciones					
15. Siento ansiedad cuando dejo de utilizar el celular y sus aplicaciones					
16. Siento enojo cuando dejo pasar mucho tiempo sin usar el celular y sus aplicaciones					
17. Empiezo a sentir irritabilidad cuando dejo de utilizar el celular y sus aplicaciones					
18. Me siento triste cuando dejo pasar mucho tiempo sin usar el celular y sus aplicaciones					
19. Siento incomodidad cuando no tengo acceso al celular y sus aplicaciones					
20. Siento que me hace falta algo muy importante cuando no tengo conmigo el celular					

21. Empiezo a sentir deseo de utilizar el celular y sus aplicaciones cuando veo a los demás utilizándolo					
22. Me he propuesto disminuir el tiempo que paso consultando diferentes aplicaciones del celular					
23. No he logrado disminuir el tiempo que paso usando el celular y sus aplicaciones					
24. He intentado reducir el uso del celular y sus aplicaciones sin conseguirlo					
25. Continúo utilizando el celular y sus aplicaciones por más que me resista					
26. He dejado de realizar mis actividades cotidianas por usar el celular y sus aplicaciones					
27. Para mí es indispensable usar el celular para consultar las aplicaciones					
28. Utilizar el celular y sus aplicaciones es una actividad fundamental en mi día a día					

29. Pienso constantemente en usar el celular y sus aplicaciones cuando estoy realizando una actividad importante					
30. Utilizo el celular y sus aplicaciones para mejorar mi estado de ánimo					
31. Me hace sentir mejor entrar a alguna aplicación del celular cuando siento enojo					
32. El tiempo que paso usando el celular y sus aplicaciones afecta mi rendimiento académico-laboral					
33. He tenido problemas personales por el tiempo que uso el celular y sus aplicaciones					
34. Mis familiares me dicen que uso excesivamente el celular y sus aplicaciones					
35. Me molesta que hagan comentarios acerca del tiempo que paso usando el celular y sus aplicaciones					
36. Me siento culpable al usar el celular por un tiempo prolongado					

<p>37. La mayor parte de mis relaciones sociales son a través del celular y sus aplicaciones</p>					
<p>38. Puedo hacer más amistades a través de las aplicaciones del celular que en persona</p>					
<p>39. Utilizo el celular y sus aplicaciones cuando veo que otros lo están utilizando para sentirme parte del grupo</p>					
<p>40. He observado que mis relaciones familiares se han afectado por el uso constante del celular y sus aplicaciones</p>					

Anexo 3

Versión final del instrumento

Instrucciones: A continuación, selecciona la respuesta que mejor represente su situación de acuerdo con el uso del teléfono celular.

1 = Siempre

2 = Frecuentemente

3 = A veces

4 = Casi nunca

5 = Nunca

Reactivos	1	2	3	4	5
1. Consulto mi celular y sus aplicaciones sin pensar para qué voy a utilizarlo					
2. Sin darme cuenta comienzo a abrir diferentes aplicaciones en mi celular					
3. Me cuesta trabajo cerrar las aplicaciones del celular una vez que comienzo a usarlas					
4. Utilizo el celular para distraerme de mis problemas					

5. Consulto mi celular y sus aplicaciones de manera impulsiva					
6. He vuelto a usar mi celular constantemente después de haberlo dejado un tiempo					
7. Utilizo el celular y sus aplicaciones cada vez con mayor frecuencia					
8. Me he dado cuenta que necesito utilizar el celular y sus aplicaciones por más tiempo para obtener la misma satisfacción que anteriormente obtenía					
9. Ha incrementado cada vez más el tiempo que dedico a redes sociales, videojuegos o aplicaciones de entretenimiento					
10. Me cuesta mucho trabajo permanecer sin consultar el celular y sus aplicaciones					
11. Siento ansiedad cuando dejo de utilizar el celular y sus aplicaciones					

12. Siento enojo cuando dejo pasar mucho tiempo sin usar el celular y sus aplicaciones					
13. Empiezo a sentir irritabilidad cuando dejo de utilizar el celular y sus aplicaciones					
14. Me siento triste cuando dejo pasar mucho tiempo sin usar el celular y sus aplicaciones					
15. Siento que me hace falta algo muy importante cuando no tengo conmigo el celular					
16. Empiezo a sentir deseo de utilizar el celular y sus aplicaciones cuando veo a los demás utilizándolo					
17. Me he propuesto disminuir el tiempo que paso consultando diferentes aplicaciones del celular					
18. He intentado reducir el uso del celular y sus aplicaciones sin conseguirlo					
19. Continúo utilizando el celular y sus aplicaciones por más que me resista					

20. He dejado de realizar mis actividades cotidianas por usar el celular y sus aplicaciones					
21. Para mí es indispensable usar el celular para consultar las aplicaciones					
22. Utilizar el celular y sus aplicaciones es una actividad fundamental en mi día a día					
23. Utilizo el celular y sus aplicaciones para mejorar mi estado de ánimo					
24. Me hace sentir mejor entrar a alguna aplicación del celular cuando siento enojo					
25. El tiempo que paso usando el celular y sus aplicaciones afecta mi rendimiento académico-laboral					
26. He tenido problemas personales por el tiempo que uso el celular y sus aplicaciones					
27. Mis familiares me dicen que uso excesivamente el celular y sus aplicaciones					

28. Me molesta que hagan comentarios acerca del tiempo que paso usando el celular y sus aplicaciones					
--	--	--	--	--	--