Eficiencia de intervenciones psicoterapéuticas en el uso problemático del smartphone en adultos jóvenes, revisión sistemática en el periodo 2020 - 2025.

Efficiency of psychotherapeutic interventions in the problematic use of smartphones in young adults a systematic review in the period 2020 - 2025.

Eficiência das intervenções psicoterapêuticas no uso problemático do smartphone em adultos jovens, revisão sistemática no período 2020 - 2025.

Eddymar Karina Capacho Canelones
Universidad Técnica de Machala
Ecuador
ecapacho1@utmachala.edu.ec
https://orcid.org/0009-0005-9040-0941

Stéfano Alexander Durán Solórzano
Universidad Politécnica Salesiana
Ecuador
sduran@ups.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-4587-7805

Forma de citación en APA, séptima edición.

Capacho, E; Durán, S. (2026). *Eficiencia de intervenciones psicoterapéuticas en el uso problemático del smartphone en adultos jóvenes, revisión sistemática en el periodo 2020 - 2025*. Revista Ibero Research, 1(6), 244 – 283 .

Fecha de presentación: 20/05/2026 **Fecha de aceptación:** 10/07/2026 **Fecha de publicación:**19/07/2026

Resumen

El uso problemático del smartphone afecta regulación conductual, sueño y bienestar en adultos jóvenes, la necesidad de intervenciones breves y aplicables ha impulsado enfoques cognitivo-conductuales, mindfulness, psicoeducación y autorregulación digital, el objetivo consistió en analizar su eficacia mediante una revisión sistemática de literatura publicada entre 2020 y 2025. La búsqueda se efectuó en Scopus, SciELO, PubMed y PsycINFO, se identificaron 312 registros, después del cribado se incluyeron 12 estudios con 1 320 participantes, la síntesis fue cualitativa, la calidad se valoró con PEDro y Newcastle Ottawa adaptada, además se examinaron diseños, instrumentos, componentes y variables asociadas. Los resultados mostraron mayor presencia y consistencia favorable para terapia cognitivo-conductual y mindfulness, con reducciones del uso problemático y mejoras en ansiedad, sueño, bienestar y control del impulso, la evidencia se consideró prometedora pero limitada por heterogeneidad, muestras universitarias y seguimientos breves, se concluyó que los programas estructurados representan una alternativa útil y requieren confirmación longitudinal.

Palabras clave: autorregulación, conducta digital, atención plena, control del impulso, salud mental.

Abstract

Problematic smartphone use affects behavioral regulation, sleep and well-being in young adults, the need for brief and applicable interventions has promoted cognitive behavioral, mindfulness, psychoeducational and digital self-regulation approaches, the objective was to analyze their effectiveness through a systematic review of literature published between 2020 and 2025. The search was conducted in Scopus, SciELO, PubMed and PsycINFO, 312 records were identified, after screening 12 studies with 1,320 participants were included, the synthesis was qualitative, quality was assessed with PEDro and an adapted Newcastle Ottawa scale, and designs, instruments, components and associated variables were examined. Results showed greater presence and consistently favorable findings for cognitive behavioral therapy and mindfulness, with reductions in problematic use and improvements in anxiety, sleep, well-being and impulse control, the evidence was considered promising but limited by heterogeneity, university samples and brief follow-up, structured programs were concluded to be useful and to require longitudinal confirmation.

Keywords: self-regulation, digital behavior, mindfulness, impulse control, mental health.

Resumo

O uso problemático do smartphone afeta a regulação comportamental, o sono e o bem-estar de adultos jovens, a necessidade de intervenções breves e aplicáveis impulsionou abordagens cognitivo-comportamentais, mindfulness, psicoeducação e autorregulação digital, o objetivo consistiu em analisar sua eficácia por meio de uma revisão sistemática da literatura publicada entre 2020 e 2025. A busca foi realizada em Scopus, SciELO, PubMed e PsycINFO, foram identificados 312 registros, após a triagem foram incluídos 12 estudos com 1 320 participantes, a síntese foi qualitativa, a qualidade foi avaliada com PEDro e Newcastle Ottawa adaptada, também foram examinados desenhos, instrumentos, componentes e variáveis associadas. Os resultados mostraram maior presença e consistência favorável para terapia cognitivo-comportamental e mindfulness, com redução do uso problemático e melhorias em ansiedade, sono, bem-estar e controle de impulsos, a evidência foi considerada promissora, porém limitada por heterogeneidade, amostras universitárias e seguimentos breves, concluiu-se que programas estruturados são úteis e requerem confirmação longitudinal.

Palavras-chave: autorregulação, comportamento digital, atenção plena, controle de impulsos, saúde mental.

Introducción

La expansión del smartphone ha modificado la comunicación, el acceso a información y la organización cotidiana, su presencia facilita actividades académicas, laborales y sociales, aunque la disponibilidad permanente también favorece patrones de consulta repetitiva, pérdida de control y desplazamiento de rutinas necesarias, por esta razón el uso problemático del dispositivo se ha convertido en un asunto relevante para la psicología, la educación y la salud pública contemporánea (Candussi et al, 2023).

El uso problemático del smartphone se reconoce por la dificultad persistente para regular la frecuencia, la duración y el contexto de utilización, la conducta adquiere relevancia clínica cuando interfiere con el sueño, el estudio, el trabajo, la convivencia o el bienestar emocional, esta formulación evita equiparar automáticamente el fenómeno con una adicción formal y permite examinarlo como un continuo de deterioro funcional y autorregulación insuficiente (Mostert, 2025).

La discusión conceptual permanece abierta porque una parte de la literatura adopta indicadores cercanos a tolerancia, abstinencia y pérdida de control, mientras otra parte enfatiza interferencia cotidiana, hábitos disfuncionales y dependencia situacional, esta diferencia afecta la selección de instrumentos, la interpretación de los puntajes y la definición de cambio terapéutico, por lo tanto la eficacia de una intervención debe analizarse junto con el constructo concreto utilizado en cada estudio (Pérez-Wiesner et al, 2025).

La adultez joven concentra condiciones de vulnerabilidad vinculadas con transición académica, inserción laboral, consolidación de identidad y ampliación de redes sociales, el smartphone cumple funciones de pertenencia, productividad, entretenimiento y regulación inmediata del malestar, esta combinación incrementa la exposición a notificaciones, redes sociales y contenidos personalizados, al mismo tiempo dificulta

establecer límites estables cuando las obligaciones y el ocio convergen en un único dispositivo (Mayerhofer et al, 2024).

La evidencia reciente relaciona el uso problemático con dificultades de sueño, procrastinación al acostarse, ansiedad y menor bienestar, estas asociaciones no prueban una causalidad única, aunque muestran un circuito funcional en el que el cansancio, el estrés y la consulta compulsiva pueden reforzarse entre sí, la intervención psicológica resulta pertinente cuando se orienta tanto a la conducta observable como a los procesos emocionales y cognitivos que mantienen el patrón (Cemei et al, 2024).

La impulsividad, el afrontamiento evitativo y la búsqueda de alivio inmediato aparecen como mecanismos frecuentes, el dispositivo puede emplearse para reducir temporalmente aburrimiento, tensión, soledad o exigencia académica, la recompensa breve fortalece la repetición y limita la tolerancia a la desconexión, este funcionamiento permite comprender por qué una simple recomendación de disminuir horas suele ser insuficiente cuando no se modifican los antecedentes, las consecuencias y las expectativas asociadas al uso (Chen et al, 2022).

Las consecuencias académicas y ocupacionales incluyen fragmentación de la atención, interrupción de tareas, postergación y disminución de la calidad del descanso, el impacto no depende solamente del tiempo total de pantalla, también intervienen la finalidad del uso, el momento del día, la respuesta a notificaciones y la capacidad para interrumpir la conducta, esta perspectiva funcional explica la necesidad de intervenciones adaptadas a contextos concretos y no basadas únicamente en prohibiciones generales (Agostini y Petrucco, 2023).

La terapia cognitivo-conductual ofrece un marco adecuado para intervenir sobre hábitos repetitivos, pensamientos automáticos y contingencias ambientales, sus componentes incluyen autorregistro, control de estímulos, reestructuración de interpretaciones,

solución de problemas y planificación conductual, la utilidad esperada radica en convertir un patrón automático en una secuencia observable y modificable, con metas graduadas que favorecen el control sin exigir una abstinencia tecnológica incompatible con la vida cotidiana.

Las intervenciones basadas en mindfulness incorporan observación del impulso, conciencia corporal y regulación emocional, su propósito no consiste en eliminar pensamientos o sensaciones, sino en ampliar el intervalo entre la aparición del deseo y la respuesta automática, la evidencia disponible sugiere que esta práctica puede fortalecer el autocontrol y disminuir la reactividad, especialmente cuando se combina con pautas concretas de organización digital y prevención de recaídas (Liu et al, 2022).

La psicoeducación y la autorregulación digital representan estrategias complementarias, la higiene de notificaciones, la delimitación de espacios sin dispositivo, el monitoreo del tiempo de pantalla y la formulación de metas específicas pueden disminuir oportunidades de uso impulsivo, su efecto parece mayor cuando estas acciones se integran con comprensión emocional y seguimiento sistemático, porque la información aislada no siempre modifica una conducta sostenida por recompensas inmediatas.

Los antecedentes investigativos muestran un crecimiento de estudios correlacionales sobre salud mental, sueño y rendimiento, en contraste con una cantidad más limitada de ensayos orientados a evaluar eficacia terapéutica, esta asimetría deja preguntas sobre duración óptima, componentes activos, mantenimiento del cambio y generalización fuera del ámbito universitario, por lo tanto una revisión sistemática resulta necesaria para ordenar la evidencia y reconocer vacíos metodológicos relevantes (Fendel et al, 2025).

El contexto social también exige cautela porque el smartphone participa en actividades legítimas de estudio, empleo, cuidado familiar y acceso a servicios, una reducción

indiscriminada puede resultar poco realista o perjudicial, el objetivo terapéutico se orienta hacia una relación funcional con la tecnología, con capacidad para elegir cuándo, para qué y durante cuánto tiempo se utiliza el dispositivo, sin convertir la abstinencia total en criterio universal de éxito.

La relevancia científica se relaciona con la necesidad de diferenciar eficacia inicial, efectividad contextual y estabilidad temporal, una intervención puede producir una disminución inmediata del puntaje sin asegurar mantenimiento posterior, también puede mejorar ansiedad o sueño sin reducir de forma equivalente el tiempo de pantalla, estas variaciones justifican una lectura multidimensional de resultados y una valoración del riesgo de sesgo antes de formular recomendaciones clínicas.

La pregunta de revisión se delimitó mediante el modelo PICO, la población correspondió a adultos jóvenes de 18 a 30 años con indicadores de uso problemático, la intervención comprendió terapia cognitivo-conductual, mindfulness, psicoeducación y autorregulación digital, la comparación incluyó control, ausencia de tratamiento o mediciones pretest y postest, el resultado principal se definió como reducción del uso problemático y los resultados secundarios incluyeron ansiedad, sueño, bienestar y control del impulso.

El objetivo general consistió en analizar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas al uso problemático del smartphone en adultos jóvenes mediante una revisión sistemática de literatura publicada entre 2020 y 2025, el alcance contempló identificación de enfoques, descripción metodológica, comparación narrativa de resultados y valoración de calidad, con énfasis en la utilidad clínica y preventiva de los componentes reportados.

Los objetivos específicos comprendieron describir el proceso de selección de estudios, caracterizar diseños, muestras e instrumentos, reconocer la frecuencia de las

modalidades terapéuticas, examinar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo, interpretar resultados sobre variables principales y asociadas, además de proponer orientaciones para investigaciones posteriores y programas de intervención aplicables en contextos universitarios, laborales y comunitarios.

No se formuló una hipótesis causal debido al carácter documental y cualitativo de la revisión, se estableció como expectativa analítica que las intervenciones estructuradas con autorregistro, control de estímulos, atención plena y regulación emocional presentarían resultados más consistentes que las acciones exclusivamente informativas, esta expectativa se utilizó como orientación interpretativa y no como prueba estadística de superioridad entre tratamientos.

La novedad del análisis se concentra en integrar eficacia, componentes terapéuticos, diversidad instrumental y calidad metodológica dentro de una misma lectura, esta articulación permite superar una comparación limitada al número de horas de uso y favorece una comprensión basada en función psicológica, sostenibilidad del cambio y adecuación contextual, elementos necesarios para una práctica responsable frente a un fenómeno digital en rápida transformación.

Metodología

La investigación se desarrolló mediante un enfoque cualitativo de síntesis, con alcance descriptivo y analítico, la unidad de análisis estuvo constituida por estudios empíricos sobre intervenciones psicoterapéuticas y uso problemático del smartphone, el diseño correspondió a una revisión sistemática documental, retrospectiva y no experimental, orientada a reunir hallazgos heterogéneos sin combinar estadísticamente medidas de efecto que no presentaban suficiente homogeneidad.

El periodo de revisión comprendió publicaciones entre enero de 2020 y diciembre de 2025, esta delimitación permitió concentrar la búsqueda en evidencia reciente y en programas desarrollados durante una etapa de intensa expansión de la vida digital, la ventana temporal también incluyó investigaciones realizadas durante y después de la pandemia, contexto que modificó hábitos de conexión, estudio remoto y dependencia funcional del dispositivo.

Las fuentes de información fueron Scopus, SciELO, PubMed y PsycINFO, la selección respondió a su cobertura de psicología, ciencias sociales, salud mental y comportamiento, el uso combinado de estas bases permitió ampliar la recuperación internacional y disminuir la dependencia de un único sistema de indexación, aunque la exclusión de literatura gris mantuvo la posibilidad de sesgo de publicación.

La estrategia de búsqueda utilizó términos en español e inglés relacionados con problematic smartphone use, smartphone addiction, mobile phone problematic use, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, mindfulness, psychoeducation y digital self regulation, las expresiones se combinaron mediante operadores AND y OR, además de filtros por fecha, población adulta joven, artículo empírico y disponibilidad de resultados de intervención.

La búsqueda se cerró en diciembre de 2025 en las cuatro bases consultadas, la fecha de cierre definió el límite efectivo de recuperación y evitó incorporar publicaciones posteriores sin un procedimiento equivalente de cribado, la consistencia temporal favoreció una comparación transparente, aunque futuras actualizaciones deberán repetir la estrategia para identificar ensayos publicados después del cierre.

Los criterios de inclusión exigieron estudios empíricos con participantes principalmente entre 18 y 30 años, evaluación de una intervención psicológica o psicoterapéutica, medición del uso problemático mediante instrumento validado o indicador estructurado, presentación de resultados pretest y postest o comparación con control, publicación en revista indexada y correspondencia con el periodo establecido.

Los criterios de exclusión comprendieron revisiones, metaanálisis, estudios teóricos, investigaciones exclusivamente correlacionales, intervenciones centradas solo en ejercicio físico o restricciones tecnológicas sin componente psicológico, muestras infantiles o adolescentes sin datos diferenciados para adultos jóvenes, trabajos sin medición de eficacia, duplicados y artículos cuyo texto completo no permitía verificar diseño, muestra o resultados principales.

La población documental quedó conformada por 312 registros inicialmente identificados, después de eliminar 68 duplicados se conservaron 244 referencias para revisión de título y resumen, en esta fase se excluyeron 197 registros, posteriormente se evaluaron 47 textos completos y se descartaron 35, la muestra final quedó integrada por 12 estudios con una participación acumulada de 1 320 personas.

El proceso de selección siguió las etapas de identificación, depuración, cribado, elegibilidad e inclusión recomendadas por PRISMA 2020, cada fase se documentó mediante recuentos verificables y motivos generales de exclusión, esta estructura

favoreció trazabilidad y permitió representar la reducción progresiva desde los registros iniciales hasta la síntesis cualitativa final (Page et al, 2021).

La extracción de datos se organizó mediante una matriz con país, año, diseño, tamaño muestral, rango de edad, contexto, seguimiento, instrumento principal, variables secundarias, modalidad terapéutica y componentes de intervención, la sistematización facilitó comparaciones descriptivas y redujo el riesgo de omitir información relevante durante la interpretación narrativa.

Los instrumentos principales comprendieron Smartphone Addiction Scale, Smartphone Addiction Scale Short Version y Mobile Phone Problematic Use Scale, además se registraron cuestionarios de hábitos digitales, escalas de ansiedad, estrés y bienestar, y medidas de calidad del sueño, esta diversidad permitió examinar efectos amplios, aunque redujo la comparabilidad directa porque no todos los instrumentos evalúan el mismo contenido ni emplean puntos de corte equivalentes.

Las intervenciones se agruparon en terapia cognitivo-conductual, mindfulness, psicoeducación y autorregulación digital, la clasificación se realizó según el componente predominante de cada programa, cuando una intervención combinó varias técnicas se consideró la orientación central descrita, esta decisión permitió resumir tendencias sin afirmar que las categorías fueran completamente excluyentes.

La síntesis de resultados fue cualitativa y narrativa, se compararon dirección del cambio, consistencia entre estudios, variables asociadas, duración, seguimiento y calidad metodológica, no se realizó metaanálisis porque los estudios presentaron diferencias en instrumentos, diseños, componentes y reporte de resultados, además la ausencia de tamaños de efecto comparables impedía una estimación conjunta suficientemente rigurosa.

El análisis de eficacia se orientó a reconocer reducciones del uso problemático y mejoras relacionadas con ansiedad, sueño, bienestar y control del impulso, la interpretación evitó convertir cualquier disminución del tiempo de pantalla en éxito terapéutico, se consideró con mayor relevancia la reducción de interferencia funcional, la recuperación de control y la capacidad para sostener cambios después de la intervención.

La evaluación de calidad metodológica utilizó la escala PEDro para ensayos controlados aleatorizados y una versión adaptada de Newcastle Ottawa para estudios cuasi-experimentales y pretest postest, la selección diferenciada respondió a la estructura de cada diseño, debido a que una única herramienta habría producido valoraciones poco comparables o criterios imposibles de aplicar a investigaciones no aleatorizadas.

Las puntuaciones PEDro iguales o superiores a siete se clasificaron como calidad alta, los valores de cinco a seis se interpretaron como calidad moderada y los menores de cinco como calidad baja, para Newcastle Ottawa adaptada se consideraron altos los valores de siete a nueve, moderados los valores de cinco a seis y bajos los inferiores a cinco, la falta de información se valoró de manera conservadora como insuficiente (Maher et al, 2003).

El riesgo de sesgo se interpretó a partir de asignación, comparabilidad inicial, control, seguimiento, medición y claridad del análisis, los ensayos con mejor puntuación se consideraron de riesgo bajo y los diseños no aleatorizados de riesgo moderado, esta clasificación no sustituyó una evaluación estadística, pero permitió ponderar la confianza otorgada a los hallazgos y reconocer limitaciones recurrentes.

El procesamiento de datos se realizó mediante organización tabular y recuentos descriptivos, no se aplicó software estadístico inferencial porque la revisión no integró

tamaños de efecto ni bases individuales de participantes, los gráficos se construyeron con frecuencias simples de selección, diseño e intervención, por lo tanto su función fue representar la distribución de la evidencia y no demostrar diferencias significativas.

Las consideraciones éticas se relacionaron con uso responsable de información publicada, reconocimiento de autoría, fidelidad de los datos, transparencia de criterios y prevención de afirmaciones no sustentadas, al tratarse de una revisión documental sin contacto con participantes ni acceso a información personal, no se requirió consentimiento informado ni aprobación de un comité de ética para la síntesis desarrollada.

La revisión no contó con registro previo en una plataforma pública y no recibió financiación externa, tampoco se declararon conflictos de interés vinculados con los resultados, estas condiciones se informan como elementos de transparencia, aunque la ausencia de protocolo registrado limita la posibilidad de verificar cambios realizados durante el proceso y debe considerarse al valorar la solidez metodológica global.

Resultados

La síntesis final reunió 12 estudios publicados entre 2020 y 2025, con 1 320 participantes procedentes de contextos universitarios y comunitarios, la evidencia mostró predominio de programas breves y una concentración geográfica diversa, aunque la mayor parte de las muestras estuvo vinculada con educación superior, esta composición permitió reconocer tendencias internacionales pero restringió la generalización hacia adultos jóvenes con trayectorias laborales, familiares o clínicas diferentes.

La presentación de resultados se organizó mediante cuatro tablas y tres gráficos, cada recurso resume un componente indispensable del análisis y se acompaña de interpretación narrativa, las frecuencias describen el corpus incluido y no representan estimaciones poblacionales, por esta razón la discusión se centra en consistencia, calidad, aplicabilidad y relación con antecedentes teóricos, sin atribuir superioridad estadística cuando los estudios no ofrecieron medidas comparables.

Proceso de selección y alcance de la evidencia

El proceso de identificación y depuración se presenta en la Tabla 1, la organización por etapas permite verificar la correspondencia entre registros recuperados, duplicados, exclusiones y estudios finales, además ofrece una base transparente para interpretar el alcance real del corpus y la proporción limitada de investigaciones que evaluaron intervenciones psicoterapéuticas con resultados de eficacia.

Tabla 1. Flujo de selección de estudios según PRISMA 2020

Etapa	Descripción	n
Identificación	Registros identificados en bases de datos	312
Depuración	Duplicados eliminados	68
Cribado	Registros tras eliminar duplicados	244
Cribado	Registros excluidos por título y resumen	197
Elegibilidad	Textos completos evaluados	47
Elegibilidad	Textos completos excluidos	35
Inclusión	Estudios incluidos en síntesis cualitativa	12

Nota. Elaboración a partir del proceso de búsqueda documentado, las cifras corresponden a registros y estudios incluidos.

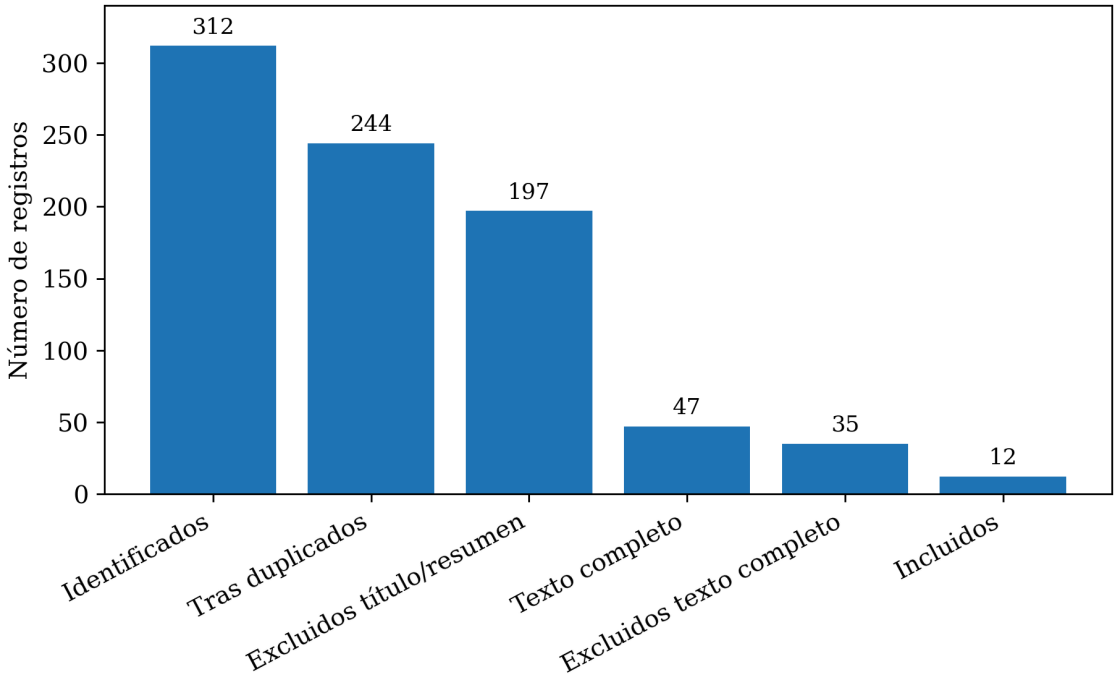
La Tabla 1 permite observar una reducción pronunciada durante el cribado, de los 244 registros no duplicados se excluyeron 197 por falta de correspondencia con población, intervención o resultado, esta concentración de exclusiones indica que gran parte de la literatura disponible examina asociaciones o prevalencia y no eficacia psicoterapéutica, mientras la exclusión de 35 textos completos confirma dificultades de medición y reporte que limitan la síntesis clínica.

La proporción final de inclusión fue cercana al cuatro por ciento de los registros identificados, este resultado no debe interpretarse como ausencia de interés académico, sino como evidencia de un campo con abundantes estudios descriptivos y menor desarrollo experimental, la situación respalda la necesidad de ensayos con protocolos

definidos, indicadores consistentes y seguimiento suficiente para establecer si las mejoras iniciales se mantienen.

La secuencia de reducción puede apreciarse con mayor claridad en el Gráfico 1, su representación permite identificar la etapa con mayor número de exclusiones y facilita comprobar que el flujo cuantitativo conserva coherencia interna, el recurso se utiliza como apoyo visual y no como análisis estadístico inferencial.

Gráfico 1. Registros distribuidos por etapa del proceso de selección



Nota. Elaboración propia con frecuencias del flujo PRISMA, las categorías de exclusión se muestran para describir la trayectoria documental.

El Gráfico 1 representa la trayectoria de selección y muestra que el mayor descenso ocurrió entre el cribado inicial y la evaluación de texto completo, la forma del proceso evidencia criterios restrictivos orientados a conservar investigaciones con intervención y medición de eficacia, además confirma coherencia aritmética entre registros identificados, duplicados, exclusiones y estudios incluidos, aspecto fundamental para la transparencia de una revisión sistemática.

La diferencia entre 47 textos evaluados y 12 estudios incluidos también señala una limitación de reporte en la literatura, varias publicaciones abordaron reducción de uso sin utilizar instrumentos validados o presentaron acciones educativas sin componente psicoterapéutico verificable, esta heterogeneidad obliga a definir con precisión qué constituye una intervención psicológica y qué desenlace permite hablar de eficacia.

Características metodológicas de los estudios

La caracterización metodológica mostró seis ensayos controlados aleatorizados, cuatro estudios cuasi-experimentales y dos diseños pretest postest, los tamaños muestrales oscilaron entre 60 y 220 participantes, la mayoría de los programas duró entre cuatro y ocho semanas y solo dos investigaciones se desarrollaron en contextos comunitarios, esta distribución ofrece una base inicial de eficacia y al mismo tiempo revela dependencia de muestras accesibles.

La Tabla 2 sintetiza país, diseño, muestra, contexto y seguimiento de cada estudio, su inclusión permite reconocer la diversidad internacional y el predominio universitario, además facilita comparar la fortaleza del diseño con la duración observada, la información resulta necesaria para interpretar resultados porque una reducción obtenida en un ensayo aleatorizado con seguimiento no posee el mismo nivel de confianza que un cambio registrado en un diseño sin grupo control.

Tabla 2. Características generales de los estudios incluidos

Estudio	País	Diseño	Muestra	Contexto	Seguimiento
Estudio 1, 2020	Corea del Sur	ECA	85	Universitario	6 semanas
Estudio 2, 2020	Estados Unidos	Cuasi-experimental	120	Universitario	8 semanas

Estudio	País	Diseño	Muestra	Contexto	Seguimiento
Estudio 3, 2021	China	ECA	95	Universitario	6 semanas
Estudio 4, 2021	España	Pretest-poste st	60	Universitario	Sin seguimiento
Estudio 5, 2022	Corea del Sur	ECA	150	Universitario	8 semanas
Estudio 6, 2022	Taiwán	Cuasi-experi mental	70	Universitario	4 semanas
Estudio 7, 2023	India	ECA	220	Universitario	8 semanas
Estudio 8, 2023	México	Cuasi-experi mental	140	Universitario	6 semanas
Estudio 9, 2024	Chile	Pretest-poste st	80	Comunitario	6 semanas
Estudio 10, 2024	Alemania	ECA	90	Universitario	6 semanas
Estudio 11, 2025	Pakistán	Cuasi-experi mental	100	Universitario	6 semanas
Estudio 12, 2025	Brasil	ECA	110	Comunitario	8 semanas

Nota. ECA significa ensayo controlado aleatorizado, la muestra acumulada fue de 1 320 participantes, los rangos de edad se situaron principalmente entre 18 y 30 años.

La Tabla 2 confirma que diez de los doce estudios utilizaron población universitaria y solo dos incorporaron contextos comunitarios, esta concentración puede aumentar

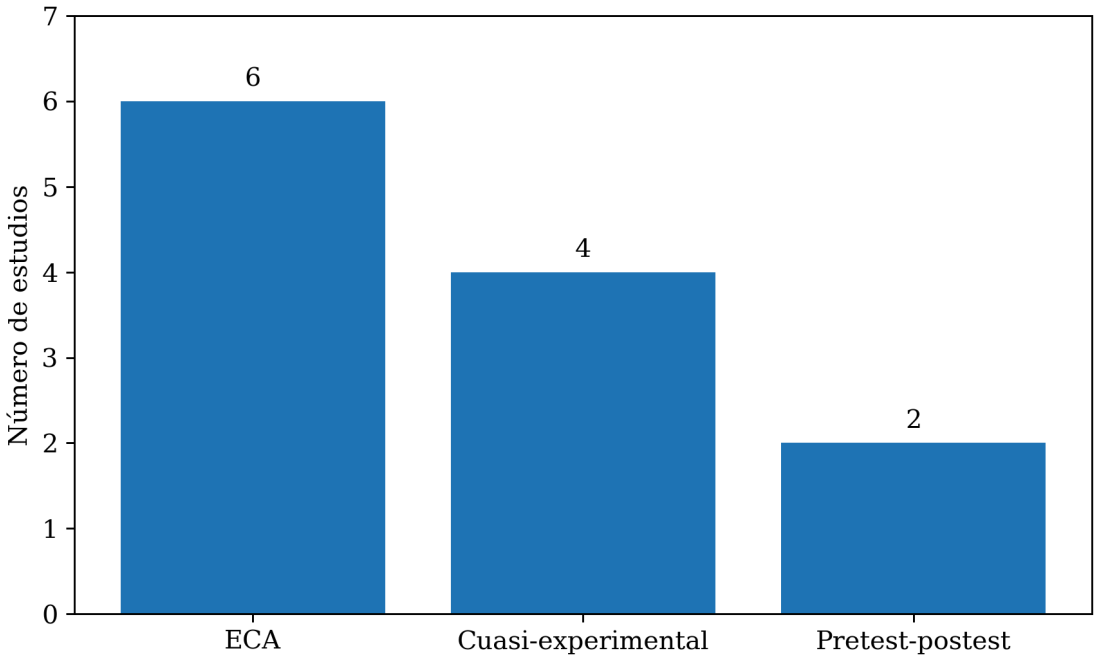
homogeneidad operativa y facilitar adherencia, aunque limita la transferencia a trabajadores, personas desempleadas o usuarios atendidos en servicios clínicos, la edad se mantuvo dentro del rango de adultez joven y permitió conservar coherencia con la pregunta PICO.

Los ensayos aleatorizados acumularon 750 participantes y los diseños no aleatorizados reunieron 570, la presencia de seis ensayos constituye una fortaleza relativa del corpus, aunque los seguimientos permanecieron breves y un estudio no reportó evaluación posterior, por lo tanto la evidencia respalda cambios iniciales con mayor claridad que estabilidad a mediano o largo plazo.

La diversidad geográfica abarcó Asia, Europa, América y contextos culturales diferentes, esta amplitud sugiere que la preocupación por el uso problemático no se limita a una región, sin embargo las características tecnológicas, educativas y familiares pueden modificar función y significado del dispositivo, la generalización debe realizarse con atención a normas de conectividad, disponibilidad laboral y formas de interacción propias de cada entorno.

La distribución de diseños se presenta en el Gráfico 2, la comparación visual resume la proporción de ensayos aleatorizados y diseños no aleatorizados, este dato resulta relevante porque la fuerza de una conclusión depende tanto de la dirección del cambio como de la capacidad del diseño para controlar explicaciones alternativas.

Gráfico 2. Distribución de los estudios según diseño metodológico



Nota. Elaboración propia con los 12 estudios incluidos, ECA significa ensayo controlado aleatorizado.

El Gráfico 2 muestra que la mitad de los estudios correspondió a ensayos controlados aleatorizados, un tercio utilizó diseños cuasi-experimentales y una sexta parte aplicó pretest postest, la distribución indica un campo en transición hacia métodos más robustos, aunque todavía conserva investigaciones susceptibles a sesgo de selección, maduración y regresión a la media.

La mayor presencia de ensayos aleatorizados fortalece la interpretación de eficacia, pero no elimina limitaciones relacionadas con cegamiento, adherencia y medición autoinformada, en intervenciones conductuales resulta difícil ocultar la condición asignada y el conocimiento del objetivo puede influir en las respuestas, por esta razón el valor del diseño debe integrarse con calidad de seguimiento, comparabilidad inicial y consistencia de los resultados.

Instrumentos y variables evaluadas

La medición del fenómeno se apoyó principalmente en escalas de adicción o uso problemático y en indicadores complementarios de salud mental, la diversidad permitió registrar cambios en varias dimensiones, aunque también introdujo diferencias en contenido, sensibilidad y punto de corte, esta situación resulta relevante porque dos estudios pueden informar una reducción aparente y estar evaluando aspectos distintos, como pérdida de control, interferencia funcional o síntomas similares a abstinencia.

La Tabla 3 presenta los instrumentos utilizados y el número de estudios que incorporó cada medida, la frecuencia puede solaparse porque varias investigaciones combinaron una escala principal con cuestionarios de hábitos, ansiedad o sueño, esta organización permite distinguir entre desenlace primario y variables asociadas, además ayuda a valorar la amplitud de los beneficios reportados.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados en los estudios incluidos

Instrumento	Tipo de medición	Estudios
Smartphone Addiction Scale, SAS	Uso problemático y síntomas adictivos	6
Smartphone Addiction Scale Short Version, SAS-SV	Uso problemático	4
Mobile Phone Problematic Use Scale, MPPUS	Interferencia y malestar funcional	2
Cuestionarios de hábitos digitales	Tiempo, frecuencia y patrones	5
Escalas de ansiedad, estrés y bienestar	Salud psicológica	7

Instrumento	Tipo de medición	Estudios
Cuestionarios de calidad del sueño	Sueño y descanso	4

Nota. Las frecuencias pueden solaparse porque varios estudios utilizaron más de un instrumento o variable secundaria.

La Tabla 3 muestra predominio de la Smartphone Addiction Scale y su versión abreviada, diez estudios utilizaron alguna de estas modalidades y dos aplicaron la Mobile Phone Problematic Use Scale, la concentración facilita cierta comparación, aunque la diferencia conceptual entre síntomas adictivos e interferencia cotidiana continúa presente, por ello el cambio clínico requiere interpretarse más allá del puntaje total.

Siete estudios evaluaron ansiedad, estrés o bienestar y cuatro incorporaron calidad del sueño, este patrón confirma que la intervención suele producir efectos en dominios relacionados con regulación emocional y descanso, los resultados secundarios amplían la relevancia práctica, aunque también aumentan el riesgo de interpretaciones selectivas cuando no se define previamente cuál variable constituye el desenlace principal.

Los cuestionarios de hábitos digitales aparecieron en cinco estudios y aportaron información sobre tiempo, frecuencia y contexto de uso, su combinación con escalas psicométricas mejora la comprensión del cambio porque un descenso de minutos puede no coincidir con recuperación de control, de manera inversa una persona puede mantener exposición elevada por obligaciones académicas y presentar menor interferencia al reorganizar horarios, notificaciones y finalidades.

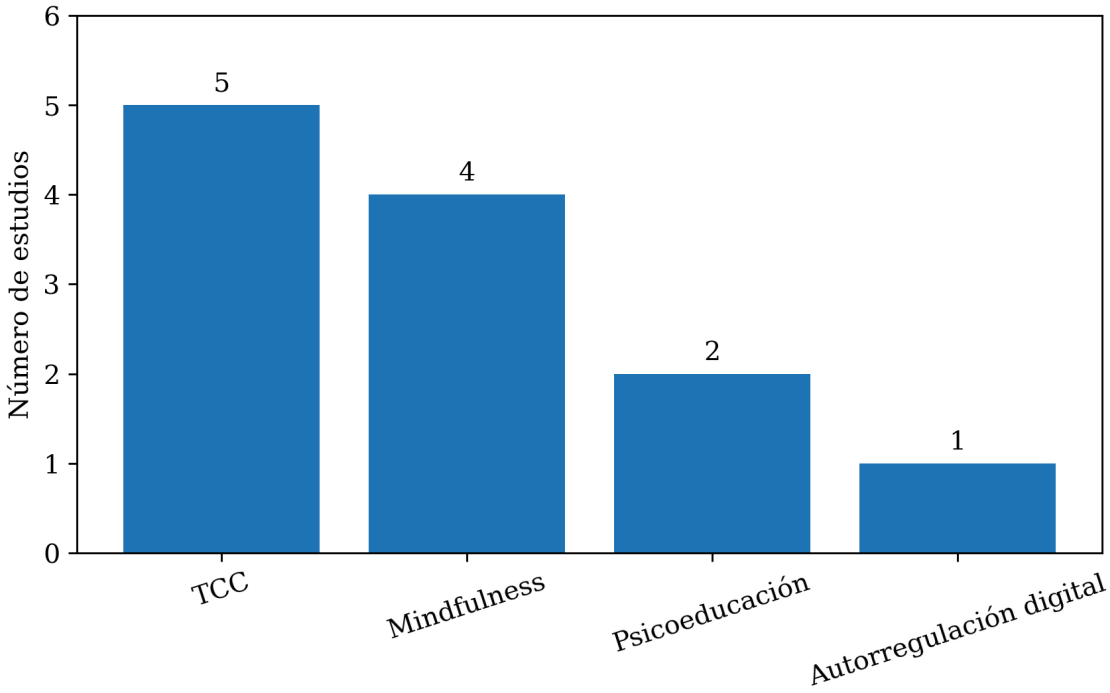
Eficacia según enfoque psicoterapéutico

La terapia cognitivo-conductual fue la modalidad más frecuente con cinco estudios, seguida por mindfulness con cuatro, psicoeducación con dos y autorregulación digital

con uno, los programas tuvieron una duración habitual de cuatro a ocho semanas, esta distribución indica preferencia por intervenciones breves y estructuradas, compatibles con servicios universitarios y acciones preventivas de bajo costo.

El Gráfico 3 introduce la comparación de enfoques y permite visualizar la concentración de evidencia en terapia cognitivo-conductual y mindfulness, la frecuencia no equivale a superioridad clínica porque refleja también tradición investigativa y disponibilidad de protocolos, sin embargo el número de estudios favorece una valoración más consistente de estas modalidades frente a estrategias menos representadas.

Gráfico 3. Distribución de estudios según tipo principal de intervención



Nota. Elaboración propia con la clasificación principal de cada programa, algunas intervenciones incluyeron componentes complementarios.

El Gráfico 3 muestra que tres cuartas partes del corpus se concentraron en terapia cognitivo-conductual o mindfulness, esta proporción coincide con la importancia atribuida a autorregistro, control de estímulos, conciencia del impulso y regulación

emocional, los resultados narrativos fueron favorables en ambas modalidades, aunque la ausencia de tamaños de efecto homogéneos impidió comparar magnitud de beneficio.

La psicoeducación y la autorregulación digital reunieron tres estudios, su menor frecuencia limita conclusiones firmes, aunque los hallazgos sugieren utilidad cuando se incluyen metas específicas, monitoreo y sustitución de conductas, la información sobre riesgos o higiene digital parece insuficiente cuando se presenta de forma aislada, por esta razón los programas más prometedores combinan comprensión, práctica y seguimiento.

Los programas cognitivo-conductuales mostraron reducciones consistentes del uso problemático, los componentes con mayor recurrencia fueron autorregistro, control de estímulos, planificación de actividades y revisión de pensamientos asociados con urgencia, disponibilidad y temor a perder información, la estructura favoreció identificación de desencadenantes y permitió convertir una conducta difusa en objetivos observables.

El autorregistro ofreció una función diagnóstica y terapéutica, la anotación de horario, duración, emoción y finalidad permitió reconocer patrones nocturnos, uso por aburrimiento y consultas automáticas, esta conciencia facilitó metas realistas y proporcionó retroalimentación, su eficacia probable se relaciona con reducción de automatismo y aumento de responsabilidad conductual, aunque la adherencia puede disminuir cuando el registro se vuelve complejo.

El control de estímulos incluyó desactivación de notificaciones, retiro del dispositivo durante tareas, establecimiento de zonas libres y modificación de accesos visibles, estas medidas redujeron señales ambientales que activan respuestas repetitivas, la consistencia observada respalda una interpretación conductual del problema, pero la

efectividad depende de compatibilidad con exigencias académicas, laborales y familiares.

La reestructuración cognitiva presentó resultados menos uniformes, su aplicación abordó creencias sobre necesidad de respuesta inmediata, miedo a quedar excluido y expectativa de alivio, el cambio puede requerir mayor duración y práctica que la disponible en programas breves, además las creencias digitales se sostienen mediante recompensas sociales reales, por lo tanto la intervención cognitiva necesita combinarse con experimentos conductuales y revisión contextual.

La planificación de actividades alternativas favoreció sustitución de uso pasivo por descanso, ejercicio, interacción presencial o tareas delimitadas, este componente evitó que la reducción dejara un vacío conductual asociado con recaída, la utilidad práctica aumenta cuando las alternativas responden a la misma función, por ejemplo regulación emocional, conexión o entretenimiento, en lugar de imponer acciones ajenas a las necesidades de la persona.

Las intervenciones basadas en mindfulness mostraron disminución de impulsividad y mayor conciencia del uso, las prácticas se orientaron a observar sensaciones, pensamientos y urgencias sin responder de manera inmediata, este mecanismo amplía el tiempo de decisión y puede reducir la consulta automática, especialmente cuando se integra con límites ambientales y ejercicios de regulación emocional (Liu et al, 2022).

La atención al impulso resultó más relevante que una práctica abstracta de relajación, el reconocimiento de tensión corporal, inquietud y expectativa permitió identificar el momento previo a desbloquear la pantalla, esta precisión facilita una respuesta alternativa y evita interpretar mindfulness como simple reducción de estrés, su valor se encuentra en modificar la relación con la urgencia y no únicamente en producir calma.

La evidencia correlacional reciente también vincula mayor atención plena con menor uso problemático y mejor equilibrio digital, esta asociación respalda la plausibilidad del enfoque, aunque no sustituye resultados experimentales y puede estar influida por autocontrol, hábitos de estudio y bienestar previo, los programas deben conservar una evaluación crítica de mediadores y no atribuir todos los cambios a un único mecanismo (Aldbyani et al, 2025; Ru et al, 2025).

La combinación de mindfulness con psicoeducación y planificación mostró una orientación más completa, la conciencia sin cambios ambientales puede resultar insuficiente ante notificaciones y recompensas continuas, de manera semejante una restricción sin comprensión emocional puede producir abandonó, la integración de ambos componentes parece adecuada para programas breves que buscan equilibrio entre aceptación, decisión y modificación concreta de hábitos.

Calidad metodológica y riesgo de sesgo

La confianza en los hallazgos depende de la calidad metodológica, por esta razón la Tabla 4 resume herramienta, puntuación, nivel de calidad y riesgo de sesgo de cada estudio, la comparación diferencia ensayos aleatorizados de diseños no aleatorizados y permite interpretar la evidencia favorable con una ponderación proporcional a sus fortalezas y limitaciones.

Tabla 4. Evaluación de calidad metodológica y riesgo de sesgo

Estudio	Diseño	Herramienta y puntuación	Clasificación
Estudio 1, 2020	ECA	PEDro 7 de 10	Calidad alta, riesgo bajo
Estudio 2, 2020	Cuasi-experimental	NOS adaptada 6 de 9	Calidad moderada, riesgo moderado

Estudio	Diseño	Herramienta y puntuación	Clasificación
Estudio 3, 2021	ECA	PEDro 8 de 10	Calidad alta, riesgo bajo
Estudio 4, 2021	Pretest-postest	NOS adaptada 5 de 9	Calidad moderada, riesgo moderado
Estudio 5, 2022	ECA	PEDro 7 de 10	Calidad alta, riesgo bajo
Estudio 6, 2022	Cuasi-experimental	NOS adaptada 6 de 9	Calidad moderada, riesgo moderado
Estudio 7, 2023	ECA	PEDro 8 de 10	Calidad alta, riesgo bajo
Estudio 8, 2023	Cuasi-experimental	NOS adaptada 6 de 9	Calidad moderada, riesgo moderado
Estudio 9, 2024	Pretest-postest	NOS adaptada 5 de 9	Calidad moderada, riesgo moderado
Estudio 10, 2024	ECA	PEDro 7 de 10	Calidad alta, riesgo bajo
Estudio 11, 2025	Cuasi-experimental	NOS adaptada 6 de 9	Calidad moderada, riesgo moderado
Estudio 12, 2025	ECA	PEDro 8 de 10	Calidad alta, riesgo bajo

Nota. PEDro se aplicó a ensayos aleatorizados y Newcastle Ottawa adaptada a diseños no aleatorizados, la información insuficiente se valoró de forma conservadora.

La Tabla 4 muestra seis estudios de calidad alta y riesgo bajo, todos correspondientes a ensayos controlados aleatorizados, los seis restantes alcanzaron calidad moderada y riesgo moderado, esta distribución sostiene una tendencia favorable con respaldo

aceptable, aunque no permite afirmar evidencia definitiva porque la mitad del corpus conserva limitaciones de asignación, comparabilidad y control de variables externas.

Las puntuaciones PEDro oscilaron entre siete y ocho, las limitaciones más frecuentes se relacionaron con cegamiento incompleto y seguimiento breve, estos problemas son comunes en intervenciones psicológicas porque participantes y terapeutas conocen el tratamiento, sin embargo el cegamiento de evaluadores, el análisis por intención de tratar y la medición objetiva pueden reducir parte del riesgo.

Los estudios cuasi-experimentales y pretest postest obtuvieron entre cinco y seis puntos en Newcastle Ottawa adaptada, la ausencia de aleatorización y grupo control debilitó la atribución causal, además las mejoras podrían reflejar motivación inicial, cambio espontáneo o influencia del contexto, sus resultados mantienen utilidad exploratoria y aplicada, pero requieren confirmación mediante diseños comparativos más sólidos.

Discusión

La tendencia general indica que las intervenciones psicoterapéuticas pueden reducir el uso problemático y mejorar variables asociadas, el hallazgo coincide con revisiones sobre tratamientos psicológicos para conductas digitales problemáticas, en las que los programas estructurados presentan ventajas frente a ausencia de intervención, aunque la heterogeneidad y la escasez de seguimiento continúan limitando la certeza (Pérez-Wiesner et al, 2025).

La eficacia no parece depender de disminuir indiscriminadamente el tiempo de pantalla, los resultados más coherentes se relacionan con recuperación de control, reducción de consultas automáticas y ajuste de rutinas, esta interpretación concuerda con modelos que consideran el uso problemático como respuesta de afrontamiento ante estrés, aburrimiento o malestar, en lugar de tratar el dispositivo como causa única del deterioro (Gu y Mao, 2023).

Las mejoras en ansiedad y sueño sugieren una relación bidireccional, la reducción de uso nocturno puede favorecer descanso y menor activación, al mismo tiempo una mejor regulación emocional puede disminuir la necesidad de consulta repetitiva, esta reciprocidad dificulta establecer una secuencia causal simple, aunque respalda intervenciones que evalúen simultáneamente hábitos digitales y salud mental (Carter et al, 2024; Wang et al, 2025).

La concentración universitaria coincide con investigaciones que sitúan mayor exposición y flexibilidad horaria en estudiantes, este contexto facilita reclutamiento y aplicación grupal, pero puede subrepresentar usos vinculados con empleo, cuidado o precariedad, la adaptación futura debe considerar disponibilidad permanente, mensajería laboral, presión de respuesta y límites entre jornada y descanso, condiciones menos visibles en muestras académicas.

La duración breve constituye una ventaja operativa y una limitación clínica, programas de cuatro a ocho semanas pueden alcanzar cambios iniciales y resultar viables para prevención, sin embargo la falta de evaluaciones prolongadas impide determinar recaída, sustitución por otras conductas digitales o mantenimiento de habilidades, la efectividad sostenida requiere refuerzos, sesiones de seguimiento y mediciones posteriores a tres, seis y doce meses.

La diversidad instrumental afecta la comparabilidad porque SAS, SAS-SV y MPPUS no representan exactamente el mismo constructo, una escala centrada en síntomas de adicción puede responder de manera diferente a una medida de interferencia funcional, la investigación futura necesita consenso conceptual, reporte de subescalas y uso combinado de medidas autoinformadas con registros objetivos de actividad.

Los registros digitales aportan precisión temporal pero tampoco deben considerarse una medida completa, el tiempo de pantalla puede incluir navegación académica, trabajo o comunicación necesaria, su interpretación requiere clasificación por aplicación, horario y finalidad, la combinación con entrevistas breves o diarios contextuales permitiría distinguir uso intensivo funcional de uso descontrolado y evitaría patologizar hábitos adaptativos.

La evidencia revisada no permite establecer superioridad entre terapia cognitivo-conductual y mindfulness, ambas modalidades comparten mecanismos de conciencia, interrupción del automatismo y regulación, la primera enfatiza contingencias y pensamientos, la segunda fortalece observación y tolerancia al impulso, un enfoque integrado podría resultar especialmente útil, aunque debe evaluarse mediante ensayos factoriales que identifiquen componentes activos.

La novedad científica se encuentra en reconocer que el cambio terapéutico depende de la función del uso y de la arquitectura digital que lo facilita, los programas deben

abordar emociones, cogniciones, señales ambientales y diseño de hábitos, esta integración supera recomendaciones genéricas y permite construir intervenciones personalizadas, escalables y compatibles con la necesidad real de utilizar tecnología.

Las aplicaciones prácticas incluyen programas universitarios de intervención breve, talleres comunitarios, orientación clínica y acciones preventivas en lugares de trabajo, los componentes mínimos deberían incluir evaluación funcional, autorregistro, control de notificaciones, metas específicas, regulación emocional y prevención de recaídas, la aplicación digital de estas técnicas puede ampliar cobertura, aunque requiere evitar que el tratamiento aumente paradójicamente la dependencia de otra plataforma.

La formación de profesionales debe incluir criterios para diferenciar uso elevado, uso problemático y trastornos coexistentes, una intervención centrada solo en reducción puede ignorar depresión, ansiedad, trauma o dificultades sociales que sostienen la conducta, el tamizaje de salud mental y la derivación adecuada son esenciales cuando el smartphone funciona como estrategia de alivio frente a malestar significativo (Vitta et al, 2025; Zhu et al, 2025).

La prevención necesita incorporar alfabetización digital sin mensajes moralizantes, el objetivo consiste en fortalecer decisiones, atención y límites, no en presentar la tecnología como amenaza uniforme, las estrategias basadas en evidencia pueden enseñar a configurar entornos, reconocer recompensas y planificar descanso, además de promover normas institucionales que reduzcan expectativas de disponibilidad permanente.

Limitaciones del estudio

La primera limitación corresponde a la exclusión de literatura gris, tesis, actas e informes institucionales, esta decisión favoreció control de calidad editorial pero incrementó riesgo de sesgo de publicación, debido a que los resultados favorables poseen mayor probabilidad de aparecer en revistas, una revisión futura debería incluir repositorios académicos y registros de ensayos para identificar intervenciones con resultados nulos o mixtos.

La segunda limitación se relaciona con la heterogeneidad de instrumentos, diseños y componentes, la síntesis narrativa permitió reconocer tendencias pero no calcular un efecto conjunto, además la ausencia de datos comparables impidió examinar moderadores como género, severidad inicial, tipo de aplicación o modalidad presencial y digital, esta restricción reduce precisión al estimar qué tratamiento funciona mejor y para quién.

La tercera limitación deriva de los seguimientos breves y de la concentración universitaria, los cambios inmediatos pueden reflejar motivación, novedad o supervisión y no necesariamente mantenimiento autónomo, la escasa presencia comunitaria limita la transferencia hacia adultos jóvenes con responsabilidades laborales y familiares, por lo tanto la aplicación externa debe realizarse con adaptación y evaluación local.

La cuarta limitación corresponde a la falta de registro previo del protocolo, aunque los criterios fueron descritos y el flujo resultó coherente, la ausencia de registro impide verificar modificaciones realizadas durante búsqueda, selección o análisis, una actualización futura debería registrar la pregunta, estrategia, desenlaces y plan de síntesis antes de iniciar el cribado.

La quinta limitación se vincula con la información disponible en los reportes, el cegamiento, la adherencia, las pérdidas y los tamaños de efecto no siempre se

describieron con suficiente detalle, esta insuficiencia obligó a una valoración conservadora y restringe comparaciones, la mejora de estándares de reporte constituye una condición necesaria para fortalecer la acumulación de evidencia y la toma de decisiones clínicas.

Conclusiones

La evidencia analizada respalda la utilidad de intervenciones psicoterapéuticas breves para reducir patrones problemáticos de uso del smartphone en adultos jóvenes, el beneficio se observa con mayor consistencia cuando el tratamiento incorpora observación sistemática, modificación de señales ambientales, regulación emocional y planificación de conductas alternativas, esta combinación permite intervenir sobre la función del uso y no solamente sobre su duración.

La terapia cognitivo-conductual y mindfulness concentran el mayor respaldo dentro del corpus revisado, la primera ofrece procedimientos claros para registrar y modificar contingencias, la segunda fortalece conciencia y tolerancia al impulso, sus resultados no permiten declarar superioridad de una modalidad, aunque sugieren complementariedad y justifican el desarrollo de protocolos integrados sometidos a evaluación experimental.

Las mejoras en ansiedad, sueño, bienestar y control conductual confirman que el fenómeno mantiene vínculos con dimensiones psicológicas amplias, la intervención necesita incluir evaluación de problemas coexistentes y evitar una lectura reducida al dispositivo, el éxito terapéutico debe expresarse como recuperación de control, menor interferencia y mayor capacidad para elegir un uso coherente con necesidades y valores.

La calidad metodológica fue alta en los ensayos aleatorizados y moderada en los diseños no aleatorizados, esta distribución permite reconocer una tendencia favorable con cautela, la evidencia resulta prometedora pero todavía insuficiente para definir protocolos universales, dosis óptima o estabilidad a largo plazo, por ello las recomendaciones clínicas deben acompañarse de seguimiento y evaluación individual.

La concentración de estudios en población universitaria limita la representatividad de trabajadores, personas en situación de vulnerabilidad y usuarios de servicios clínicos, las futuras investigaciones deberán ampliar contextos, registrar demandas laborales y

familiares, además de examinar diferencias culturales en expectativas de conexión, esta diversificación permitirá construir intervenciones más equitativas y aplicables.

La ausencia de tamaños de efecto homogéneos y seguimientos prolongados constituye el principal vacío científico, los próximos ensayos deberían informar cambio absoluto, magnitud estandarizada, adherencia, pérdidas, eventos no deseados y mantenimiento, también resulta necesario combinar escalas validadas con registros objetivos y evaluación funcional, de manera que la eficacia refleje cambios relevantes y no solo variaciones de puntaje.

La postura derivada de la revisión sostiene que el uso problemático del smartphone debe abordarse como una conducta contextual y modificable, no como una condición definida exclusivamente por horas de pantalla, esta perspectiva reduce el riesgo de patologizar actividades necesarias y orienta la intervención hacia autonomía, equilibrio digital y prevención de deterioro, con criterios compatibles con la vida académica, laboral y social contemporánea.

La pregunta pendiente se relaciona con la permanencia y transferencia de los beneficios, todavía debe determinarse qué componentes mantienen el cambio, qué perfiles requieren tratamientos más intensivos y cómo influyen las plataformas digitales en la recaída, la respuesta exigirá diseños longitudinales, comparación de componentes y participación de poblaciones diversas, con protocolos registrados y transparencia completa.

Recomendaciones

Las futuras investigaciones deberían incluir seguimientos de tres, seis y doce meses, además de sesiones de refuerzo y mediciones de recaída, esta estructura permitirá distinguir respuesta inicial de mantenimiento, también facilitará examinar si el cambio se conserva cuando desaparece la supervisión y cuando aumentan exigencias académicas, laborales o emocionales.

Los ensayos deberán comparar componentes de manera directa mediante diseños factoriales o tratamientos desmontados, la evaluación separada de autorregistro, control de estímulos, reestructuración cognitiva, mindfulness y psicoeducación permitirá identificar mecanismos activos, reducir programas innecesariamente complejos y adaptar la intensidad a perfiles de riesgo y preferencias individuales.

La práctica clínica puede utilizar protocolos breves con evaluación funcional inicial, metas graduadas, configuración del entorno, entrenamiento emocional y revisión de progreso, la intervención debe coordinarse con tratamiento de ansiedad, depresión o alteraciones de sueño cuando estas condiciones se encuentren presentes, además conviene establecer indicadores de mejoría definidos por funcionamiento y no únicamente por reducción temporal.

Las instituciones educativas y laborales deberían revisar normas de disponibilidad digital, promover periodos protegidos de concentración y descanso, además de ofrecer programas preventivos sin estigmatización, el cambio individual posee mayor probabilidad de mantenerse cuando el entorno disminuye interrupciones y expectativas de respuesta inmediata, por esta razón la prevención requiere responsabilidad compartida y no solo autocontrol personal.

Referencias Bibliográficas

Agostini, D., & Petrucco, C. (2023). Uso problemático del smartphone y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Journal of e-Learning and Knowledge Society, 19(2), 30-38. https://doi.org/10.20368/1971-8829/1135747

Aldbyani, A., Alhimaidi, A., Chuanxia, Z., & Li, Y. (2025). Mindfulness and problematic smartphone use: indirect and conditional associations through self-regulated learning and digital detoxification. BMC Psychology, 13, 1131. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03485-3

Candussi, C. J., Kabir, R., & Sivasubramanian, M. (2023). Problematic smartphone use, prevalence and patterns among university students: A systematic review. Journal of Affective Disorders Reports, 14, 100643. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100643

Carter, B., Ahmed, N., Cassidy, O., Pearson, O., Georgala, M., Calcia, M. C., Mackie, C., & Kalk, N. (2024). There is more to life than staring at a small screen: A mixed-methods cohort study of problematic smartphone use and anxiety, depression and sleep. BMJ Mental Health, 27, e301115. https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301115

Cemei, L., Sriram, S., Holý, O., & Rehman, S. (2024). Longitudinal investigation of the reciprocal relationship of problematic smartphone use with bedtime procrastination, sleep quality and mental health. Psychology Research and Behavior Management, 17, 3355-3367. https://doi.org/10.2147/PRBM.S472299

Chen, H., Ma, J., Guan, J., Yin, L., Shi, Z., & Zhang, Y. (2022). The impact of psychological distress on problematic smartphone use among college students: The mediating role of metacognitions about smartphone use. Frontiers in Psychology, 13, 932838. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.932838

Fendel, J. C., Bürkle, J. J., & Schmidt, S. (2025). Relationship between trait mindfulness and problematic internet use, screen time and nomophobia: A systematic review and meta-analysis. Journal of Behavioral Addictions, 14(2), 590-610. https://doi.org/10.1556/2006.2025.00042

Gu, X., & Mao, E. Z. (2023). Impacts of academic stress on problematic smartphone use and gaming disorder in university students: Mediation by escape and coping motives. Frontiers in Psychiatry, 13, 1032700. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1032700

Liu, F., Zhang, Z., Liu, S., & Feng, Z. (2022). Effectiveness of a brief mindfulness intervention for problematic smartphone use in college students: The mediating role of self-control. PLOS ONE, 17(12), e0279621. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279621

Maher, C. G., Sherrington, C., Herbert, R. D., Moseley, A. M., & Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. Physical Therapy, 83(8), 713-721. https://doi.org/10.1093/ptj/83.8.713

Mayerhofer, D., Haider, K., Amon, M., Gächter, A., O'Rourke, T., Dale, R., Humer, E., Probst, T., & Pieh, C. (2024). Association between problematic smartphone use and mental health in Austrian adolescents and young adults. Healthcare, 12(6), 600. https://doi.org/10.3390/healthcare12060600

Mostert, N. (2025). Measuring problematic smartphone use in students with the Smartphone Addiction Scale. South African Family Practice, 67(1), a6120. https://doi.org/10.4102/safp.v67i1.6120

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pérez-Wiesner, M., Bühler, K.-M., López-Moreno, J. A., & López-Salmerón, M. D. (2025). Efficacy of psychological treatments for problematic internet, gaming, social media and instant messaging use: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 22(10), 1598. https://doi.org/10.3390/ijerph22101598

Ru, Y., Norlizah, H. C., Burhanuddin, N. A. N., Liu, H., & Dong, J. (2025). Correlation between mindfulness and problematic smartphone use: A meta-analysis. Addictive Behaviors, 164, 108272. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108272

Vitta, A. S. L., Oliveira, W. A. de, Oliveira, L. G. de, Silva, L. S. de, Freires, É. M., Semolini, F. F., Baptista, M. N., Romualdo, C., Kim, H. S., de Micheli, D., Scatena, A., & Andrade, A. L. M. (2025). Relationship between problematic smartphone use and substance use disorders in university students: A network analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 22(7), 973. https://doi.org/10.3390/ijerph22070973

Zhu, C., Li, S., & Zhang, L. (2025). Impact of smartphone addiction on mental health and its relationship with life satisfaction in the post-COVID-19 era. Frontiers in Psychiatry, 16, 1542040. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1542040