

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO
ABAD DEL CUSCO, 2024**

Presentado por: Bach. Carlos Enrique Sumire Huaman

Para optar el título profesional de médico cirujano

Asesor: Dr. Jorge Luis Cabezas Limaco

Cusco-Perú

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024

presentado por: CARLOS ENRIQUE SUMIRE HUAMAN con DNI Nro.: 73820938 presentado por: CARLOS ENRIQUE SUMIRE HUAMAN con DNI Nro.: 73820938 para optar el título profesional/grado académico de MEDICO CIRUJANO

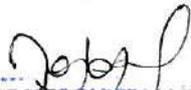
Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 20 de Junio de 2024


JORGE LUIS CABEZAS LIMA
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 2064 - R.N.E. 1014

Firma

Post firma Jorge Luis Cabezas Lima

Nro. de DNI 23903098

ORCID del Asesor 0000-0002-0823-3146

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:362237908

NOMBRE DEL TRABAJO

**CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN E
STUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDI
CINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NA
CI**

RECUENTO DE PALABRAS

23576 Words

RECUENTO DE CARACTERES

124807 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

82 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.1MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 20, 2024 9:49 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 20, 2024 9:51 PM GMT-5**● 4% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 4% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)



ORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 29644 - R.N.E. 16144

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por su amor, por haberme permitido descubrir mi vocación en esta noble profesión, por haber sido mi fortaleza en los momentos difíciles, mi iluminación cuando se me presentaba situaciones sombrías, mi esperanza en medio de la angustia. Gracias padre celestial por nunca dejarme caer, siempre inspirarme para seguir adelante y regalarme la certeza de que contigo todo es posible.

A mis padres Gerardo y Luz Marina, quienes me dieron la vida, me cuidaron, apoyaron, los considero unos padres excelentes, me educaron con buenos valores, principios y me guiaron en mi carrera profesional.

A mi abuelo Hipólito, que desde el cielo me observa, me apoya, y siempre orará por mí para que me vaya bien, gracias abuelito.

A mis abuelitos Valentín, Aquilina y Paulina, por tanto, amor que me dieron desde que nací, les agradezco por cuidarme en mi etapa de niñez.

A mi madrina Celinda, que es considerada como una segunda madre para mí, me dio mucho amor y me inculcó muchos valores.

A Sherli, por ser mi compañera, mi mejor amiga y confidente en los buenos y malos momentos, gracias por cuidarme y compartir toda esta travesía juntos.

A mi tío Percy, por ser una persona que se preocupó de mi cuando era niño, me cuidó cuando mis padres no estaban a mi lado y llenó de felicidad mi soledad.

A mis queridos tíos maternos Julia, Hilda, Edwin y Royer, quienes me cuidaron en mi etapa de niñez y me brindaron de su apoyo.

A mis queridos tíos paternos Camila, Mario, Sebastián, Adolfo, Hilda, quienes me cuidaron en mi etapa de niñez y me brindaron su apoyo.

A mis primos queridos Cristian, Khevin, Darwin, Rodrigo, Bianca, Luana, Katy, Erick, Kevin, Royer, Joel y Yovana por compartir momentos importantes de mi vida.

Agradezco a mi asesor, Dr. Jorge Luis Cabezas, por ser una persona amable, empático y por su apoyo en el transcurso de este camino.

A mis perritos Jeyco y Chapo, por toda la alegría que me dan, con sus travesuras y curiosidades alegran mis días.

DEDICATORIA

Dedico con mucho amor e ilusión este trabajo a Dios, a mis amados padres, a mi enamorada y a cada uno de los miembros de mi hermosa familia y amigos que con tanto esfuerzo, ternura y constancia me han acompañado en el transcurso de mi vida. Me siento infinitamente dichoso de haber recorrido todo este camino junto a ustedes, todo este equipo alcanzo la meta propuesta.

JURADO A

Dr. Víctor Aquilino Béjar Bravo

Dra. Gladys Susana Oblitas Zanabria

Dr. Víctor Hugo Arias Chávez

JURADO B

Dr. Oscar Filipo Niño de Guzmán Velarde

Dr. Abel Paucarmayta Tacuri

Dr. Deoblinger Duberly Sánchez del Mar

CONTENIDO

CONTENIDO	iv
INTRODUCCION	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	xi
1. CAPITULO I	1
1.1. Fundamentación del Problema	1
1.2. Antecedentes Teóricos	3
1.3. Formulación del problema	8
1.3.1. Problema general	8
1.3.2. Problemas específicos.....	8
1.4. Objetivos de la investigación.....	8
1.4.1. Objetivo general	8
1.4.2. Objetivos específicos.....	8
1.5. Justificación del Problema	8
1.6. Limitaciones de la Investigación	10
1.7. Aspectos éticos.....	10
2. CAPITULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1.1. Sueño.....	11
2.1.2. Nomofobia	18
2.2. Definición de Términos Básicos.....	25
2.3. Hipótesis.....	26
2.3.1. Hipótesis General	26
2.3.2. Hipótesis Específicas.....	26
2.4. Variables.....	27
2.5. Definiciones operacionales.....	28
3. CAPITULO III	37
3.1. Tipo de investigación	37
3.2. Diseño de investigación	37
3.3. Población y Muestra	38
3.3.1. Descripción de la población	38
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	38
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y muestreo.....	39
3.4. Técnicas, Instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	41
3.5. Plan de análisis de datos.....	43

4. CAPITULO IV: RESULTADOS	45
4.1. Resultados:.....	45
4.2. Discusión.....	55
4.3. Conclusiones.....	59
4.4. Sugerencias.....	60
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
6. ANEXOS.....	67

INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado fisiológico fundamental para el ser humano, las múltiples investigaciones manifiestan que en el transcurso del sueño se producen varios mecanismos, como el ahorro energético, ajustamiento de procesos biológicos que utilizan energía, fortalecimiento memorístico, la supresión de componentes no importantes, fortalecimiento de las defensas biológicas, etc. La calidad de sueño se refiere tanto al dormir bien durante la noche como el buen funcionamiento durante la vigilia, para un correcto funcionamiento durante las horas de vigilia se recomienda un tiempo de descanso más de 7 horas. Según la Organización Mundial de la Salud el 40 % de la población mundial, presenta mala calidad de sueño. La investigación realizada por Virgilio Failo (2015) en estudiantes de medicina de diversos países como Colombia, Argentina, Perú y Venezuela, señala que la calidad del sueño es baja representándose en un 76.5%, 82,81%, 84,3% y 86,4 %, respectivamente.

Actualmente el uso de celular se convirtió en una actividad frecuente, la mayor parte de la población lo emplea, el empleo del celular se puede realizar para diferentes actividades brindando beneficios como una mejor comunicación, conexión a internet, búsqueda de información con fines pedagógicos y entretenimiento.

El uso excesivo de este dispositivo electrónico se define si su utilización es desmedido y repetido, lo cual puede tener un impacto en el bienestar biopsicosocial de la persona, generando nomofobia, las personas que más utilizan el celular son los jóvenes de 19 a 24 años.

El uso excesivo de teléfonos celulares ha provocado una dependencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la nomofobia se basa en la fobia de no poder comunicarse constantemente con un teléfono móvil. Esta patología se origina en el miedo de ser percibido como desconectado de las personas en el mundo virtual.

Esta situación no es nueva en el territorio peruano. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023), el 91,3% de la población de 6 y más años que usa Internet lo hace a través de un celular. Un estudio realizado en la universidad de Ciencias y Humanidades (Perú, 2023), mostró que, de 372 estudiantes, el 14,8% no tenía nomofobia, el 65,6% tenía riesgo de nomofobia y el 19,6% eran nomofóbicos.

Dentro de los síntomas de nomofobia tenemos: la ansiedad recurrente, el dolor de cabeza, dolor de estómago, taquicardias, estrés, sudoración, dependencia anímica o pensamientos, emociones depresivas y alteraciones del sueño.

Los trastornos del sueño son un problema de salud que tiene un impacto negativo en el rendimiento académico y profesional de los estudiantes del campo de la salud. En un estudio a nivel mundial hecho por Jahrami (2022) evidenció una prevalencia estimada de problemas de sueño en el 41.16 % de los estudiantes procedentes de 49 países de los diferentes continentes del mundo. A nivel nacional, Silva (2021) encontró una prevalencia de 42.5% de mala calidad de sueño en estudiantes de ciencias de la salud.

En nuestra región no existe estudio previo que determine como es la calidad de sueño en estudiantes de medicina, y si la calidad de sueño esta alterada por la nomofobia. Este estudio ayudará a identificar el nivel de nomofobia, determinar la calidad de sueño, y determinar la asociación entre nomofobia y calidad de sueño, garantizando el derecho a la autonomía e información. Se plantearán estrategias para controlar esta asociación.

RESUMEN

“NOMOFOBIA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024”

Antecedentes: Nomofobia definida como miedo a estar sin el celular y la calidad de sueño se basa en el hecho de dormir bien durante la noche y el rendimiento diurno, un estudio hecho en estudiantes de medicina de Perú, donde se muestra que el 77.3 % presentó mala calidad de sueño, el 33.1 % presentó nomofobia severa y el 33.5% presentó nomofobia moderada. La nomofobia se asoció a una mala calidad de sueño.

Métodos: El estudio es de tipo cuantitativo, analítico y de corte transversal teniendo como variable dependiente a la calidad de sueño. Se aplicó una encuesta a los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2024.

Resultados: Participaron 300 estudiantes, 240 estudiantes fueron de Medicina y el resto de Odontología, 48% de estudiantes son de sexo femenino, el 20,7 % presentó nomofobia leve, el 47.3% nomofobia moderada y 10.3 % nomofobia severa. Sobre la calidad de sueño, el 74% de los estudiantes presentó mala calidad de sueño. La relación entre mala calidad de sueño con nomofobia leve, nomofobia moderada, nomofobia severa fue OR:2.77, OR:3.03 y OR: 3.90, $p < 0.05$, respectivamente.

Conclusiones: El nivel de nomofobia es mayormente moderado, predomina la mala calidad de sueño. Existe una asociación significativa entre nomofobia y mala calidad de sueño.

Palabras Clave: Nomofobia, teléfono móvil, sueño, calidad de sueño, estudiantes de medicina

ABSTRACT

“NOMOPHOBIA AND SLEEP QUALITY IN STUDENTS OF THE FACULTY OF HUMAN MEDICINE OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF SAN ANTONIO ABAD OF CUSCO, 2024”

Background: Nomophobia defined as fear of being without a cell phone and the quality of sleep is based on the fact of sleeping well at night and daytime performance, a study carried out on Peruvian medical students, where 77.3% presented poor quality of sleep, the 33.1% presented severe nomophobia and 33.5% presented moderate nomophobia. Poor sleep quality adapts to nomophobia.

Methods: The study is quantitative, analytical and cross-sectional with the dependent variable, sleep quality. A survey will be applied to students of the Faculty of Human Medicine of the National University of San Antonio Abad of Cusco, 2024.

Results: 300 students participated, 240 students were from medicine and the rest from dentistry, 144 students are female, 20.7% presented mild nomophobia, 47.3% moderate nomophobia, 10.3% severe nomophobia. Regarding sleep quality, 74% of the students had poor sleep quality. The relationship between poor sleep quality with mild nomophobia, moderate nomophobia, severe nomophobia with an OR:2.77, OR:3.03 and OR: 3.90, $p < 0.05$, respectively.

Conclusions: The level of nomophobia is mostly moderate, poor quality of sleep predominates. There is a significant association between nomophobia and poor sleep quality.

Keywords: Nomophobia, mobile phone, sleep, quality of sleep, medical students

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del Problema

El sueño es un estado fisiológico muy valioso para todo ser humano. Las investigaciones sobre el sueño manifiestan que en el transcurso de este se originan múltiples eventos fisiológicos de gran importancia, como el ahorro energético, ajustamiento de procesos biológicos que utilizan energía, fortalecimiento memorístico, la supresión de componentes no importantes, fortalecimiento de las defensas biológicas, etc⁽¹⁾.

Se menciona que la falta de sueño conduce a cambios en el comportamiento y cambios biológicos que se relacionan a una carencia de largo tiempo y una escasez de sueño importante. Esta insuficiencia en el ámbito del sueño se sustenta en una baja calidad de este, plasmada en la somnolencia diurna excesiva⁽²⁾.

Conforme a investigaciones de la Organización Mundial de la Salud, el 40% de todos los seres humanos a nivel mundial, presentan mala calidad en su sueño. Lo verdadero es que descansar poco tiempo de lo estimado afecta nuestra salud integral y genera alteraciones biológicas y psicológicas, como el estrés o la ansiedad, de esta forma perjudica la jornada laboral de las próximas horas⁽³⁾.

Las investigaciones en alumnos de medicina de diferentes países de América del sur: Colombia, Argentina, Perú y Venezuela realizado por Virgilio Failo (2015), encontró que la mala calidad de sueño está presente en un 76.5%, 82,81%, 84,3% y 86,4 % respectivamente en los países anteriormente mencionados⁽⁴⁾.

Un estudio hecho por Allende (2022) señala que la mala calidad de sueño se presentó en el 90.48% de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma⁽⁵⁾. Silva (2021) demostró que la calidad subjetiva de sueño fue buena con 47,1 % y mala con 42,5 % en los estudiantes de ciencias de la salud de una universidad pública peruana, también acotó que los estudiantes descansaban un promedio de 5 a 6 horas⁽⁶⁾. Corredor (2020), menciona que el 63.4 % de los estudiantes de ciencias de la salud de una universidad de Colombia presentaba alteraciones de sueño, los estudiantes dormían en un promedio de 5 a 6 horas⁽⁷⁾.

En estos días no es complicado localizar a un individuo con su teléfono móvil, los usuarios de estos dispositivos van desde los 3 años hasta los 90 años, en nuestro siglo XXI, el uso del celular es muy marcado porque facilita mucho la comunicación entre personas. Existen muchas redes sociales las cuales se pueden utilizar por medio del celular, por la presencia del internet y la existencia de los medios de comunicación. La utilización del teléfono móvil se ha transformado en una actividad divertida para varias personas, es

preferida incluso antes de leer un libro, ir a disfrutar películas o talvez hacer una acción que necesite esfuerzo físico, las personas prefieren sumergirse en el mundo virtual. Su uso desmedido ha generado dependencia. Conforme la Organización Mundial de la Salud (OMS), la nomofobia se fundamenta en la fobia de no poder comunicarse mediante el teléfono móvil de forma continua ;su denominación está basado en la expresión inglesa “no-mobil-phone phobia” que equivale a “fobia no estar con el celular”, una patología producida por el miedo a percibirse desconectado de las personas, experimentado el miedo irracional de salir a la calle sin el teléfono móvil e inclusive estando en el interior de su habitación y sin poder utilizar el dispositivo⁽⁸⁾.

Según información obtenida por el Centro de Estudios Especializados en Trastornos de Ansiedad, cerca del 50% de la población mundial que utilizan los teléfonos móviles expresan un miedo no racional cuando no tienen a la mano su dispositivo, se les acaba la carga, se les acabo su tarifa virtual para llamadas, o no pueden acceder a la red⁽⁹⁾.

Respecto a Latinoamérica, los países que tienen mayor nomofobia son: Brasil, Colombia, México y Perú con los porcentajes de 75, 70,71 y 70% respectivamente⁽¹⁰⁾.

El territorio peruano no es extraño a esta situación. Conforme al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023), el 91,3% de la población de 6 y más años de edad que usa Internet lo hizo a través de un celular; de la población usuaria de Internet, el 92,8% lo usa para comunicarse, en el 95,1% de los hogares del país existe al menos un miembro con teléfono celular⁽¹¹⁾. A nivel nacional, una investigación realizada en Lima (Perú-2023) en la universidad de Ciencias y Humanidades señala que, de 372 estudiantes, el 14,8% no tenía nomofobia, el 65,6% tenía riesgo de nomofobia y el 19,6%, eran nomofóbicos. Las manifestaciones de nomofobia, así como el riesgo de nomofobia se presentaron principalmente en estudiantes con edades entre 21 y 30 años⁽¹²⁾. Según los análisis estadísticos de Logros Perú señala que más del 50% que tiene a su disposición un teléfono móvil sufren de nomofobia, esta patología generalmente está afectando a los jóvenes entre las edades de 17 a 24 años⁽¹³⁾.

A nivel local una investigación de nomofobia en estudiantes de primer ciclo de la Universidad Andina del Cusco, ejecutado por Cruz Taime (2019), señala un nivel moderado respecto a la nomofobia con un porcentaje superior al 40 % y severo mayor al 10%⁽¹⁴⁾.

La Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) indica que las universidades necesitan añadir un diseño especial para el manejo adecuado del aula virtual para que mejore y se enriquezca los conocimientos de los educandos y no exista distracciones. El Ministerio de Educación en el año 2020 afirma respecto a los años

vividos en la pandemia en ese tiempo se originó mayor adicción al uso del teléfono móvil debido a que el medio de comunicación más usado fue el entorno virtual ⁽¹⁵⁾. Por lo expuesto es necesario realizar un estudio que determine la asociación entre calidad de sueño y nomofobia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024.

1.2. Antecedentes Teóricos

Jahrami H, et al (Manama, Arabia,2021), en su estudio: “La asociación entre síntomas de nomofobia, insomnio y adicción a la comida entre adultos jóvenes: hallazgos de una encuesta transversal exploratoria”, cuyo propósito era descubrir la asociación de síntomas de la nomofobia y adicción a la comida y síntomas de insomnio. El diseño del estudio fue transversal exploratorio. Participaron un total de 654 participantes, 304 (46%) hombres, y 350 (54%) mujeres. Para la nomofobia severa, la tasa para mujeres fue del 21,7% y para varones 18,8%. Para el insomnio moderado-severo, la tasa para las mujeres era de 16% y para los varones de 11,84%. Los síntomas de nomofobia severa, insomnio moderado a severo y adicción a la comida fueron más comunes entre las participantes de sexo femenino. Se halló una relación estadística muy importante existente entre nomofobia y alteración del sueño con un r de Pearson = 0,60, $p < 0,001$, OR = 2,6 (IC 95%: 2,3-2,8) $p < 0,001$. Teniendo como conclusión que la nomofobia es muy común en adultos jóvenes, particularmente en mujeres, la nomofobia se relacionó positivamente con el insomnio ⁽¹⁶⁾.

Ayesha Z, et al (Islamabad, Pakistán, 2022), en su investigación: “Nomofobia, privación del sueño y actividades de ocio en adolescentes y jóvenes adultos”, su objetivo fue examinar la relación entre nomofobia, la falta de sueño y las actividades de ocio. El diseño de estudio fue transversal. De 500 participantes, fueron estudiantes de pregrado el 59,6% y de posgrado el 40.4%, presentaron nomofobia el 87 %, alteraciones en el sueño el 35 %. Las alteraciones de sueño se asociaron con la nomofobia (OR=3,6889, $p=0,001$). La nomofobia estuvo significativamente mediada entre las alteraciones de sueño y las actividades de ocio. Teniendo como conclusión que la nomofobia y las alteraciones de sueño son mayores en los adolescentes que pertenecen a clases sociales más bajas, mientras que la participación en actividades de ocio es mayor en adultos jóvenes que pertenecen a la clase social alta. Las mujeres tienen un mayor nivel de nomofobia y participan menos en actividades de ocio que los hombres ⁽¹⁷⁾.

Chi Zhang A, et al (Beijing, China, 2021), en su investigación: “Relación entre el uso problemático de teléfonos inteligentes, la calidad del sueño y la fatiga diurna entre estudiantes de medicina en cuarentena durante la pandemia de COVID-19”, su objetivo fue buscar la relación entre el uso problemático de teléfonos inteligentes, la calidad del

sueño y la fatiga diurna entre estudiantes de medicina. El diseño del estudio fue transversal, de 1016 participantes, el 49,70% presentó uso problemático de teléfonos inteligentes y el 70,57% presentó alteraciones del sueño. Encontrándose correlaciones positivas. Los sujetos con uso problemático de teléfonos inteligentes tenían más probabilidades de informar alteraciones del sueño ($p < 0,001$, OR = 2,91, IC del 95% = 2,17–3,91), fatiga física ($p < 0,001$, OR = 3,18, IC del 95% = 2,45–4,15) y fatiga mental ($p < 0,001$, OR = 2,42, IC del 95% = 1,86–3,14). El efecto indirecto del uso problemático de teléfonos inteligentes sobre la fatiga física y la fatiga mental mediada por la calidad del sueño representó el 50,03% y el 45,43% del efecto total, respectivamente. Teniendo como conclusión que el uso problemático de teléfonos inteligentes se asoció significativamente con alteraciones del sueño y fatiga entre estudiantes de medicina ⁽¹⁸⁾.

Anju T, et al (Kerala, India, 2019), en su investigación: “Dependencia del teléfono móvil y calidad del sueño entre estudiantes de pregrado”, su objetivo fue determinar la correlación entre la dependencia de los teléfonos móviles y la calidad del sueño entre estudiantes universitarios. El diseño de estudio fue transversal. De 280 estudiantes, se encontró una prevalencia de dependencia del teléfono móvil en el 26,4%, la prevalencia de la mala calidad de sueño fue de 23,7%. Entre los estudiantes universitarios con dependencia del teléfono móvil, el 36,5% tenía mala calidad de sueño. Se encontró una correlación positiva moderada (r de Pearson = 0,347) entre la dependencia del teléfono móvil y la calidad del sueño entre los estudiantes. Teniendo como conclusión, se ha descubierto que la dependencia del teléfono móvil es un problema de salud pública emergente, es necesario reconocer tempranamente las tendencias crecientes y las consecuencias negativas del uso inadecuado de teléfonos móviles entre los usuarios jóvenes para prevenir problemas importantes de salud pública como alteraciones en el sueño ⁽¹⁹⁾.

Veerapu N, et al (Telangana, India, 2019), en su estudio: “Un estudio sobre la nomofobia y su correlación con la dificultad para dormir y ansiedad entre estudiantes de medicina en Telangana”, cuyo objetivo fue estudiar la clasificación de la nomofobia y descubrir la correlación entre la nomofobia, la ansiedad y los problemas para descansar en alumnos de medicina. El diseño del estudio fue transversal. De 364 estudiantes de medicina, 136 estudiantes fueron varones y 228 mujeres. La edad promedio de los alumnos fue de 20,58 años. El estudio mostró casi todos tenían nomofobia; 17% tenía nomofobia leve, el 64,3% tenía nomofobia moderada y el 18,7% tenía nomofobia severa, existió una asociación significativa de nomofobia con las horas de utilización del teléfono móvil, dificultad para dormir, ansiedad general (Coeficiente de correlación Pearson $r=0,32, 0,25, 0,26$ respectivamente), $p < 0,05$. Teniendo como conclusión que el problema

de la nomofobia es alarmante; es necesario reducir la nomofobia y evolucionar estrategias efectivas para mejorar la interacción humana ⁽²⁰⁾.

Peszka J, et al (Arkansas, Estados Unidos, 2021), en su estudio "Sueño, somnolencia e higiene del sueño relacionados con la nomofobia", su objetivo fue establecer la relación entre el sueño, la somnolencia y la higiene del sueño. El diseño de estudio fue transversal. De 327 estudiantes, el 45 % eran mujeres. El 89,4% de los colaboradores experimentaron nomofobia moderada o severa. La asociación entre una nomofobia grave y una somnolencia diurna grave fue significativa (r de Pearson = 0,158, $p < 0,05$), así como rasgos relacionados con la disminución de sueño (somnolencia diurna: r de Pearson = 0,098, $p < 0,05$) y abolición de sueño (r de Pearson = 0,120, $p < 0,05$), conductas de higiene del sueño más inadaptados, incluso el empleo activo de dispositivos en el transcurso del sueño (r de Pearson = 0,250, $p < 0,05$), siestas largas durante varias horas, despertares y mucho tiempo de siesta, utilizar los lugares de descanso para otros propósitos diferentes al sueño, cama inapropiada y problemas cognitivos al acostarse (r de Pearson = 0,095 a 0,182). Teniendo como conclusión que se debe tener en cuenta la nomofobia cuando se tratan los trastornos del sueño, así como realizar recomendaciones sobre las conductas del sueño ⁽²¹⁾.

Moreno A, et al (Granada, España, 2021), en su investigación: "Nomofobia y la influencia del tiempo de descanso entre estudiantes de enfermería. Una investigación descriptiva, correlacional y predictiva", su objetivo fue conocer y analizar la prevalencia de la nomofobia entre los alumnos de enfermería y conocer la influencia del tiempo de descanso. El tipo de estudio fue correlacional, transversal, con una metodología de investigación cuantitativa. En el estudio se tuvo 513 mujeres (86,07%) y 83 hombres (13,93%). Existe correlación entre la nomofobia y la influencia del tiempo de descanso con un Durbin Watson de 1.665, $p < 0,05$, nivel de confianza 99%, la distribución normal estuvo entre - 1,96 y + 1,96. Teniendo como conclusión que los estudiantes de enfermería presentan niveles moderados de nomofobia, los cuales estuvieron asociados a un menor tiempo de descanso ⁽²²⁾.

Humood A, et al (New York, Estados Unidos, 2021), en su investigación: "La prevalencia de la nomofobia por población y por herramienta de investigación: una revisión sistemática, metaanálisis y metarregresión", su objetivo fue estimar la prevalencia de la nomofobia según su gravedad. En esta revisión sistemática y metaanálisis, se incluyó a 12.462 participantes de diez países. La prevalencia de nomofobia de moderada a grave fue de 70,76% [IC del 95%: 62,62%; 77,75%]. La prevalencia de nomofobia grave fue de 20,81% [IC del 95%: 15,45%; 27,43%]. Los estudiantes universitarios parecieron

ser el grupo más afectado con una prevalencia de nomofobia grave del 25,46 % [IC del 95 %: 18,49 %; 33,98%]. Teniendo como conclusión que la prevalencia de nomofobia severa es aproximadamente del 21% en la población adulta general. El enfoque principal de esta revisión sistemática y metaanálisis es la nomofobia severa, ya que se asocia con un impacto grave en la salud porque promueve el desarrollo de trastornos mentales, trastornos de la personalidad y aumenta el riesgo de desarrollar depresión, ansiedad, ira, agresividad, estrés, nerviosismo y trastornos del sueño⁽²³⁾.

Espinoza A. (Lima, Perú, 2024), en su investigación: “Somnolencia diurna y nomofobia como resultado del uso de dispositivos electrónicos en estudiantes de medicina- universidad Ricardo Palma, Lima - 2024”, su objetivo fue determinar la asociación entre la somnolencia diurna, nomofobia y el uso de dispositivos electrónicos en estudiantes de Medicina Humana. El diseño de estudio fue transversal. De 414 estudiantes, la prevalencia de somnolencia diurna en estudiantes fue 82,8% , la prevalencia de nomofobia fue de 97%. La somnolencia diurna se asoció significativamente con: el sexo femenino (RPa 1,81; IC95% 1.00 – 3.28; p=0,04), usar dispositivos electrónicos durante la noche (RPa 6,19; IC95% 2,48 – 15,4; p=0,001), emplear con más frecuencia dispositivos electrónicos con fines académicos (RPa 6,27; IC95% 1,04 –8,50; p=0,01) y nomofobia (RPa 5,81; IC95% 1,24 – 27,2; p=0,02). Teniendo como conclusión que se determinó que el uso nocturno continuo de dispositivos electrónicos y la nomofobia son factores determinantes para presentar somnolencia diurna⁽²⁴⁾.

Copaja C, et al (Lima, Perú, 2022), en su investigación: “Trastornos del sueño y sus factores asociados durante la pandemia COVID-19: datos de estudiantes de medicina peruanos”, su objetivo fue evaluar la calidad del sueño y sus factores asociados en estudiantes de medicina durante la pandemia de COVID-19. El diseño de estudio fue transversal, donde se incluyeron un total 3139 participantes de 18 ciudades del Perú (61,1% eran mujeres, mediana de edad: 22 años), el 77.3% presentó mala calidad de sueño, el 33.1 % presentó nomofobia severa y el 33.5% nomofobia moderada y el 33,4 % nomofobia leve. La mala calidad del sueño se asoció con síntomas de ansiedad (aPR: 1,48; IC 95%: 1,27-1,72), depresión (aPR: 2,03; 1,72-2,39) o nomofobia (aPR: 1,28; 1,09-1,51). Teniendo como conclusión los trastornos del sueño fueron un problema común entre los estudiantes de medicina peruanos y se asociaron con síntomas de ansiedad, depresión o nomofobia⁽²⁵⁾.

Aragón C, et al (Lima, Perú, 2022), en su investigación: “Nomofobia y sus factores asociados en estudiantes de medicina peruanos”, su objetivo fue evaluar la nomofobia y sus factores asociados en estudiantes de medicina peruanos. El diseño de estudio fue

transversal. Se analizaron 3.139 respuestas (mujeres: 61,1%, mediana de edad: 22 años): el 63% presentó nomofobia leve, el 25,7% presentó nomofobia moderada y el 7,4% nomofobia grave. En el modelo ajustado, la puntuación de nomofobia fue menor en estudiantes ≥ 24 años (β : -4,1, IC 95%: -7,2 a -1,0) y mayor en aquellos que tenían un plan de datos de Internet móvil (β : 2,9, 0,8 a 5,0), uso del celular >4 h (β : 4,5, 2,3 a 6,7), uso del teléfono inteligente principalmente para educación (β : 2,5, 0,2 a 4,8), redes sociales (β : 8,2, 5,8 a 10,6) y entretenimiento (β : 3,3, 0,5 a 6,1), y aquellos que presentaron posible sintomatología ansiosa (β : 6,6, 4,3 a 8,9) o depresiva (β : 19,5, 5,2 a 9,6). Teniendo como conclusión que la nomofobia en estudiantes universitarios es un problema frecuente y emergente, el cual esta principalmente en edades más tempranas y asociado a síntomas de ansiedad o depresión. Se debe implementar estrategias de evaluación e intervención temprana que favorecería la salud mental de los estudiantes universitarios ⁽²⁶⁾.

Atena Sota, et al (Arequipa, Perú, 2021), en su investigación: “Uso excesivo del celular, calidad de sueño y soledad en jóvenes de la ciudad de Arequipa”, su objetivo fue analizar la relación entre el uso excesivo del celular, la soledad y la calidad de sueño en una muestra de jóvenes universitarios de la ciudad de Arequipa. El diseño del estudio fue transversal. De 397 estudiantes, se halló muy adecuada calidad de sueño en el 10,8 % de los estudiantes, adecuada calidad de sueño en el 44,6%, inadecuada calidad de sueño en el 38,8 % ,muy inadecuada calidad de sueño en el 5,8 %, en relación a la adicción al teléfono móvil, adicción severa en el 28,9 % y adicción moderada en el 48,2 %. El uso excesivo del celular se asoció a la mala calidad de sueño con un índice de correlación de Pearson de 0,18 , $p < 0,01$. Teniendo como conclusión que existe asociación entre calidad de sueño y el uso excesivo del celular ⁽²⁷⁾.

Miranda S, et al (Cusco, Perú, 2022), en su investigación: “Estudio correlacional entre la adicción al teléfono celular y la adicción a redes sociales en estudiantes de Medicina Humana de la ciudad del Cusco, 2021”, su objetivo fue investigar cómo el uso excesivo de teléfonos móviles y las redes sociales afecta a los estudiantes universitarios de Medicina Humana. De 146 estudiantes, el 34,15% presentó nomofobia leve, el 58,54% nomofobia moderada, el 7,32% nomofobia severa. Las redes sociales más utilizadas fueron WhatsApp (99,32%), Facebook (89,73%) y YouTube (87,67%). Se encontró una correlación positiva baja entre la adicción al teléfono celular y la adicción a las redes sociales, con un coeficiente de Rho de Spearman de 0,271 ($p < 0,05$) y una potencia estadística post hoc del 99% ($1 - \beta = 0,99$). Teniendo como conclusión existe una relación positiva débil entre la adicción al teléfono celular y la adicción a las redes sociales en estudiantes de Medicina Humana ⁽²⁸⁾.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuál es la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cómo es la calidad de sueño en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024?
- ¿Cuál es el nivel de nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la calidad de sueño de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024.
- Estimar el nivel de nomofobia de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024.

1.5. Justificación del Problema

El siglo XXI, es un siglo donde más se innovó la tecnología, la tecnología está ocupando muchos espacios, incluidos los espacios formativos, los espacios privados de cada persona, los familiares y los sociales, entre otros. El teléfono móvil es otro avance tecnológico que ayuda a las personas a comunicarse y acortar distancias, esta comunicación se da entre compañeros, amigos y familiares.

El abuso del teléfono móvil está relacionado a la nomofobia, que se describe como una dependencia entre el usuario y el teléfono móvil. Esta nomofobia está siendo peligrosa para los usuarios de teléfono móviles. La nomofobia es un problema de salud pública de gran

importancia considerada en otros países como una enfermedad que no afecta el componente físico.

El uso del celular en los jóvenes, es un gran dilema de preocupación porque se relaciona con alteraciones en la salud de estas personas, específicamente ocurren alteraciones en el sueño, donde se altera la calidad de sueño, lo cual conduce a una somnolencia diurna, este a su vez provoca afectación en las capacidades cognitivas de los estudiantes, lo que tiene un impacto en su desempeño académico y en el tiempo de cumplimiento de sus actividades. Una investigación sobre relación entre calidad de sueño y rendimiento académico en estudiantes de la Universidad Santo Tomas, realizado en Villavicencio, Colombia, 2017, encontraron que un 72,6% de los alumnos de la investigación tenían una calidad de sueño no ideal, y el 68,1% tenía problemas de somnolencia. Las calificaciones más bajas fueron de 1,9 y las más altas de 4,3, con una media de 3,39. Finalmente, se encontró una correlación negativa entre la calidad del sueño y el desempeño académico, debido a que presentaban mayor puntaje en el ICSP (índice de calidad de sueño de Pittsburgh) equivalente a sueño no ideal, por ende, menor son las calificaciones obtenidas por los alumnos.

No dormir bien también se relaciona con la ansiedad, depresión y estado maniaco. La falta de sueño se relaciona con dificultades para la concentración en la realización de actividades, altera el aprendizaje, los recuerdos próximos, interés sobre las cosas. Por ello es importante tener las horas necesarias para dormir.

Asimismo, se puede hacer frecuente esta mala calidad de sueño y ocasionarnos a futuro problemas de sueño como insomnio incluso que puede requerir tratamiento médico. Descansar con las horas necesarias nos concede de óptima manera la realización de actividades propuestas en el día, regula el estrés y mantiene los sentimientos en equilibrio. El sueño se está viéndose afectado por la dependencia al celular, y las personas no gozan de buena calidad de sueño por esta adicción.

Los resultados del presente estudio permitirán identificar la correlación entre la calidad de sueño y nomofobia, con estos datos se podrá proponer a las autoridades y docentes universitarios de la Facultad de Medicina Humana, y en general a todas las escuelas profesionales para que implementen áreas deportivas, centros de investigación, servicios de psicología para promover a gran medida la relación interpersonal entre los estudiantes. Por lo expuesto, con los resultados obtenidos se podrá solicitar y exigir un mayor número de especialistas en salud mental, como, por ejemplo: psicólogos y médicos especialistas en psiquiatría. Un buen acompañamiento psicológico para disminuir la frecuencia de la

nomofobia, mejorar la calidad de sueño por ende también mejoraremos el rendimiento académico.

En la presente investigación se tiene como utilidad práctica la implementación de espacios y horarios para la práctica de relaciones interpersonales, así también brindar mayores atenciones psicológicas a los estudiantes. La utilidad metodológica se basa en los instrumentos de índice de sueño de Pittsburgh y cuestionario de nomofobia, los cuales fueron validados por expertos.

El presente estudio se realizó con el fin de determinar y hallar a personas con alteraciones al momento de conciliar el sueño, o en el proceso de este y que esté relacionado con la utilización de dispositivos como los móviles y que alteren el ritmo de secreción de melatonina.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones que se observaron principalmente fueron el sesgo de información, durante la recolección de datos, ya que los participantes pudieron omitir e introducir información falsa en los cuestionarios, también se señala que, al tratarse de una encuesta anónima y autorreferencial, algunos datos pudieron no haber sido objetivos y haber estado influenciados. Otras limitaciones fueron la falta de colaboración de los estudiantes en el estudio, llenado incompleto de los cuestionarios, así como las limitaciones en el tiempo.

1.7. Aspectos éticos

En la presente investigación se consideró los principios bioéticos que son aplicados para la investigación en seres humanos en relación a la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” sobre “Principios éticos para las investigaciones médicas en humanos”; los principios que se respetaron son justicia, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia ⁽²⁹⁾.

También se tomaron en cuenta los “Principios éticos y guías para la investigación en sujetos humanos” denominado “Reporte Belmont”, los principios que se defendieron son la justicia, la beneficencia y el respeto a las personas. Los principios mencionados se respetaron mediante un consentimiento informado por parte de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana; siendo esta voluntaria, respetando la confidencialidad ⁽³⁰⁾.

El trabajo se realizó en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, en la Facultad de Medicina Humana que incluye las escuelas profesionales de Medicina Humana y Odontología; previa a la aprobación por el comité de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC y sus autoridades.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1.1. Sueño

2.1.1.1. Definición

El sueño es el cambio en el nivel de conciencia que ocurre con frecuencia, puede volver a su estado anterior y es biológico. Todos estamos familiarizados con el sueño de alguna manera, ya sea por nuestra experiencia personal al momento de descansar o por ver a los demás dormir⁽³¹⁾.

El sueño es la detención del nivel de conciencia cuando uno está despierto, que nace generalmente debido al agotamiento de energía de las neuronas cerebrales. Se genera en tiempos regulares, después de estar despierto varias horas. La fatiga y el sueño reparador son eventos que suceden alternadamente de manera cíclica, cada día y es regular⁽³²⁾.

Cuando llega la hora de descansar, previo a ese momento, el cerebro analiza los datos del día durante la noche, comprueba y afianza los recuerdos más cercanos, y los copia y almacena en distintos espacios para que sean provechosos para el día siguiente. El sueño puede consolidar las situaciones vividas. Es evidente que el cerebro de una persona durmiendo no se encuentra en un sencillo reposo, ni en una etapa del sueño MOR(movimientos oculares rápidos). El aprendizaje y la memoria mejoran cuando la persona descansa más de seis horas⁽³³⁾.

En el piso del acueducto cerebral y el cuarto ventrículo, la formación reticular discurre desde el mesencéfalo hasta el bulbo raquídeo en el seno del tronco cerebral. La formación reticular se encarga de organizar la vigilia y el sueño⁽³⁴⁾.

En el proceso de sueño hay una reducción de conciencia y reactividad a estímulos externos que consiste en un proceso reversible (que lo hace distinto de otros procesos inadecuados que son el estupor o el coma). El sueño está vinculado conforme una persona se encuentra inmóvil y sus músculos tienden a relajarse, se presenta con regularidad diaria, se adopta una postura estereotipada y su ausencia causa diversas alteraciones en el comportamiento y la salud⁽³⁵⁾.

2.1.1.2. Fases del sueño

El sueño contiene 2 etapas, no MOR que se describe como el sueño de no movimientos oculares rápidos del sueño (en estos días llamado N) y la fase MOR que es el sueño de movimientos oculares rápidos (en estos días llamado R).

Periodos del sueño no MOR: esta posee 3 distintas subfases como N1, N2 y N3.

2.1.1.2.1. En el periodo N1: Las personas presentan fatiga, tienden a la somnolencia o se observan como casi dormidos, pueden preservar un poco de conciencia referente al ambiente que los rodea (en el electroencefalograma las ondas que sufren alteraciones son la alfa y la theta, sucede que desaparece el ritmo alfa y aparece el theta). Ocurren movimientos oculares lentos de manera lateral y disminuye la actividad motora espontánea ⁽³¹⁾.

2.1.1.2.2. En el periodo N2: Se identifica la existencia en el electroencefalograma de husos del sueño (ondas electroencefalográficas de 13 Hz), complejos K y ondas agudas en el vértex (p. ej., las ondas agudas bifásicas de alto voltaje son seguidas por husos de sueño). Se puede apreciar en este periodo que los movimientos oculares laterales podrían persistir. En este periodo otro evento importante a señalar es que disminuye las acciones electromiográficas. Se dice que la respiración es adecuada. Esta etapa de sueño ocupa alrededor de 50 a 60% y aumenta con la edad ⁽³¹⁾.

2.1.1.2.3. En el periodo N3: Se identifican ondas electroencefalográficas de tipo delta (ondas cuyas características son lentas y de gran extensión), y se le llama como el sueño profundo. Criterio de sueño N3: Si la acción de la onda delta del EEG está por arriba de 50%, se asocia a que la persona se encuentra en el tercer periodo o N3. Este periodo del sueño profundo alberga referente al 15 a 20% del tiempo del sueño y se acorta conforme la edad avanza. En este periodo se observa que la acción electromiográfica (EMG) decrece y no existen movimientos oculares. En esta etapa, la respiración es regular ⁽³¹⁾.

2.1.1.2.4. Etapa MOR: la siguiente etapa es la R (MOR). Se le conoce a esta etapa como el sueño activo porque la actividad electroencefalográfica es similar a la que se obtiene cuando una persona se encuentra en vigilia, con una miscelánea de frecuencias de bajo voltaje. La actividad MOR del sueño se aprecia generalmente como una orientación horizontal, vertical o circular en la etapa R. Asociado a la actividad ocular también se observa respiración y frecuencia cardíaca irregulares. El tono muscular disminuye (a esto se le atribuye la parálisis del sueño o también conocido como, “despertar con el muerto encima”) lo que se llama silencio electromiográfico o lo que es lo mismo “sin actividad muscular”. La etapa del sueño R ocupa del 20 a 25% del tiempo del sueño ⁽³¹⁾.

2.1.1.3. Organización del sueño nocturno

El sueño nocturno de unas 8 horas se organiza en cuatro o cinco ciclos de unos 90 a 120 minutos cada uno, durante los cuales se pasa de la vigilia al estadio N1, al estadio N2, al estadio N3 y, finalmente, al sueño MOR, en los primeros ciclos predomina los ciclos de sueño, no MOR-N3, mientras que en los últimos predomina el sueño no MOR-N2 y el sueño MOR, que pueden durar hasta 1 hora. Una distribución estándar del tiempo de sueño en una noche es: estadio N1, 5%; estadio N2, 50%; estadio N3, 20-25%; y etapa MOR, 25%. La duración de los diferentes estados de vigilia y sueño depende del propio cerebro ("marcapasos o reloj interno") y de las influencias ambientales ⁽³⁶⁾.

2.1.1.4. Efectos de la Edad en el sueño

Las investigaciones en el proceso del sueño y vigilia en las personas mencionan que este proceso está relacionado a la edad de cada individuo. Se investigó que un neonato descansa en promedio de 18 ± 2 horas y los niños descansan 8 ± 2 horas. La duración del sueño decrece a un nivel de nueve a diez horas, en la adolescencia de 7 a 10 horas. Cuando más años pasa de la edad adulta tiene una disminución más regular hasta 6.5 horas. No obstante, hay bastantes diferencias a nivel de cada individuo en el tiempo de descanso y su profundidad en el sueño esto debido por causas en los genes, generalmente durante los primeros años, el nivel de actividad física y los diferentes comportamientos propios de cada persona ⁽³⁷⁾.

2.1.1.5. Funciones del sueño

Se ha postulado que el sueño cumple muchas funciones, incluidas las siguientes: maduración neuronal, facilitación del aprendizaje o la memoria, borrado selectivo de sinapsis para olvidar información sin importancia que satura la red sináptica, eliminación de productos de desechos metabólicos generados por la actividad neuronal en el cerebro despierto y conservación de la energía metabólica. Se postula que el principal valor del sueño es restablecer los equilibrios naturales entre los centros neuronales, que es necesario para la salud en general. Sin embargo, las funciones fisiológicas específicas del sueño siguen siendo un misterio y son objeto de mucha investigación. En términos generales se menciona que los seres humanos descansan con el fin de recuperar la energía que perdió un cuerpo que está muy cansado, pero esta noción es difícil de conciliar con ciertos hechos. No dejarle descansar o eliminar

su sueño a una persona es casi imposible, excepto en algunas alteraciones a nivel neurológico como el insomnio familiar fatal ⁽³⁸⁾.

Generalmente el sueño tiene características importantes para la recuperación del sistema nervioso, de tal forma que una persona descansa con el fin de que su cuerpo y su cerebro se detengan y realicen las tareas indispensables para conservar nuestro medio interno ⁽³⁹⁾.

2.1.1.6. Melatonina y sueño

La melatonina también llamada N-acetil-5-metoxitriptamina, se sintetiza, en su mayor parte, en el órgano pineal. La melatonina deriva del triptófano, se secreta a una velocidad aproximadamente de 25 mg / día. La vía final que media la secreción de melatonina es una proyección simpática del ganglio cervical superior que activa los receptores adrenérgicos β en el órgano pineal. La producción de N-acetil-5-metoxitriptamina se produce desde la tarde y durante la noche hasta las 03: 00-05: 00 horas, cuando cae de forma abrupta. Por tanto, no es una "hormona del sueño", sino una "hormona de la oscuridad", y tiene uno de los ritmos circadianos más estables. La melatonina tiene propiedades reguladoras del ritmo circadiano (cronobióticas) ⁽³⁶⁾.

2.1.1.7. Calidad de sueño

Cuando ocurren diferentes alteraciones en el sueño, producidos por el aumento de despertares nocturnos, el sueño profundo o el tiempo de descanso se altera, la persona puede manifestar su sueño como no reparador, lo que significa que se altera la forma de vida adecuada de una persona, el sueño es un fenómeno presente en todo ser vivo, es un proceso múltiple de comportamientos indispensables en el transcurso de nuestra vida, para el bienestar corporal y psicológico, que puede verse afectado por la organización y estructura del encéfalo ⁽³⁶⁾.

2.1.1.8. Manifestaciones clínicas de los trastornos del sueño

Existen varios problemas en el sueño que hace que las personas consulten, dentro de ellas se encuentra la hipersomnia (somnolencia diurna excesiva), insomnio (les hace complicado empezar y conservar el sueño), alteraciones respiratorias en el sueño, alteraciones en el ritmo circadiano (reloj biológico), movimientos anormales durante el sueño, y parasomnias (conductas alteradas en el sueño). La hipersomnia se acontece cuando una persona descansa en sitios que no son adecuados, por ejemplo:

el trabajo, el colegio, el carro, cuando está comiendo, y cuando está manejando un vehículo. La somnolencia puede ser un lío muy complicado, porque puede alterar el rendimiento cuando estamos trabajando, cuando estamos estudiando y es de sumo peligro para la persona y para los demás si ocurre mientras se conduce un automóvil porque desencadenaría un accidente de tránsito. La hipersomnia es ocasionada por problemas de economía y sociales, debido a que los individuos se dedican al trabajo muchas horas que incluso no respetan su horario de dormir o se amanecen durante las fiestas nocturnas. Cuando un individuo no descansa de forma voluntaria, se produce en ellos alteraciones subyacentes en el sueño, en muchos casos se producen apnea del sueño y rara vez la narcolepsia⁽³¹⁾.

2.1.1.9. Neurotransmisores y Neuromoduladores del Sueño

Los estudios de la actualidad mencionan que el sueño está relacionado a múltiples neurotransmisores, dentro de ellos tenemos: neurotransmisores estimulantes del sistema nervioso central; dopamina, histamina, orexina, glutamato; productos, neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central; GABA, adenosina, glicina; sustancias y neurotransmisores reguladores; acetilcolina, serotonina y melatonina⁽⁴⁰⁾.

2.1.1.10. Insomnio primario

El insomnio primario se determina como la incapacidad de empezar o conservar el sueño de manera fácil, o que la persona manifieste que no tuvo un sueño reparador por un tiempo de un mes. Las personas con insomnio primario suelen presentar un conjunto de alteraciones para descansar y despertares consecutivos en el transcurso de la noche. Con menor frecuencia, sólo manifiestan de no haber descansado lo suficiente, es decir, lo que perciben es que su sueño no ha sido tranquilo, poco profundo y de mala calidad. Esta alteración suele relacionarse como alerta a nivel funcional y de conducta en la noche, junto con un condicionamiento negativo al sueño. La intensa angustia y molestia por no poder descansar de manera adecuada genera un círculo vicioso: cuanto más intenta descansar la persona, se frustra y se irrita más, y menos descansa⁽⁴⁰⁾.

2.1.1.11. Criterios diagnósticos de Insomnio primario

- El síntoma más común es tener problemas para empezar o conservar el sueño, o no tener un sueño adecuado por lo menos un mes.

- El cambio en el ritmo del sueño (o el cansancio durante el día) causa molestias importantes o malestar social, profesional o de otros espacios importantes de la actividad de una persona.
- El trastorno del sueño no solo ocurre con narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano o parasomnia.
- La alteración no se presenta únicamente como resultado de otro trastorno mental (como un trastorno depresivo mayor, un trastorno de ansiedad generalizada o un delirio).
- El problema no se debe a las consecuencias funcionales relacionadas a una sustancia (como medicamentos o drogas) o a una patología médica ⁽⁴¹⁾.

2.1.1.12. Hipersomnia primaria

La particularidad clásica de la hipersomnia primaria es una somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, en las personas con hipersomnia primaria, el tiempo de descanso, es más duradero (la mayoría de los individuos lo expresan en el sueño nocturno) dura alrededor de 8 a 12 horas y con frecuencia se relaciona de dificultades para despertarse. El sueño nocturno es realmente normal. Las siestas intencionadas o los episodios de sueño inadvertidos son dos formas de somnolencia excesiva durante las horas habituales de vigilia. Las conclusiones objetivas indican una mayor somnolencia fisiológica. Las siestas en el transcurso del día tienden a ser largas (con frecuencia duran una hora o más), la persona no se da cuenta de que son reparadoras y con frecuencia no conducen un progreso en el nivel de alerta ⁽⁴¹⁾.

2.1.1.13. Criterios diagnósticos de Hipersomnia primaria

- La causa primordial de la consulta es la evidencia de episodios prolongados de somnolencia nocturna o episodios de somnolencia diurna que ocurren casi todos los días, que han persistido durante al menos un mes (si es recurrente). El criterio A
- Una demasiada somnolencia causa una molestia clínicamente importante o un déficit social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de una persona. El criterio B
- La somnolencia excesiva no puede ser explicado de manera óptima por la existencia (como narcolepsia, alteración del sueño asociado con la respiración, alteración del ritmo circadiano o parasomnia), y no podría relacionarse a una inadecuada cantidad de sueño. El criterio C

- La alteración no solo ocurre durante la presencia de otro trastorno mental. El criterio D
- El cambio no se debe a las consecuencias relacionadas a un producto (como medicamentos o drogas) o de una patología médica. El criterio E ⁽⁴¹⁾.

2.1.1.14. Somnolencia Diurna Excesiva

La somnolencia diurna excesiva se caracteriza porque el sujeto no tuvo un sueño reparador o que le privaron de su sueño, las consecuencias de no tener sueño reparador pueden afectar la parte cognitiva y la orgánica de un individuo. Entre estas consecuencias los más conocidos son el deterioro de la atención, la memoria a corto/largo plazo y la capacidad de elección de decisiones correctas. La somnolencia diurna excesiva se caracteriza como una consecuencia subjetiva, se detalla como la sensación de descansar en situaciones inapropiadas o que no son deseadas ⁽⁴¹⁾.

2.1.1.15. Tratamiento de trastornos de sueño

2.1.1.15.1. Tratamiento no farmacológico: Se empezará con un conjunto de reglas que se pueden delimitar como características de la higiene del sueño. En varias ocasiones estas medidas son satisfactorias para lograr corregir el problema sobre el incumplimiento de reglas de higiene del sueño. Estas medidas son técnicas de relajación, terapias cognitivo-conductuales que pretenden modificar los malos hábitos y creencias del sueño. Estas terapias han demostrado ser superiores al placebo, y las mejoras obtenidas respecto al sueño se mantienen con el tiempo, a diferencia del resultado obtenido con el tratamiento farmacológico, que pierde eficacia con el uso prolongado ⁽⁴¹⁾.

2.1.1.15.2. Tratamiento Farmacológico: Si el tratamiento no farmacológico no dio buena respuesta, será correcto iniciar con el tratamiento farmacológico, cuando se decida utilizarla se tendrá en cuenta que este tratamiento deberá ser temporal y pueda ya no necesitarse después de un tiempo de tratamiento.

Se sugiere una prueba que no pase más de 3 días , estimar si el insomnio es de conciliación, de mantenimiento o de despertar precoz, debemos de ser precavidos respecto a las transformaciones de farmacodinamia y farmacocinética que son producidos por el aumento de edad ,utilizar dosis inferiores (una tercera o la mitad de lo que se emplea en jóvenes),no utilizar (BZP) de acción prolongada (debido a que su incremento de concentración en el cuerpo puede generar caracteres de confusión, apatía y retraso psicomotor), los

hipnóticos y los neurolépticos, Se tiene que escoger un medicamento que tenga las cualidades siguientes: Inducción rápida del sueño, sostenimiento del sueño alrededor de 6 horas, no alteración de la estructura fisiológica del sueño, utilizar un producto de vida media corta que carezca de metabolitos activos para el siguiente día, con disminución de efectos colaterales que no generen ni dependencia ni de tolerancia. Las benzodiazepinas actúan como moduladores alostéricos positivos no selectivos de los subtipos $\omega 1$ (BZ1) y $\omega 2$ (BZ2) del receptor GABA-A, que facilitan su unión al neurotransmisor inhibidor ácido γ -aminobutírico (GABA), lo que incrementa la frecuencia de apertura del canal de cloro, tienen propiedades ansiolíticas, anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos y miorelajantes, dentro de las benzodiazepinas tenemos alprazolam, clonazepam y midazolam. Los compuestos Z, presenta acción sobre el subtipo BZ1 de receptor GABA-A. En este sentido, los efectos sedativos de los compuestos Z se deben a su mayor afinidad por la subunidad $\alpha 1$, mientras que los escasos efectos ansiolíticos y relajantes se deben a su poca afinidad por las subunidades $\alpha 2$, $\alpha 3$ y $\alpha 5$, los compuestos Z tienen menos efectos adversos, ejemplo son la zoplicona y eszopiclona ⁽⁴¹⁾.

2.1.2. Nomofobia

2.1.2.1. Definición

Se trata del miedo irracional a estar un intervalo de periodo sin el dispositivo móvil su nombre deriva del inglés "no mobile phone phobia". El término surgió tras un estudio encargado al instituto demoscópico YouGov por parte del servicio de correos británicos Royal Mail, también se considera que los niños y adolescentes son la población de riesgo para la nomofobia ⁽⁴²⁾.

La nomofobia es "el miedo de estar sin un dispositivo móvil o sin contacto de teléfono móvil". Entre los alumnos del nivel secundario y de la universidad, la nomofobia sucede cada vez más. Un estudio indicó que el adolescente preferiría perder un dedo meñique a perder su teléfono celular ⁽⁴³⁾.

La utilización de telefonía móvil está formando parte de nuestra vida diaria de los individuos a nivel mundial, este medio de comunicación es de mucha importancia porque permite el tránsito de información virtual entre las personas, este tránsito de información es muy rápido y fácil. Debido a que el teléfono móvil es un dispositivo de mucho entretenimiento y nos ofrece muchas herramientas genera adicción en las personas, entre más ofrece el teléfono más sujeto estamos al dispositivo, lo que en poco tiempo se manifiesta en alteraciones muy comunes ⁽⁴⁴⁾.

2.1.2.2. Epidemiología de nomofobia

En 2019, 8 de cada 10 españoles asegura en las encuestas padecer nomofobia, y cerca del 50% de los usuarios de smartphones son ansiosos si pierden su dispositivo móvil o se queda sin batería ⁽¹⁹⁾. Algunos estudios indican que cerca del 66% de los adultos sienten ansiedad extrema si pierden conexión con el dispositivo móvil, esa sensación que tienes cuando solo te queda un 8% de carga en la batería o ese nudo que sientes en el estómago cuando buscas en la cartera o en el bolsillo y tu teléfono no está donde suele estar. En la nomofobia el grupo de edad se limita de los 18 a los 24 años, además que tres de cuatro adultos jóvenes sufren ansiedad cuando no están conectados por medio de su tecnología ⁽⁴³⁾.

2.1.2.3. Causas que desatan la nomofobia

- La batería es insuficiente y no se puede recargar.
- Una alerta que señale: "No use teléfonos celulares".
- Las barras muestran una señal de baja de red en la pantalla.
- Vivir en un lugar sin cobertura o con poca.
- Extraviar y no recordar donde está el teléfono celular.
- Considere la posibilidad de perder el teléfono inteligente.
- Celular malogrado.
- Cuando te roban algo o tienes la impresión de que lo pueden robar.
- Cualquier circunstancia que no nos permite utilizar el teléfono móvil, como en una misa, en una clase, en un concierto o en una situación de pareja ⁽⁴⁵⁾.

2.1.2.4. Síntomas de nomofobia

Los síntomas de nomofobia son: la ansiedad recurrente, el dolor de cabeza, dolor de estómago, taquicardias, estrés, sudoración, dependencia anímica o pensamientos, emociones depresivas y alteraciones del sueño ⁽⁴³⁾. El uso excesivo de los teléfonos móviles causa déficit de atención, problemas de memoria, alteración en el sueño y, por lo tanto, una gran disminución en el rendimiento académico ⁽⁴⁶⁾.

Las principales características que presenta una persona con nomofobia. Entre ellas se encuentran:

- El uso sin descanso del teléfono-móvil.
- El phubbing o ningufoneo: Se trata de ignorar lo que sucede en su entorno, porque presta más atención a las nuevas tecnologías y lo que está sucediendo en ellas.
- Problemas de salud como la ansiedad.
- Patrones de conducta que se repiten como la necesidad de consultar siempre el móvil o sentir ansiedad si no contesta pronto los mensajes recibidos ⁽⁴³⁾.

2.1.2.5. Factores de riesgo de nomofobia

Las conclusiones de investigaciones señalan del vínculo entre el narcisismo y la angustia a estar sin los teléfonos inteligentes, puede explicarse por una mayor búsqueda de atención. Una de las características de la nomofobia es el control constante de las notificaciones instantáneas, lo que puede actuar de manera favorable, pero por otro lado aumenta el nivel de ansiedad y angustia. Por lo tanto, la necesidad de afirmación de los adolescentes narcisistas puede fomentar una mayor dependencia de las redes sociales que se manifiesta en un aumento, también se vio que la nomofobia se agrava conforme los años aumenten en la persona.

Diferentes patrones para los componentes cognitivos versus emocionales de la autoestima corporal en la predicción de la nomofobia. Se puede argumentar que los adolescentes, que están menos satisfechos con su cuerpo y, por lo tanto, promueven una imagen más atractiva de sí mismos en las redes sociales e internet, tienden a sentirse más ansiosos e inseguros cuando están desconectados de sus teléfonos inteligentes, similar a la experiencia de las redes sociales.

En conclusión, sugieren que las variables demográficas, la autoestima corporal y los rasgos de personalidad influyen significativamente en los medios sociales y la adicción a internet de los adolescentes. Por un lado, las chicas con personalidad desinhibida, además de altos niveles de neuroticismo, narcisismo y extraversión, pero en menor medida, suelen presentar más síntomas de adicción a internet.

Mientras tanto, las chicas, que se sienten físicamente atractivas y se describen a sí mismas como desinhibidas y extrovertidas, tienden a usar las redes sociales con más frecuencia. El neuroticismo también parece ser una influencia con diferentes patrones: bajos niveles de neuroticismo en combinación con altos niveles de desinhibición, o altos niveles de neuroticismo en combinación con un mayor atractivo físico, predicen un mayor uso de las redes sociales. Por otro lado, los jóvenes, tanto chicas como

chicos, con altos niveles de narcisismo y neuroticismo muestran un mayor comportamiento Geek.

La influencia de la autoestima corporal no está clara. Finalmente, las adolescentes, en su mayoría niñas de menor edad, que están menos satisfechas con su cuerpo, pero muestran mayor atractivo físico, con elevados grados de narcisismo, y también elevados grados neuroticismo, extraversión y desinhibición, pero en menor medida, son más propensas a presentar más signos de nomofobia ⁽⁴⁷⁾.

2.1.2.6. Dimensiones de la Nomofobia

La nomofobia incluye cuatro dimensiones.

- El primero se denomina no poder comunicarse y expresa la angustia de no poder comunicarse con los demás y ser comunicado por los demás. Esta dimensión está relacionada con los sentimientos que surgen como consecuencia de perder el contacto instantáneo con otras personas y no poder utilizar las aplicaciones del teléfono móvil que permiten la comunicación instantánea.
- El segundo se denomina pérdida de conectividad que se refiere a las emociones negativas que surgen como resultado de la desconexión o interrupción experimentada por las personas con su identificación virtual en los medios sociales. Está relacionado con comportamientos compulsivos como el control continuo de las notificaciones para asegurar la conexión.
- El tercero se denomina no poder acceder a la información relacionada con la angustia que surge de no estar conectado a lo que sucede en el mundo virtual a través del teléfono móvil y no poder buscar ninguna información almacenada en el teléfono móvil.
- El último se denomina renunciando a la comodidad que expresa la incomodidad derivada de renunciar a la comodidad del teléfono móvil, renunciar la necesidad imperiosa de la manipulación del teléfono móvil y renunciar a conectarse al mundo virtual para la comunicación ⁽⁴⁸⁾.

2.1.2.7. Criterios diagnósticos de nomofobia

Como implica el término, nomofobia (fobia a estar sin el teléfono móvil), los nomófobos experimentan miedo, ansiedad y angustia intensa si no pueden utilizar el teléfono móvil. Por lo tanto, la nomofobia puede ser más apropiada para ser clasificada como una fobia en general y una fobia situacional en particular. La nomofobia se consideró un tipo de fobia situacional. En pocas palabras, las fobias situacionales forman parte

de fobia específica definidas en el DSM-5. Las fobias específicas engloban a fobias a la sangre, las inyecciones y las lesiones, fobias a los animales, fobias situacionales, fobias al entorno natural y otras fobias como la evitación fóbica de ciertas situaciones que pueden causar asfixia o vómitos. Para cumplir con los criterios de diagnóstico, las personas deben tener:

- Un miedo intenso desencadenado por un objeto o situaciones específicas (Criterios A).
- La exposición a ellos debe causar miedo y ansiedad (Criterios B).
- La exposición al objeto temido debe resultar en evitación o angustia si la evitación no es posible (Criterio C).
- Que es desproporcionada al peligro real causado por los estímulos (Criterio D).
- La evitación, la fobia, ansiedad deben ser permanentes durante al menos seis meses (Criterio E).
- La evitación, la fobia, ansiedad deben causar deterioros en la escuela, el trabajo, las relaciones interpersonales y el funcionamiento familiar (Criterio F).
- La evitación, la fobia, ansiedad no deben explicarse mejor por otra alteración de salud mental (Criterios G)

Aunque la nomofobia no se reconoce como una categoría diagnóstica, Braguzzi y Puente (2014), establecieron los primeros criterios diagnósticos de nomofobia basados en una descripción general exhaustiva de la literatura existente. Las características clínicas de la nomofobia se definieron de la siguiente manera:

- Tener al menos un teléfono móvil y usarlo regularmente
- Pasar demasiado tiempo con el teléfono móvil
- Llevar siempre una batería de repuesto o un cargador
- Sentirse ansioso y nervioso por perder el teléfono móvil
- Sentirse ansioso por no estar conectado en la red
- Batería descargada o falta de crédito
- Evitar los sitios donde está prohibido el uso de teléfono móvil como los teatros
- Verificar el teléfono móvil con frecuencia para ver si se reciben mensajes y llamadas
- Mantenerlo encendido las 24 horas del día
- Dormir junto al teléfono móvil
- Comprobarlo justo antes de dormir e inmediatamente después de despertar

- Preferir la comunicación virtual en lugar de la comunicación en persona
- Tener problemas financieros debido a las facturas caras ⁽⁴⁸⁾.

2.1.2.8. Tratamiento de la nomofobia

Actualmente, las modalidades de tratamiento de la nomofobia son limitadas porque el concepto es relativamente nuevo. Sin embargo, se informó que la TCC (terapia cognitivo-conductual), la terapia relacionada a la emoción y la terapia de atención plena fueron efectivas para reducir los síntomas de la nomofobia. Muniraj también informó que la psicoeducación sobre los antecedentes, los síntomas y el tratamiento de la nomofobia fue eficaz para reducir los síntomas de la nomofobia ⁽⁴⁸⁾.

La terapia cognitivo-conductual, combinada con intervenciones farmacológicas muestran resultados prometedores. Los fármacos tranilcipromina y clonazepam están teniendo bastante éxito en el tratamiento de los signos y síntomas de la nomofobia. A veces se utilizan fármacos como las benzodiazepinas y los antidepresivos (en dosis normales) en casos graves para controlar los síntomas. La combinación de tranilcipromina y clonazepam se utiliza con bastante éxito para tratar los casos de nomofobia. El enfoque o Terapia de la Realidad: se aconseja al paciente que se centre en comportamientos y actividades (jardinería, pintura, juego, etc.) distintos del uso del teléfono móvil, identificar y tratar cualquier trastorno mental subyacente preexistente ⁽⁴⁹⁾.

Después de abordar las necesidades inmediatas de salud y seguridad de las personas, se debe aconsejar una evaluación psicosocial con las herramientas psicométricas existentes. La rehabilitación psicológica debe garantizarse con la ayuda y atención de los familiares. El terapeuta debe hacer hincapié en las habilidades para manejar la ansiedad y el estrés de las personas con nomofobia y se debe instruir a los padres sobre estas habilidades ⁽⁴⁹⁾.

Tabla : Programa “Los siete días mágicos” de Prasyatiani et al. (2017)

Actuación	Día
Evaluación preliminar: cuestionario para evaluar el nivel de nomofobia y grupos de apoyo.	Día 1
Desintoxicación digital: los participantes no pueden llevar el teléfono móvil durante los siete días mágicos.	Todos los días
Terapia cognitivo-conductual, grupos de apoyo y entrevista motivacional para abordar problemas relacionados con las emociones, pensamientos y comportamientos disfuncionales.	Cualquiera de los 7 días
Actividad interactiva, que se realiza en grupos y en la que se incluyen juegos y discusiones para que los participantes puedan siempre interactuar directamente.	Cualquiera de los 7 días
Entrega de teléfono móvil en momentos puntuales, se da cuando los participantes realmente necesitan contactar con sus familiares.	No especificado
La evaluación final consiste en devolver el cuestionario para determinar el índice de disminución de la nomofobia.	Día 7

2.1.2.9. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

Este índice fue elaborado por D.J. Buysse en el año de 1989 en Pensilvania, Estados Unidos. Este índice su propósito es valorar la calidad de sueño hace un mes antes de la realización del mismo. Este índice fue traducido y validado por Royuela y Macias en el año de 1997 en España. Respecto a su validación en el Perú fue realizado por Ybeth Luna en el 2015, valoró cerca de 4500 personas adultas de Lima Metropolitana y Callao ⁽⁵⁰⁾.

El PSQI es un índice auto administrado. Este índice está formado por 19 ítems que evalúan a la persona que lo realiza. Los 19 ítems valoran distintos puntos importantes de la calidad de sueño, estos puntos se agrupan en siete compones:

- Calidad del sueño: Definición que tiene la persona sobre como durmió durante la noche, si esta es una calidad de sueño adecuada o no.
- Latencia del sueño: Se define como el periodo en que la persona cree que demora en conciliar el sueño y las ocasiones en que el individuo no pudo conciliar el sueño durante los primeros 30 minutos.
- Duración del sueño: Es el tiempo que la persona cree haber descansado durante la noche.
- Eficiencia del sueño: Es la razón de la apreciación de haber descansando entre el periodo de estar acostado.
- Alteraciones del sueño: Engloba a todos los factores que hace que la persona llegue a reportar como tos, problemas respiratorios, ronquidos, etc.
- Uso de medicación para dormir: Es la adquisición de terapia farmacéutica recetadas o no, estos productos se consumen con el fin de conciliar el sueño.
- Disfunción diurna: Se describe cuando la persona tiende a descansar durante el día esto provocado por el cansancio o fatiga al no descansar adecuadamente durante la noche ⁽⁵¹⁾.

Cada componente presenta una puntuación de 0-3 puntos. De la suma de los siete componentes resulta un total del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh, como puntuación en general de 0 a 21 puntos (cuando mayor es el puntaje se puede apreciar que la persona tiene una pobre calidad de sueño). Buysse menciona que el punto de corte es de 5 para malos dormidores. Si se obtiene un puntaje menor a 5, se relaciona a que la persona descansa de forma adecuada, por el contrario, si se obtiene puntaje mayor o igual a 5 se relaciona que la persona no descansa de manera adecuada. Este índice presenta un coeficiente de consistencia interna en su versión en española con

una Alfa de Cronbach =0.81. El cuestionario presenta una sensibilidad del 88.64%, una especificidad del 75% y un valor predictivo positivo de 80.67⁽⁵¹⁾.

2.1.2.10. Cuestionario de nomofobia (NMP-Q)

Cuestionario de nomofobia (NMP-Q) fue elaborado en el año de 2015 por Yildirim y Correia, el cuestionario posteriormente fue validado a la versión española con los siguientes expertos: Joaquín, Gonzáles Cabrera, et al. Después en el año 2018 para ser usado en el Perú fue validado, evaluado según a criterios por 10 expertos, los nombres de los expertos son Ramírez Dávila y Vargas Breña, este cuestionario puede ser resuelto por adolescentes y adultos, mujeres y varones⁽⁵²⁾.

El NMP-Q es un cuestionario auto administrado. Consta de 20 ítems que evalúan a la persona que lo resuelve. Los 20 ítems evalúan distintas características importantes de la nomofobia, que se ordenan en 4 categorías:

- No poder comunicarse (6 ítems): sentimientos relacionados con la ausencia de comunicación inmediata y la falta de capacidad para utilizar los servicios que se ofrecen para tal objetivo.
- La ausencia de conexión (5 ítems): emociones englobadas tras la ausencia de conexión en la red. Está relacionado con la falta de identidad en línea, sobre todo relacionado a medios sociales.
- No poder acceder a la información (4 ítems): el desagrado de no presentar acceso inmediato a la información virtual por medio del teléfono móvil y probabilidad de encontrar lo anhelado en ese instante.
- Renunciar a la comodidad (5 ítems): sentimientos propios a la comodidad y tranquilidad psicológica que ofrece el control del teléfono móvil, específicamente concerniente a la cobertura, saldo, batería⁽⁵³⁾.

La respuesta de cada ítem está en relación de la escala Likert de 7 puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). No existe los ítems inversos, y el rango de puntuaciones varía entre 20 y 140 puntos. Por tanto, cuanto mayor la puntuación, mayor la nomofobia. Para clasificar la nomofobia leve va de 21 a 59 puntos, la nomofobia moderada de 60 a 99 puntos y nomofobia severa de 100 a 140 puntos. Este cuestionario tiene coeficiente alfa ordinal >0.8⁽⁵⁴⁾.

2.2. Definición de Términos Básicos

- **Sueño:** Se define como una suspensión fácilmente reversible de la interacción sensorimotora con el ambiente, generalmente relacionada con la posición recostada e inmovilidad⁽⁵⁵⁾.

- **Nomofobia:** Se define al miedo irracional de no contar el teléfono móvil o no poder acceder a ello ⁽⁵⁶⁾.
- **Calidad de sueño:** es la impresión que posee cada individuo sobre su desarrollo al dormir, en esta incurren factores como las horas de sueño, el promedio de horas al día para una buena recuperación del cuerpo es de 7 a 8 horas. ⁽⁵⁷⁾.
- **Insomnio:** Se define como perturbación que se caracterizan por poseer deficiencias en la capacidad de iniciar o mantener el sueño. Esto puede ocurrir como un trastorno primario o estar asociado con otra condición médica o psiquiátrica ⁽⁵⁵⁾.
- **Hipersomnia:** Se define como alteraciones representadas por hipersomnolencia en el transcurso de horas de vigilia que podrían afectar nuestra cognición ⁽⁵⁵⁾.
- **Teléfono móvil:** Se define como dispositivo de comunicación digital donde la persona que lo porta posee una conexión inalámbrica desde un móvil hacia un transmisor cercano. Se llama celular debido a que el área servicial está constituido por múltiples "células". Al desplazarse el propietario del móvil de una célula a otra del área, la llamada se transfiere al transmisor local ⁽⁵⁵⁾.
- **Wifi:** Sistema de conexión inalámbrica, dentro de un área determinada, entre dispositivos electrónicos, y frecuentemente para acceso a internet ⁽⁵⁵⁾.

2.3. Hipótesis

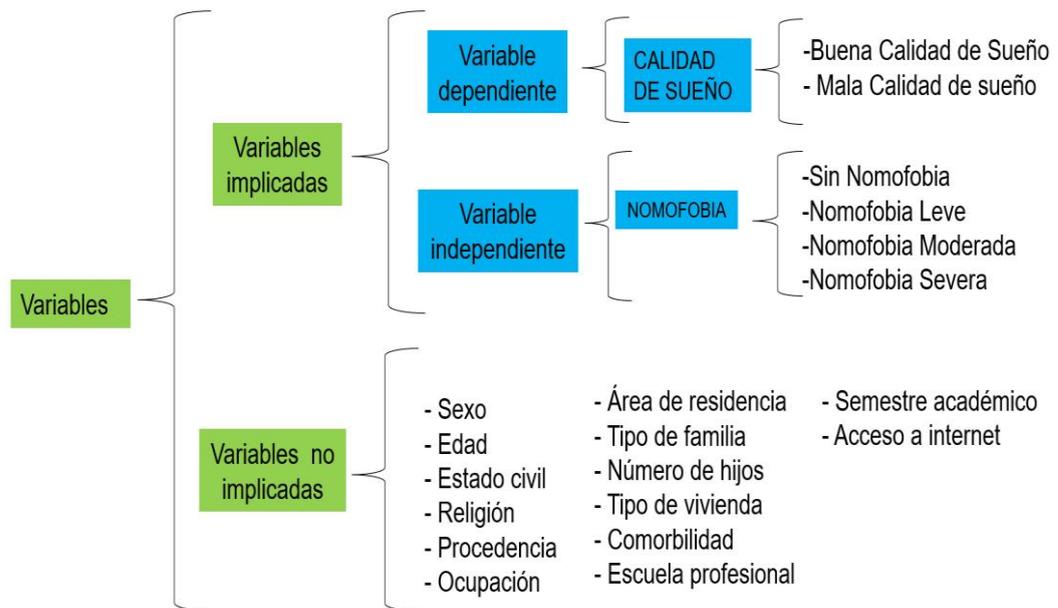
2.3.1. Hipótesis General

Existe una relación inversa significativa entre la calidad de sueño y la nomofobia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

2.3.2. Hipótesis Específicas

1. La prevalencia de mala calidad de sueño de los estudiantes de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco es elevada.
2. El nivel nomofobia más frecuente en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco es la moderada.

2.4. Variables



2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIONES O DOMINIOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN.	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE.
VARIABLE DEPENDIENTE									
Calidad de Sueño	Involucra una evaluación subjetiva, también se relaciona con semblantes cuantitativos como la el tiempo de descanso, el periodo en que la persona cree que demora en conciliar el sueño o cuantos despertares nocturnos presenta la persona y semblantes cualitativos puramente subjetivos como si es profundo el sueño o la capacidad de recuperación del mismo.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> •Calidad del Sueño •Latencia del Sueño •Duración del Sueño •Eficiencia del sueño •Alteraciones del sueño •utilización de terapia farmacéutica para conciliar el sueño •Disfunción diurna 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 ▪ 2 ▪ 1 ▪ 1 ▪ 2 ▪ 1 ▪ 2 <p>Resultado del cuestionario -Mala calidad ≥ 5 -Adecuada Calidad de Sueño <5</p>	Nominal	Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh	Buena calidad de sueño <5 Mala calidad de sueño ≥ 5	15-24	Es un estado complejo de conductas necesarias en la vida, para la salud corporal y conductual, que puede ser alterado por la estructura y funcionamiento de cerebro. El Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh está constituido de 9 ítems, el puntaje va de 0 a 21 puntos, donde con buena calidad de sueño es menor a 5 puntos y con mala calidad de sueño es ≥ 5 , el resultado se conseguirá de la ficha que resolverán los participantes.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nomofobia	Consiste en la fobia no racional a estar en un periodo de tiempo sin el teléfono.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> •No acceder a la comunicación •La ausencia de conexión a la red •No poder acceder a la información •Renunciar a la comodidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 ▪ 5 ▪ 4 ▪ 5 	Ordinal	Cuestionario de Nomofobia NMP-Q	Sin Nomofobia 0-40 Riesgo Nomofobia 41-100 Con Nomofobia 101-140	25-44	Fobia no racional a estar sin el teléfono móvil. Cuestionario de Nomofobia NMP-Q, que contiene de 20 ítems, cada ítem es evaluado mediante la escala Likert de siete puntos, este cuestionario con puntuación que va de 0 a 140 puntos donde se encuentra: Nomofobia leve 21-59 puntos, Nomofobia moderada 60 a 99 puntos y Nomofobia severa 100-140 puntos, la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos
-----------	---	--------------	---	--	---------	---------------------------------	--	-------	---

VARIABLES INTERVINIENTES

Sexo	Termino que indice el estado organico, ya sea masculino o femenino del que realiza la	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Masculino o femenino	Nominal	Ficha de recolección de datos.	Sexo: • Masculino () • Femenino ()	1	La variable sexo es la identificación al nacer, pudiendo ser esta como masculino o
------	---	-------------	-------------------------	----------------------	---------	--------------------------------	--	---	--

	encuesta								femenino, el cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Edad	Está definido como el periodo que ha existido una persona	Cuantitativa	Factor sociodemográfico	En años cumplidos	De Razón	Ficha de recolección de datos.	¿Qué edad tiene Usted? _____en años cumplidos	2	La Variable edad se definirá como número en años cumplidos, la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Estado civil	Grupo de características personales, según el registro civil, que delimitan los derechos y obligaciones de las personas.	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Qué estado civil tiene? • Soltero () • Conviviente() • Casado () • Divorciado () • Viudo ()	3	El estado civil está determinado como el registro civil, los cuales son soltero, casado, divorciado, viudo y conviviente, el cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Procedencia	Es el principio, origen de donde nace una persona	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Departamento Provincia Distrito	Nominal	Ficha de recolección de datos.	¿Cuál es su lugar de procedencia? • Departamento: • Provincia: _____ • Distrito: _____	4	La variable procedencia se expresará como el lugar de origen de una persona: el departamento, provincia, y distrito de donde es su origen, la cual será recolectado de la ficha de recolección de

									datos.
Religión	Es un grupo de prácticas religiosas, reglas de conductas y rituales de oración o expiación que pertenece a un conjunto de personas específicas y con las que la persona establece una vínculo con una divinidad (un dios o varios dioses).	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Católica Evangélica Adventista Ninguno Otro: _____	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su religión? <ul style="list-style-type: none"> • Evangélica() • Adventista () • Católica() • Ninguno() • Otro:_____ 	5	La variable religión se expresará como el conjunto de creencias, pudiendo ser católica, evangélica, adventista, etc. recolectada de la ficha de datos.
Ocupación	Es el estado de ser seleccionado para el servicio o ejecución de una actividad con un reembolso o estipendio.	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Estudiante Ama de casa Trabajador del estado Trabajador independiente Otro: _____	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su ocupación? (puede marcar varias opciones) <ul style="list-style-type: none"> • Estudiante() • Ama de casa() • Trabajador del estado() • Trabajador independiente() • Otro: _____ 	6	La variable ocupación se expresará como el estado de ser seleccionado para el servicio o ejecución de una actividad con un reembolso o estipendio, pudiendo ser estudiante, trabajador del estado o independiente, u otros, el cual se obtendrá de la

									ficha de recolección de datos.
Escuela profesional	La Escuela Profesional se define como es un Miembro de una facultad, delegada de disponer la carrera a su cargo, manifestando, elaborando y valorando el currículo.	Cualitativa	Factor educativo	Medicina Humana Odontología	Nominal	Ficha de recolección de datos.	¿Cuál es su escuela profesional? • Medicina Humana() • Odontología()	7	La variable escuela profesional se expresará la carrera a cargo, pudiendo ser esta Medicina Humana, Odontología, el resultado se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Semestre académico	Es una fracción de un año académico, en el cual una institución académica brinda clases a estudiantes que cursan diversas asignaturas.	Cualitativa	Factor educativo	I II III IV V VI VII VIII IX X XI	Nominal	Ficha de recolección de datos.	¿Qué semestre cursa actualmente? • I() • II() • III() • IV() • V() • VI() • VII() • VIII() • IX()	8	La variable semestre académico se expresará como el año académico cursado, pudiendo ser esta I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII Y XIV, se tomará el último semestre aprobado, el cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.

				XII XIII XIV			<ul style="list-style-type: none"> • X() • XI() • XII() • XIII() • XIV() 		
Área de residencia	Es el lugar en el que vive la persona en el momento actual, y tiene la intención de permanecer.	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Urbano Rural	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su área de residencia? <ul style="list-style-type: none"> • Rural() • Urbana () 	9	La variable área de residencia se expresará como el lugar en el que vive la persona en el momento actual, pudiendo ser rural o urbana, la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Comorbilidad	Describe dos o más alteraciones o patologías que se presentan en el mismo individuo. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La patología también se relaciona con las otras enfermedades que pueden agravar la evolución de ambas.	Cualitativa	Factor clínico	Con comorbilidad Sin comorbilidad	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Tiene Ud. alguna enfermedad que fue diagnosticado anteriormente? <ul style="list-style-type: none"> • Si () • No () Especifique: ____	10	La variable comorbilidad se expresará como la interacción entre las dos enfermedades coexistentes, la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.

Tipo de familia	Es la clasificación familiar según la existencia o no del núcleo familiar.	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Unipersonal Compuesta Monopaternal Ampliada Polinuclear Nuclear sin hijo(s) Nuclear con hijo(s)	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su tipo de familia? <ul style="list-style-type: none">• Unipersonal()• Compuesta()• Monopaternal()• Ampliada()• Polinuclear ()• Nuclear sin hijo(s)()• Nuclear con hijo(s)()	11	La variable tipo de familia se expresará como la clasificación familiar según la existencia o no del núcleo familiar, pudiendo ser esta unipersonal, compuesta, monopaternal, ampliada o polinuclear, nuclear sin hijo(s), nuclear con hijo(s), la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Tipo de vivienda	Son las características de la vivienda en la cual se reside actualmente.	Cualitativa	Factor sociodemográfico	A. Vivienda particular Casa Departamento Mediagua Habitación alquilada Otro: ____ B. Vivienda colectiva Residencial Otro: _____	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su tipo de vivienda? A. Vivienda particular <ul style="list-style-type: none">• Casa()• Departamento()• Mediagua()• Habitación alquilada()• Otro: ____ B. Vivienda colectiva	12	La variable tipo de vivienda se expresará como las características de la vivienda en la cual se reside actualmente, pudiendo ser esta casa, departamento, mediagua, habitación alquilada, residencial, etc.; la cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.

							<ul style="list-style-type: none"> Residencial() Otro: _____ 		
Número de hijos	Se refiere al número de hijos de las mujeres que han tenido en algún momento de su vida alguno que fueron hijos nacidos vivos, a ellos se los incluye los hijos que después fallecieron.	Cuantitativa	Factor sociodemográfico	Número de hijos nacidos vivos y los hijos que fallecieron	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuántos hijos tiene Ud.? (incluidos aquellos que fallecieron) _____	13	La variable número de hijos se expresará como el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, el cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.
Acceso a Internet en casa	Conexión a la red es el un conjunto de procesos de enlace con el que la computadora o cualquier otro dispositivo accesible a red que les admite el ingreso para la navegación y poder acceder a otros sitios que se relacionan con internet como correo electrónico, mensajería instantánea, protocolo de transferencia de archivos, etc.	Cualitativa	Factor sociodemográfico	Con acceso a Internet Sin acceso a Internet	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuenta con acceso a internet en casa? <ul style="list-style-type: none"> Si () No () 	14	La variable acceso a internet en casa se expresará como la conexión a internet para realizar actividades virtuales en casa, el cual se obtendrá de la ficha de recolección de datos.

	Todas estas actividades realizadas en casa.								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

CAPITULO III

3.1. Tipo de investigación

El estudio actual es una investigación de tipo cuantitativo, correlacional y transversal. El estudio cuantitativo consiste en la recolección de información de datos en un enfoque de investigación principalmente científico. Conforme a la información recolectada, se pueden probar hipótesis previamente establecidas. Comprende el análisis de datos numéricos; para ello engloban niveles de medición que son: nominal, ordinal, de intervalo o de razones y proporciones. Utiliza métodos estadísticos descriptivos e inferenciales ⁽⁵⁸⁾. Este estudio es cuantitativo porque se analizó los datos numéricos, niveles de medición, etc.

Los estudios correlacionales tienen como objetivo establecer la relación o nivel de asociación que coexista entre dos o más conceptos, categorías o variables dentro de una muestra o contexto en particular; para lograrlo, primero se mide cada uno de ellos, luego se calculan, se analizan y se establecen las asociaciones ⁽⁵⁸⁾. Este estudio es correlacional debido a que se buscó la asociación entre las variables, calidad de sueño y nomofobia.

Los diseños de investigación transeccional o transversal se encargan de conseguir información en un tiempo determinado, y que sea único. Su intención es describir variables y estudiar su incidencia e interrelación en un tiempo único y determinado ⁽⁵⁸⁾. Este estudio es transversal porque se recolectó datos en un periodo único y posteriormente se analizaron.

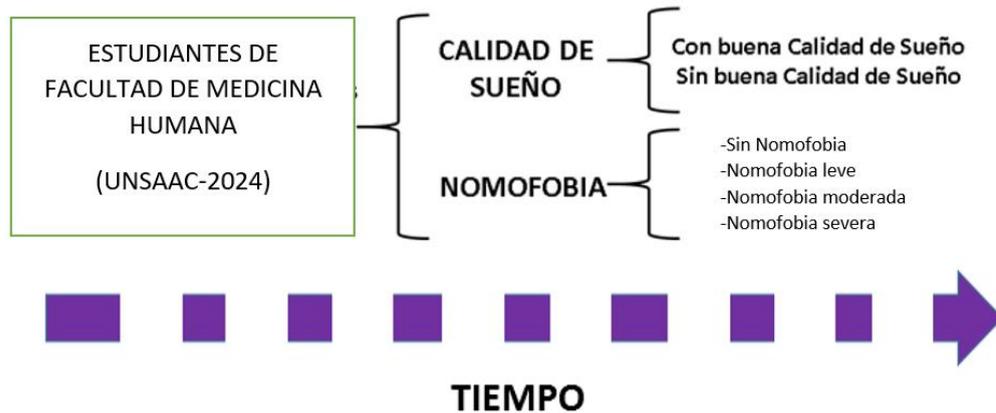
Es así que el presente estudio buscó establecer la asociación existente entre nomofobia y calidad de sueño en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2024.

3.2. Diseño de investigación

El estudio tiene el diseño de ser observacional.

Los estudios observacionales se encargan de describir un suceso de importancia que ocurre dentro de una población de estudio y cómo se distribuyen allí. En este tipo de investigación, no interviene en absoluto el investigador, el cual se limita solo a su medición del fenómeno y describirlo con sus propias características tal como se

encuentra existente dentro de la población ⁽⁵⁸⁾. Este estudio es observacional debido a que no se intervino sobre las variables de estudio, solo se limitó la medición de las variables para poder analizarlas posteriormente.



3.3. Población y Muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población estudiada fueron los estudiantes que pertenecen a la Facultad de Medicina Humana, se evaluaron a las escuelas profesionales de Medicina Humana con 542 estudiantes y Odontología con 243 estudiantes.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1 Criterios de inclusión:

- Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana cuya edad es superior a los 18 años.
- Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana con matrícula registrada en el ciclo 2024 I–UNSAAC y no lleven curso a cargo.
- Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana que estén utilizando su teléfono móvil por lo menos 2 años.
- Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana que deseen participar en el estudio.

3.3.2.2 Criterios de exclusión

- Cuestionario de calidad de sueño incompleto.
- Cuestionario de nomofobia incompleto.

- Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana con insomnio establecido antes del 2024.
- Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana con alguna comorbilidad establecida.
- Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana que consumen psicofármacos.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y muestreo

Para el procesamiento de datos del tamaño muestral se usó el programa Epi Info versión 7.2.5.0, se eligió la ventana de CROSS-SECTIONAL STUDIES, y se procedió al llenado de datos.

Se utilizó como base de cálculo de la muestra el estudio de referencia elaborado por Chi Zhang y cols. (Beijing, China,2021), cuyo título es “Relación entre el uso problemático de teléfonos inteligentes, la calidad de sueño y la fatiga diurna entre estudiantes de medicina”.

	MALA CALIDAD DE SUEÑO	BUENA CALIDAD DE SUEÑO
CON NOMOFOBIA	153	25
SIN NOMOFOBIA	564	274
Total	717	299

$$OR=153 \times 274 / 564 \times 25$$

$$OR=2.91$$

Porcentaje de control de expuestos: $153 / 717 = 0.213 = 21.3 \%$

Porcentaje de control de no expuestos: $25 / 299 = 0.085 = 8.5 \%$

StatCalc - Sample Size and Power

Unmatched Cohort and Cross-Sectional Studies (Exposed and Nonexposed)

Two-sided confidence level: 95% ▾

Power: 80 %

Ratio (Unexposed : Exposed): 1

% outcome in unexposed group: 8.5 %

Risk ratio: 2.50355

Odds ratio: 2.91

% outcome in exposed group: 21.3 %

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Exposed	122	121	136
Unexposed	122	121	136
Total	244	242	272

La muestra estimada por el programa Epi Info versión 7.2.5.0 es de 272 estudiantes, pero se le añadió el factor de pérdida del 10% de esta (27 personas), por lo que la muestra final estuvo constituida por 300 estudiantes.

En la presente investigación se realizó un muestreo aleatorio o probabilístico de tipo estratificado por conglomerados (multietapico) ya que se realizó en dos diferentes escuelas profesionales de la Facultad de Medicina Humana.

Escuela profesional	N	N
Medicina Humana	542	240
Odontología	243	60
Total	785	300

3.4. Técnicas, Instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

Se llevó a cabo la encuesta de forma presencial, el instrumento de recolección de datos tiene una duración de 8 minutos y está constituido por 44 preguntas. Se usó instrumentos ya validados, cabe recalcar que a estos dos instrumentos se les añadió la parte de datos generales, en conjunto fueron validados por 5 expertos en la ciudad de Cusco, los instrumentos a señalar son:

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

El PSQI es un índice que fue administrado al encuestado. Este índice está formado por 19 ítems que evalúan a la persona que lo realiza. Los 19 ítems valoran distintos puntos importantes de la calidad de sueño, estos puntos se agrupan en siete componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente presenta una puntuación de 0-3 puntos. De la suma de los siete componentes resulta un total del índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, como puntuación en general que oscila de 0 a 21 puntos (cuando mayor es el puntaje se puede apreciar que la persona tiene una pobre calidad de sueño). Buysse menciona que el punto de corte es de 5 para malos dormidores. Si se obtiene un puntaje menor a 5 se relaciona a que la persona descansa de forma adecuada, por el contrario, si se obtiene puntaje mayor o igual a 5 se relaciona que la persona no descansa de manera adecuada. Este índice presenta un coeficiente de consistencia interna en su versión

en española con una Alfa de Cronbach =0.81. El cuestionario presenta una sensibilidad del 88.64%, una especificidad del 75% y un valor predictivo positivo de 80.67 ⁽⁴⁹⁾.

Cuestionario de nomofobia (NMP-Q)

El NMP-Q es un cuestionario que se administró al participante. Consta de 20 ítems que evalúan a la persona que lo resuelve. Los 20 ítems evalúan distintas características importantes de la nomofobia, que se ordenan en 4 categorías: No poder comunicarse (6 ítems): sentimientos relacionados con la ausencia de comunicación inmediata y la falta de capacidad para utilizar los servicios que se ofrecen para tal objetivo, la pérdida de conexión (5 ítems): emociones englobadas con la ausencia de conexión en la red, está relacionado con la falta de identidad en línea, sobre todo relacionado a medios sociales, No poder acceder a la información (4 ítems): el desagrado de no presentar acceso inmediato a la información virtual por medio del teléfono móvil y probabilidad de encontrar lo anhelado en ese instante, renunciar a la comodidad (5 ítems): sentimientos propios a la comodidad y tranquilidad psicológica que ofrece el control del teléfono móvil, específicamente concerniente a la cobertura, saldo, batería⁽⁴⁸⁾. La respuesta de cada ítem está en relación de la escala Likert de 7 puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). No existe los ítems inversos, y el rango de puntuaciones varía entre 20 y 140 puntos. Por tanto, cuanto mayor la puntuación, mayor la nomofobia, se puede clasificar de la siguiente manera: nomofobia leve 21-59 puntos, nomofobia moderada 60 a 99 puntos y nomofobia severa 100-140 puntos Este cuestionario tiene coeficiente alfa ordinal >0.8 ⁽⁵²⁾.

Procedimientos

- Elaboración del Protocolo de Investigación
- Elaboración del Plan de trabajo
- Socializar el Plan de trabajo
- Adaptación de correcciones y sugerencias al Protocolo
- Validación del instrumento por los expertos
- Generación de registro de Protocolo en la EMH de UNSAAC
- Solicitar aprobación de tesis a la UNSAAC
- Solicitar facilidades a la Facultad de Medicina Humana
- Socializar protocolo con especialistas del tema
- Aplicación del instrumento
- Verificación de las fichas de recolección de datos

- Entrada de los registros a la base de datos
- Limpieza de datos de las bases consolidadas
- Generación de un análisis estadístico con descripción general
- Generar un segundo análisis estadístico (bivariado)
- Plantear modelo de regresión lineal
- Redacción y análisis de resultados
- Discutir los resultados con los expertos
- Elaboración de informe final
- Presentación de resultados ante las autoridades de la escuela profesional de Medicina Humana
- Redacción de Artículo de Investigación
- Envío a una revista para su publicación

3.5. Plan de análisis de datos.

La recolección de información se realizó a través de la ficha de recolección de datos proporcionada a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2024. Esta ficha de recolección alberga información general, Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) y Cuestionario de nomofobia (NMP-Q).

La codificación de datos se hizo asignándole un número a cada ítem de cada una de las preguntas de la ficha de recolección de datos, posteriormente se ingresó los datos recolectados al programa de Microsoft Office Excel 2017 para construir la base de datos. Se realizó el control de calidad de datos para comprobar que no existan casilleros vacíos, inconvenientes y copias de las mismas, a cada una de las fichas de recolección de datos le asignamos un número.

Se ejecutó el análisis univariado para realizar la estadística descriptiva con las medidas de tendencia central: promedio, mediana y moda; y medidas de dispersión: desviación estándar para las variables cuantitativas previa verificación de su distribución normal o no, utilizando la mediana como rango intercuartílico o el promedio con la desviación estándar.

Así mismo los resultados se estudiaron e interpretaron como frecuencias y porcentajes, se procedió a la comparación de proporciones con el estadístico chi

cuadrado con un p cuyo valor importante se conseguirá cuando este será <0.05 , y un intervalo de confianza al 95%.

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico STATA 16. Igualmente se realizó un análisis bivariado correlacional usando la prueba T-student para varianzas iguales, la prueba exacta de Fisher y la prueba de U Mann-Whitney. Se realizó el análisis de regresión logística multivariada, para las variables categóricas se usó medidas de asociación, usando el odds ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% por ejemplo, OR: XX,XX IC 95%(XX,XX-XX,XX), p:X,XXX. Por último, todos los datos fueron registrados, esquematizados y entregados en tablas o gráficos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

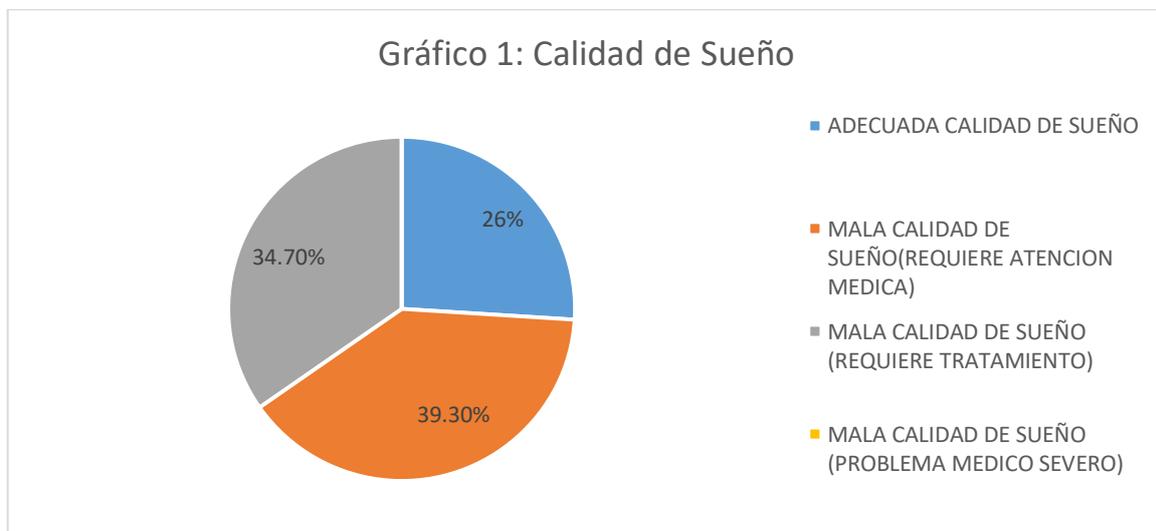
4.1. Resultados:

Tabla 1. Frecuencia de nomofobia y la calidad de sueño en la muestra total de estudiantes

Variable	Frecuencia (n)	%
Calidad de sueño		
Adecuada calidad (sin problemas del sueño)	78	26.0
Mala calidad (requiere atención médica)	118	39.3
Mala calidad (requiere tratamiento)	104	34.7
Nomofobia		
Sin nomofobia	65	21.7
Nomofobia leve	62	20.7
Nomofobia moderada	142	47.3
Nomofobia severa	31	10.3

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos

Se evaluó la calidad de sueño de los participantes según los puntajes obtenidos en el Índice de Pittsburgh, siendo el 26% de estudiantes fue categorizado con buena calidad de sueño, mientras que el 74% de ellos se categorizaron con una mala calidad de sueño, siendo que del total de esto el 39.3% requería atención médica y el 34.7% requería tratamiento adicional. No se hallaron participantes con problema medico severo respecto a su calidad de sueño (Tabla 1) (Gráfico1).



Se evaluó la nomofobia de los participantes según los puntajes obtenidos en el Cuestionario NMP-Q, siendo que el 21.7% de la muestra no presentaba nomofobia, mientras que el 47.3%, 20.7% y 10.3% de la muestra presentaron nomofobia moderada, leve y severa, respectivamente (Tabla 1) (Gráfico 2).

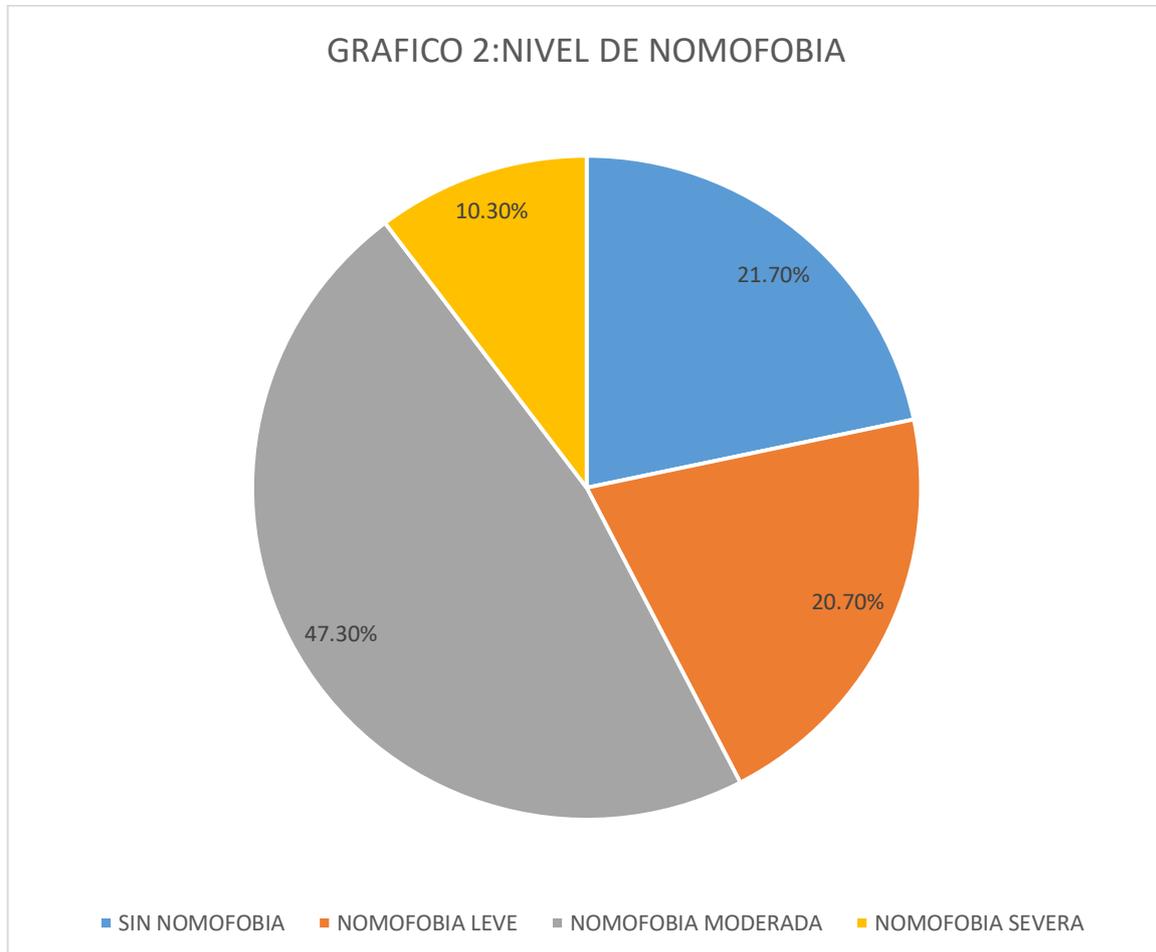
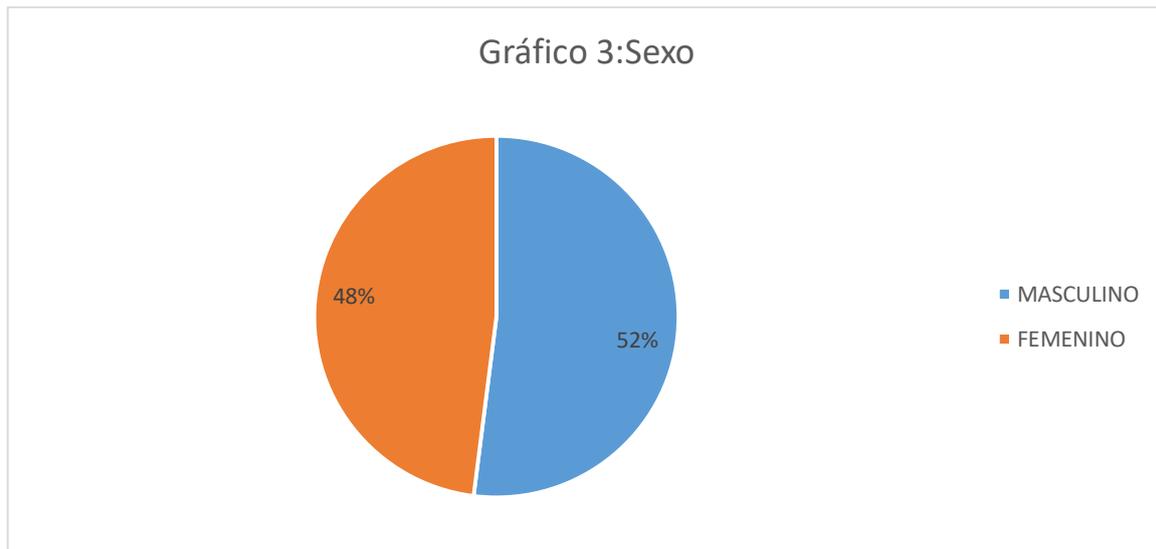


Tabla 2. Análisis bivariado de la frecuencia de la calidad de sueño según las características de la muestra total de estudiantes

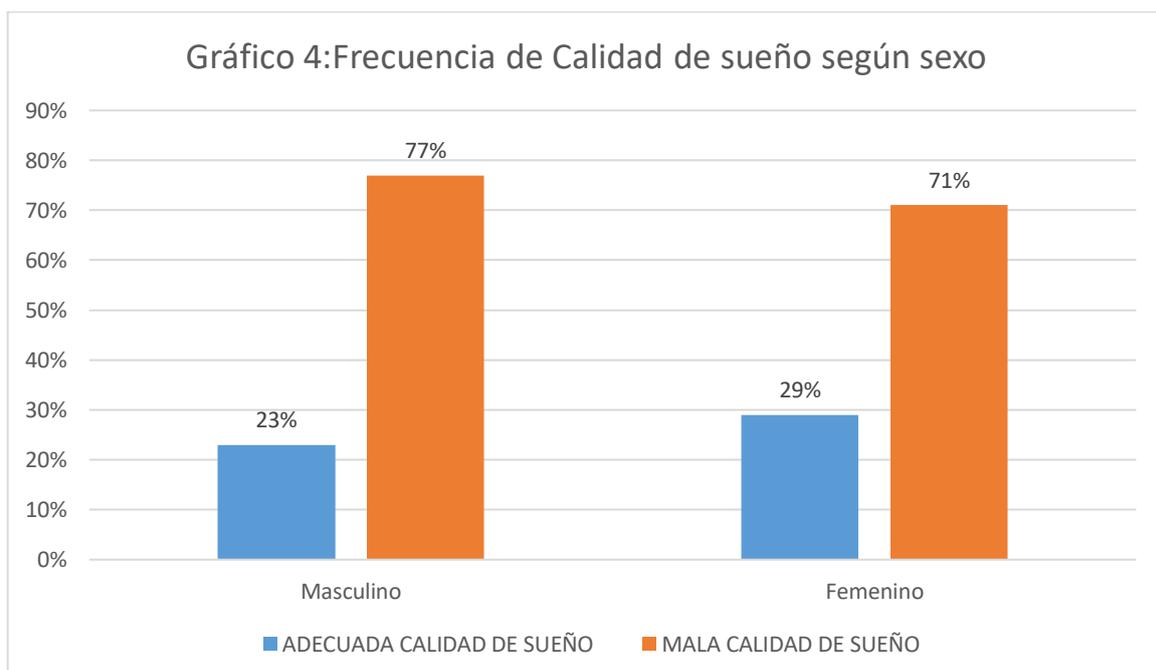
Variable	Total n = 300	Calidad de sueño		Valor p
		Adecuada n = 78	Mala n = 222	
Edad (mediana y RIC)	22 (20–25)	23 (19-25)	22 (20-25)	0.79*
Sexo				
Femenino	144 (48.0)	42 (29.2)	102 (70.8)	0.23**
Masculino	156 (52.0)	36 (23.1)	120 (76.9)	
Estado Civil				
Soltero	298 (99.3)	78 (26.2)	220 (73.8)	1.00***
Casado	2 (0.7)	0 (0.00)	2 (100.00)	
Religión				
Católico	267 (89.0)	73 (27.3)	194 (72.6)	0.21***
Evangélico	6 (2.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	
Adventista	3 (1.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	
Protestante	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)	
Teísta	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (100.0)	
Ateo	21 (7.0)	2 (9.5)	19 (90.5)	
Ocupación				
Estudiante	295 (98.3)	77 (26.1)	218 (73.9)	0.19***
Estudiante y ama de casa	1 (0.3)	1 (100.0)	0 (0.0)	
Estudiante y trabajador	4 (1.3)	0 (0.0)	4 (100.0)	
Número de hijos				
Cero	298 (99.3)	78 (26.2)	220 (73.8)	1.00***
1 hijo	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (100.0)	
Escuela				
Medicina Humana	240 (80.0)	52 (21.7)	188 (78.3)	0.001**
Odontología	60 (20.0)	26 (43.3)	34 (56.7)	

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos. * Prueba U Mann-Whitney. **Prueba Chi cuadrado. ***Prueba Exacta de Fisher. RIC, rangos intercuartílicos.

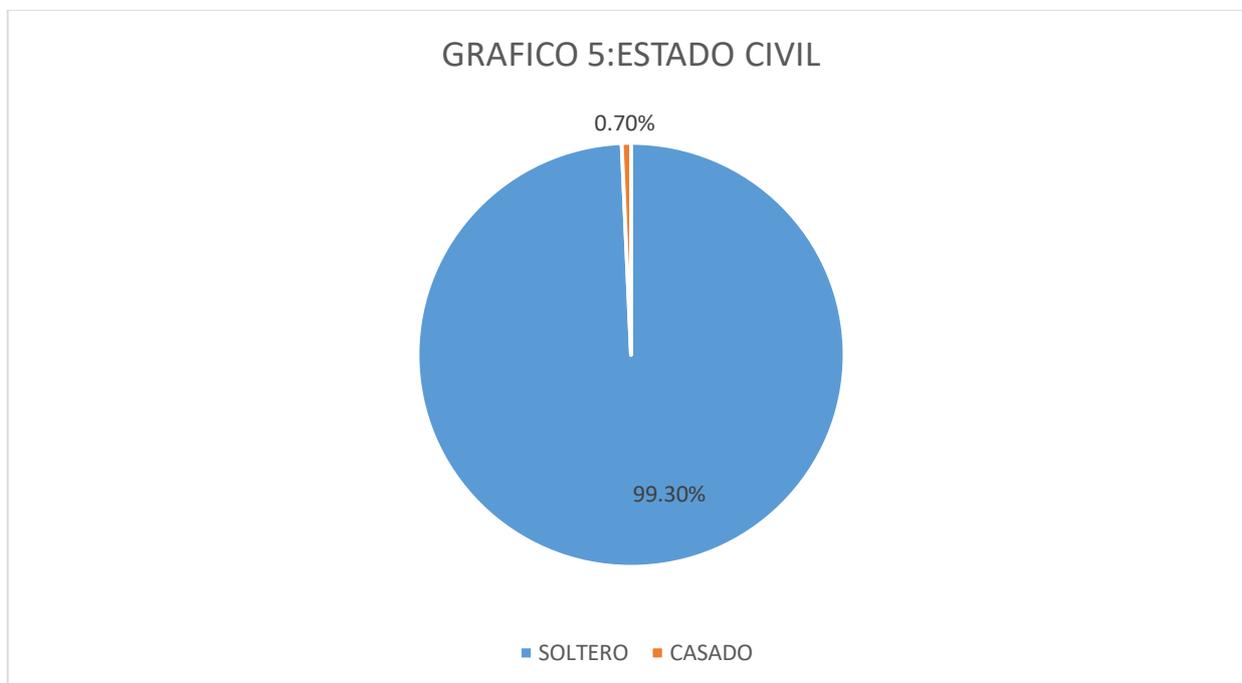
Respecto a la edad, se halló una mediana de 22 años (RIC 20 – 25), siendo que los participantes con adecuada calidad de sueño tuvieron un año más (Mediana 23, RIC 19-25) comparado con aquellos con calidad de sueño inadecuada, sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.79$). El sexo más frecuente en la muestra total fue el masculino (52.0%), comparado con el sexo femenino (48%) (Tabla 2) (Gráfico 3).



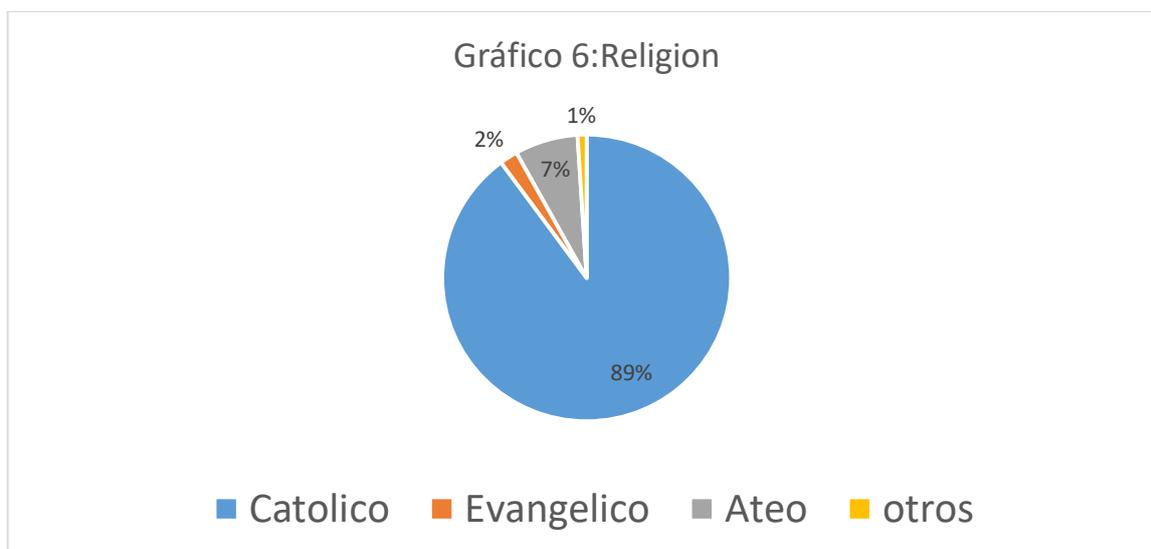
La mala calidad de sueño fue reportada con menor frecuencia en el sexo femenino (70.8%), comparada con el sexo masculino (76.9%); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.23$) (Tabla 2) (Gráfico 4).



El estado civil más frecuente en la muestra total fue el soltero (99.3%), siendo que la diferencia de frecuencia de mala calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre casados y solteros ($p = 1.00$) (Tabla 2) (Gráfico 5).



La religión más frecuente en la muestra total fue la católica (89.0%) seguida de aquellos participantes ateos (7.0%), evangélica (2.0%) y adventista (1%), siendo que la diferencia de frecuencia de la mala calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre las distintas religiones ($p = 0.21$) (Tabla 2) (Gráfico 6).



La ocupación más frecuente en la muestra total fue estudiante (98.3%) seguida de aquellos participantes estudiantes trabajadores (1.0%), con menor reporte de estudiantes amas de casa (0.3%), siendo que la diferencia de frecuencia de la mala calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre las distintas ocupaciones ($p = 0.19$). (Tabla 2)

El número de hijos más frecuente en la muestra total fue cero (99.3%), siendo que la diferencia de frecuencia de mala calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre aquellos participantes sin hijos y con un hijo ($p = 1.00$). (Tabla 2)

La escuela más frecuente en la muestra total fue Medicina Humana (80.0%) (Tabla 2) (Gráfico 7), siendo que la mala calidad de sueño fue reportada con mayor frecuencia en la escuela de Medicina Humana (78.3%), comparada con la escuela Odontología (56.7%); siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$) (Tabla 2) (Gráfico 8).

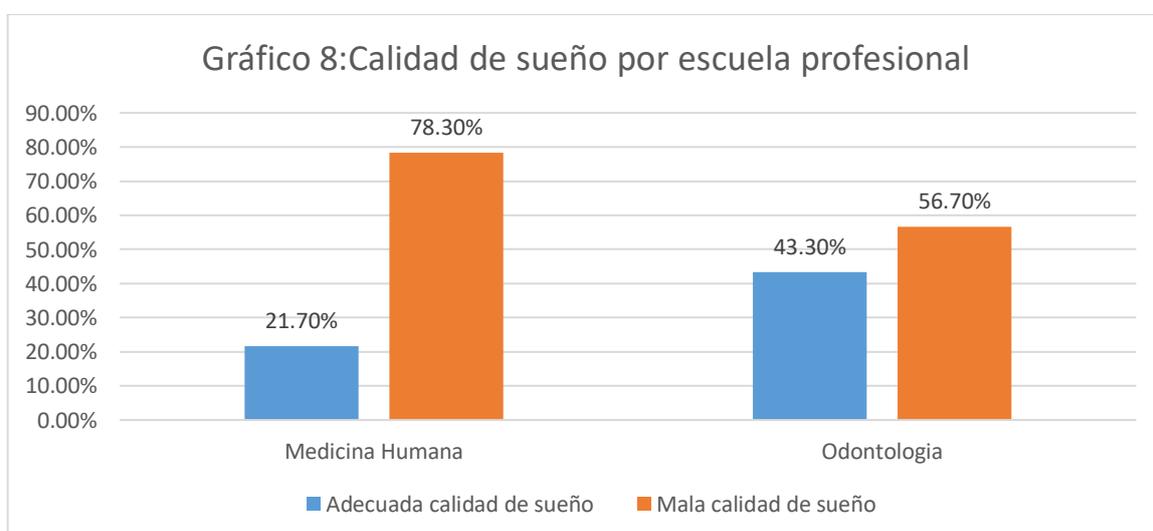
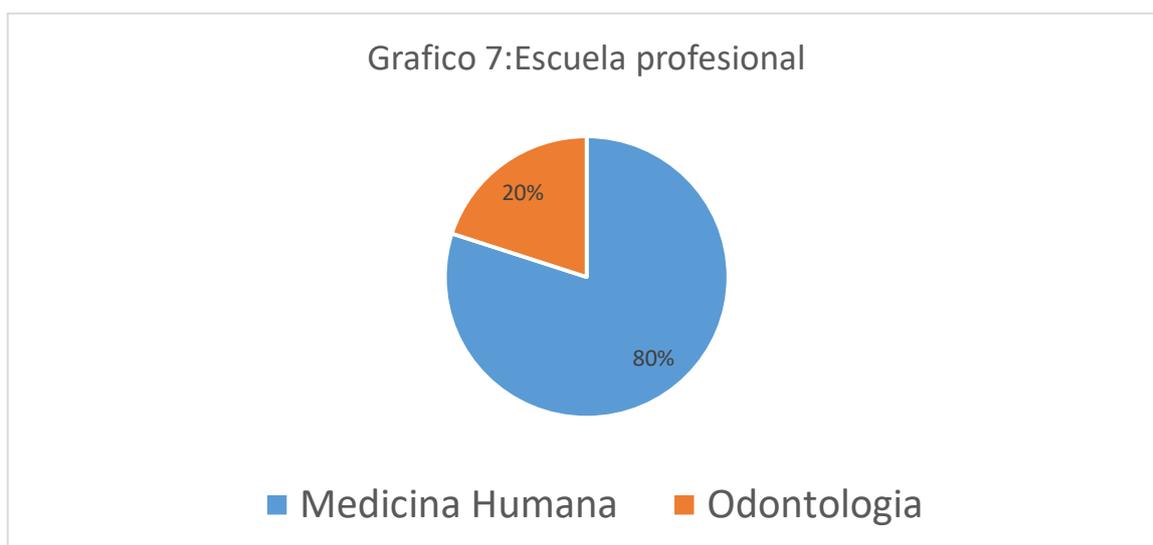


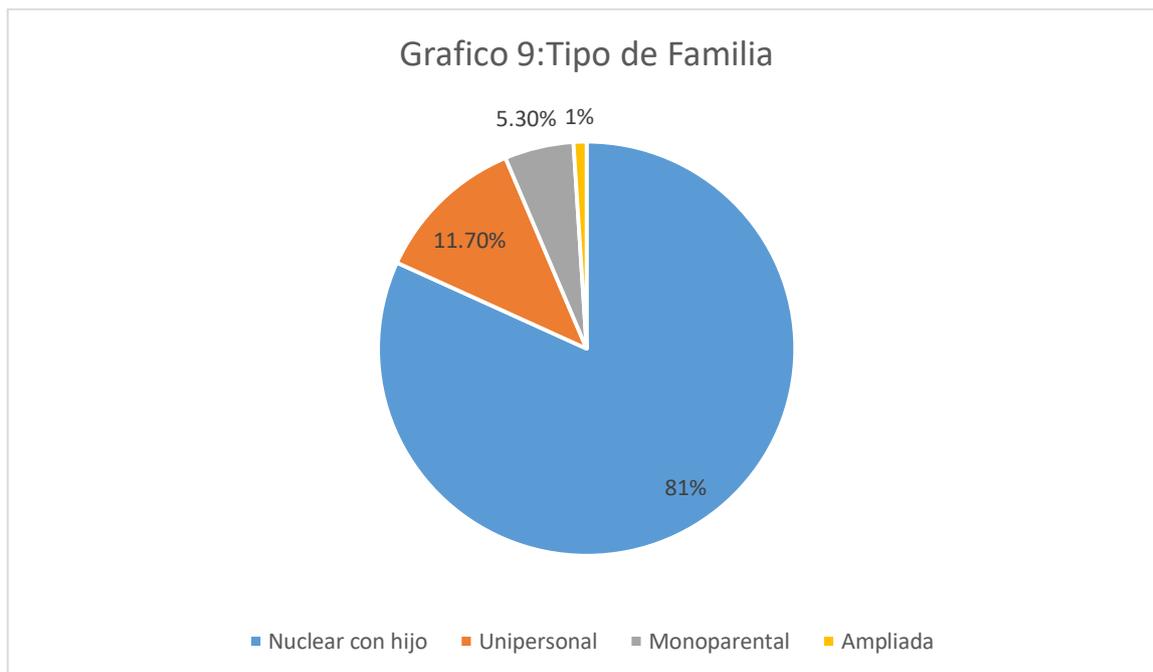
Tabla 2 continuación. Análisis bivariado de la frecuencia de la calidad de sueño según las características de la muestra total de estudiantes

Variable	Total n = 300	Calidad de sueño		Valor p
		Adecuada n = 78	Mala n = 222	
Semestre (mediana y RIC)	6 (3-9)	6 (3-8)	6 (3-9)	0.60*
Tipo familia				
Nuclear con hijo	243 (81.0)	71 (29.2)	172 (70.8)	0.11**
Ampliada	3 (1.0)	1 (33.3)	2 (66.67)	
Monopaternal	16 (5.3)	1 (6.3)	15 (93.7)	
Compuesta	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)	
Polinuclear	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (100.0)	
Unipersonal	35 (11.7)	5 (14.3)	30 (85.7)	
Tipo de vivienda				
Alquilado	39 (13.0)	9 (23.1)	30 (76.9)	0.94**
Casa	197 (65.7)	53 (26.9)	144 (73.1)	
Departamento	63 (21.0)	16 (25.4)	47 (74.6)	
Media agua	1 (0.3)	0 (0.00)	1 (100.00)	
Departamento				
Apurímac	20 (6.7)	3 (15.0)	17 (85.0)	0.48**
Cuzco	279 (93.0)	75 (26.8)	204 (73.2)	
Puno	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (100.0)	

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos. *Prueba U Mann-Whitney.
** Prueba Exacta de Fisher.

Respecto a semestre, no se hallaron diferencias significativas de calidad de sueño adecuada respecto a la mediana encontrada en aquellos participantes de semestres superiores comparado con semestres inferiores ($p = 0.60$). (Tabla 2)

El tipo de familia más frecuente en la muestra total fue la nuclear con hijo (81.0%) seguida de la familia unipersonal (11.7%), monoparental (5.3%) y ampliada (1%), siendo que la diferencia de frecuencia de la mala calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre los distintos tipos de familia ($p = 0.11$). (Tabla 2)



El tipo de vivienda más frecuente en la muestra total fue casa (65.7%) seguida de departamento (21.0%) y alquilado (13.0%), siendo que la diferencia de frecuencia de la mala calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre los distintos tipos de vivienda ($p = 0.94$). (Tabla 2)

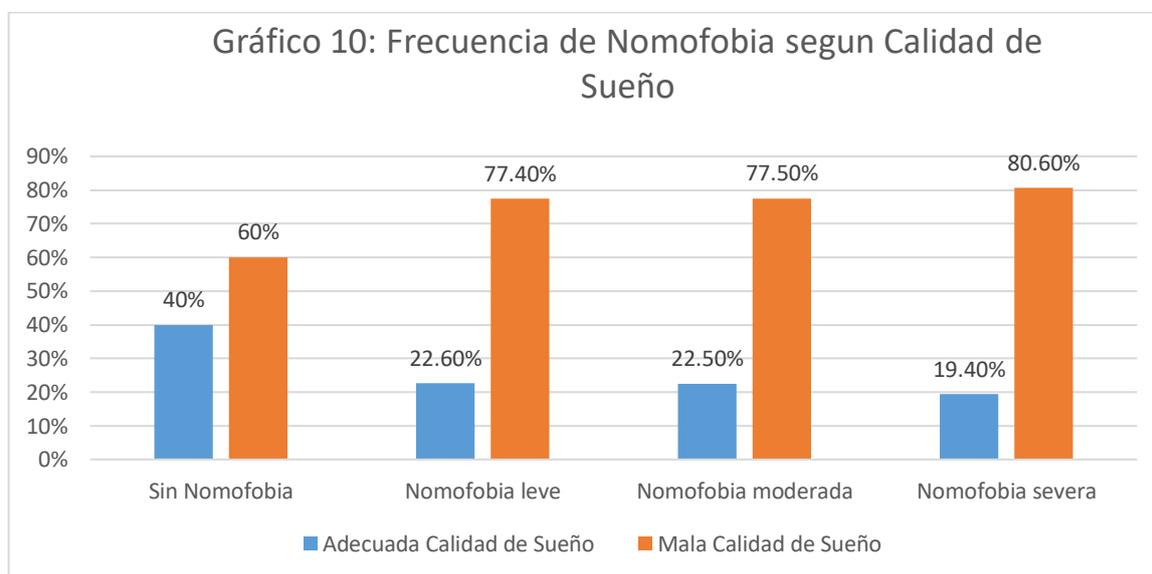
El departamento más frecuente reportado en la muestra total fue Cusco (93.0%) seguida de departamento Apurímac (6.7%) y en menor medida el departamento Puno (0.3%), siendo que la diferencia de frecuencia de mala calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre los departamentos ($p = 0.47$). (Tabla 2)

Tabla 3. Análisis bivariado de la frecuencia de la calidad de sueño comparado con los participantes con presencia de nomofobia

Variable	Total n = 300	Calidad de sueño		Valor p
		Adecuada n = 78	Mala n = 222	
Nomofobia				
Sin nomofobia	65 (21.7)	26 (40.0)	39 (60.0)	0.03*
Nomofobia leve	62 (20.7)	14 (22.6)	48 (77.4)	
Nomofobia moderada	142 (47.3)	32 (22.5)	110 (77.5)	
Nomofobia severa	31 (10.3)	6 (19.4)	25 (80.6)	
Horas de sueño (media y DE)	6.0 ± 1.29	6.6 ± 1.1	5.8 ± 1.3	<0.001**

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos. *Prueba Chi cuadrado. **Prueba T-Student DE, desviación estándar

La mala calidad de sueño estuvo presente en el 60% de participantes sin nomofobia, siendo estos valores de 77.4%, 77.5% y 80.6% en aquellos participantes con nomofobia leve, moderada y severa respectivamente, siendo que estas diferencias de frecuencia fueron estadísticamente significativas ($p = 0.03$) (Tabla 3) (Gráfico 10).



Respecto a las horas de sueño se halló una media de 6 horas (DE 1.29), siendo que los participantes con mala calidad de sueño tuvieron 0.8 horas menos de sueño (Media 5.8, DE 1.3) comparado con aquellos con calidad de sueño adecuada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (Tabla 3).

Tabla 4. Análisis de regresión cruda y ajustada de la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia

Variable	Calidad de sueño (Mala)			
	OR crudo	p	OR ajustado *	p
Nomofobia				
Sin nomofobia	Valor de Referencia			
Nomofobia leve	2.29 (1.05 a 4.97)	0.04	2.77 (1.11 a 6.95)	0.03
Nomofobia moderada	2.29 (1.22 a 4.32)	0.01	3.03 (1.34 a 6.82)	0.007
Nomofobia severa	2.78 (1.00 a 7.72)	0.05	3.90 (1.19 a 12.74)	0.02
Escuela				
Odontología	Valor de referencia			
Medicina Humana	2.76 (1.52 a 5.02)	0.001	2.77 (1.15 a 6.70)	0.02

Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos. *OR ajustado por edad, sexo, escuela, semestre, tipo de familia, tipo de vivienda y horas de sueño.

En el análisis de regresión logística bivariado se halló que la presencia de Nomofobia leve (OR crudo 2.29, IC95% 1.05 a 4.97, valor de $p = 0.04$) y moderada (OR crudo 2.29, IC95% 1.22 a 4.30, valor de $p = 0.01$) se asociaron a un aumento entre dos y hasta tres la probabilidad de una mala calidad de sueño, comparada con los participantes sin nomofobia, siendo estos resultados estadísticamente significativos. Por su parte pertenecer a la Escuela de Medicina Humana se asoció a un aumento de hasta tres veces la probabilidad (OR crudo 2.76, IC95% 1.52 a 5.02, valor de $p = 0.001$) de una mala calidad de sueño, comparada con aquellos que pertenecían a la escuela de Odontología, siendo estos resultados estadísticamente significativos.

En el análisis de regresión logística multivariada se halló que la presencia de Nomofobia leve (OR ajustada 2.77, IC95% 1.11 a 6.95, valor de $p = 0.03$), moderada (OR ajustada 3.03, IC95% 1.34 a 6.82, valor de $p = 0.007$) y severa (OR ajustada 3.90, IC95% 1.19 a 12.74, valor de $p = 0.02$) se asociaron a un aumento de la probabilidad de una mala calidad de sueño, comparada con los participantes sin nomofobia, luego de ajustar por edad, sexo, escuela, semestre, tipo de familia, tipo de vivienda y horas de sueño, siendo estos resultados estadísticamente significativos, concluyendo que la presencia de nomofobia es un factor independientemente asociado a la calidad de sueño en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2024.

4.2. Discusión

En este estudio se buscó la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, se analizó como es la calidad de sueño y el nivel de nomofobia, y los resultados más importantes de la asociación entre las dos variables, con las características de los estudiantes.

Como objetivo general se tuvo determinar la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia en los estudiantes, en base a ello se estudió la teoría de Luy Montejó (2020), quien señala que uno de los síntomas de nomofobia es la adicción al teléfono móvil, alteración en el sueño. En nuestro estudio se halló que la probabilidad de presentar mala calidad de sueño por la nomofobia leve es 2.77 veces más comparado con el grupo sin nomofobia (OR ajustado 2.77, IC al 95 % 1.11-6.95, valor de $p=0.03$), la probabilidad de presentar mala calidad de sueño por la nomofobia moderada es 3.03 veces más comparado con el grupo sin nomofobia (OR ajustado 3.03, IC al 95 % 1.34-6.82, valor de $p=0.007$), también se halló que la probabilidad de presentar mala calidad de sueño por la nomofobia severa es 3.90 veces más comparado con el grupo sin nomofobia (OR ajustado 3.90, IC al 95 % 1.19-12.74, valor de $p=0.02$), además la frecuencia de mala calidad de sueño fue mayor en los estudiantes con nomofobia moderada (77.5%); incluso podemos añadir que a medida que el nivel de nomofobia crece, la mala calidad de sueño también es más frecuente. Estos resultados tienen relación con los siguientes estudios: a nivel nacional el estudio de Copaja (2022), quien identificó que los estudiantes de medicina peruanos con mala calidad de sueño se asociaron a la presencia de nomofobia, (aPR: 1,28; 1,09-1,51, $p<0.05$). Chi zhang (2021), encontró que los estudiantes de medicina con uso problemático de teléfonos inteligentes tenían más probabilidades de informar alteraciones del sueño ($p < 0,001$, OR = 2,91, IC del 95% = 2,17–3,91), fatiga física ($p < 0,001$, OR = 3,18, IC del 95%) = 2,45–4,15) y fatiga mental ($p < 0,001$, OR = 2,42, IC del 95% = 1,86–3,14). Ayesha (2022) encontró una relación significativa entre nomofobia y falta de sueño en adolescentes y jóvenes adultos, la privación del sueño informó una alta relación con la nomofobia (OR=3,6889, $p=0,001$). Espinoza (2024) encontró una asociación entre nomofobia y somnolencia diurna en los estudiantes, (RPa 5,81; IC95% 1,24 – 27,2; $p=0,02$). Veerapu (2019) encontró en estudiantes de medicina que el 81% tenía nomofobia, y la asociación entre nomofobia y alteración en el sueño con un coeficiente de correlación Pearson: 0,25, $p<0.05$, los índices de asociación de los antecendente coinciden con nuestra investigación, donde podemos afirmar que la presencia de nomofobia a mayor gravedad tiene

repercusiones sobre la calidad de sueño, así de igual manera las personas que no presentan nomofobia muestran menores probabilidades de alterar su calidad de sueño.

Dentro de los objetivos específicos como primer objetivo específico se planteó determinar cómo es la calidad de sueño en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana. Estudio hecho por Virgilio Failo (2015) señala que la prevalencia de mala calidad de sueño en estudiantes de medicina fue de 84.3%. En la presente investigación la mala calidad de sueño tuvo una prevalencia de 74%, dato que coincide con las siguientes investigaciones. A nivel nacional Copaja (2022) encontró una prevalencia de 77.3 % de mala calidad de sueño. A nivel internacional Espinoza (2024), encontró una prevalencia de alteraciones de sueño de 82.4%. Chi zhang (2021) encontró una prevalencia de mala calidad de sueño de 70.57%. Anju (2019) encontró una prevalencia de 23.7% de mala calidad de sueño. De esta manera con los resultados obtenidos y sus coincidencias con otros estudios, se demuestra que los estudiantes de medicina, en su mayoría presentan mala calidad de sueño y esto repercute en su jornada del día siguiente, incluso en su rendimiento académico.

Como segundo objetivo específico se planteó estimar el nivel de nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana. Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que la nomofobia estuvo presente en el 78.3 % de los participantes (20.7 % nomofobia leve, 47.3% nomofobia moderada, 10.3 % nomofobia severa), dato que coincide con las investigaciones. A nivel nacional; Copaja (2022) que encontró respecto a los estudiantes de medicina más del 90% presentaba nomofobia; Aragón (2022) encontró una prevalencia 96% de nomofobia en estudiantes de medicina. A nivel internacional Humood (2021) encontró una prevalencia de 91.5 % de nomofobia. Espinoza (2024) encontró una prevalencia de 97% de nomofobia. Los estudios nacionales e internacionales tienen una mayor similitud con los resultados obtenidos, posiblemente por similitudes sociodemográficas, afirmando así que la nomofobia es muy común en estudiantes universitarios.

En esta investigación también se determinó las características de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, se encontró que la escuela profesional que más tenía alteración en la calidad de sueño es la de Medicina Humana (78.3%) respecto a la escuela profesional de odontología (56.7%), siendo esta diferencia significativa. Jahrami (2022) evidenció una prevalencia estimada de problemas de sueño en el 41.16 % en estudiantes procedentes de 49 países de los diferentes continentes del

mundo. Asimismo, la problemática se habría incrementado enormemente en los estudiantes de medicina, tal como lo indican los resultados de un meta-análisis que halló una prevalencia con estimación mundial del 57 % para una mala calidad del sueño y de 33 % para la somnolencia excesiva durante el día. Corredor (2020) encontró en su estudio que la escuela profesional de ciencias de la salud con peor calidad de sueño fue la de Medicina Humana con 66%.

Los trastornos del sueño constituyen problemas de salud que repercuten de forma negativa en el rendimiento académico-profesional de los estudiantes del área de salud. La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, incluye también un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas). Ello hace que sea fundamental el estudio de la incidencia de estos trastornos en distintas áreas académicas. En nuestro estudio respecto a las horas de sueño se halló una media de 6 horas, siendo que los participantes con mala calidad de sueño tuvieron 0.8 horas menos de sueño (Media 5.8 horas) comparado con aquellos con calidad de sueño adecuada, siendo este resultado de gran importancia. Silva (2021) en su estudio en estudiantes de ciencias de la salud encontró que la duración de sueño es de 5 a 6 horas en la mayoría de ellos. Corredor (2020) en su estudio en estudiantes de ciencias de salud, el promedio de horas dormidas fue de 5 a 6 horas. Podemos apreciar que las horas de sueño en estudiantes de ciencias de la salud no es adecuada, lo que afecta en las actividades del día siguiente por la somnolencia que se presenta.

En cuanto a la edad, la mediana de edad a nivel general fue de 22 años, respecto a edad en la mala calidad de sueño se presentó una mediana de edad de 22 años, resultados que concuerda con el estudio de Veerapu (2019) donde encontró una edad promedio de los alumnos de 20,58 años.

Respecto al sexo, el 48% de la muestra total fue del sexo femenino y el 52% fue del sexo masculino, la mala calidad de sueño se reportó en su mayoría en el sexo masculino con un 76.9%, este resultado no fue una diferencia significativa.

Respecto a ocupación, se pudo encontrar que el 98.3% se dedicaba exclusivamente a ser estudiante; por otro lado, el 1.3% refería que era estudiante y trabajador. Se observa que el tipo de familia mayoritario fue el nuclear con hijo, con el 81% de los sujetos muestrales, en tanto que 11.7% expresó vivir en una familia unipersonal y el 5.3% pertenece a una familia mono paternal. Respecto a semestre se encontró una mediana de 6. Respecto es estado civil, la mayoría de los estudiantes fueron solteros con un 99.3%. Respecto al número de hijos el 99.3 % de los estudiantes refirió no

tener hijos. Respecto a la religión, la religión más frecuente fue la católica con un 89%. Respecto al tipo de vivienda, la mayoría de estudiantes vivían en casa propia con 65,7%, departamento 21%, alquilado 13 %. Respecto a departamento de procedencia, los estudiantes en su mayoría eran del departamento de Cusco con un 93%. Mencionamos que no encontramos diferencias significativas respecto a edad, sexo, estado civil, semestre académico, religión, ocupación, tipo de familia, número de hijos, tipo de vivienda, ocupación y departamento.

En tanto, en el presente estudio, por los resultados obtenidos y las relaciones con otros estudios internacionales y nacionales, se evidencia la existencia de la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, mostrando una asociación significativa, que a mayor gravedad de nomofobia mayor frecuencia de mala calidad de sueño.

4.3. Conclusiones

- Se determinó la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, porque se halló una asociación significativa entre la nomofobia y la mala calidad de sueño, ya que a mayor nomofobia se presentó mala calidad de sueño.
- Se evaluó la calidad de sueño en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, encontrándose que el 26% tenía adecuada calidad de sueño y el 74% mala calidad de sueño.
- Se estimó el nivel de nomofobia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, encontrándose que el 20.7 % de estudiantes tenían nomofobia leve, 47.3% nomofobia moderada y 10.3% nomofobia severa.
- Los estudiantes respecto a sus horas de sueño dormían un promedio de 6 horas. Respecto a la edad, la mediana fue de 22 años, esta mediana también coincide en los estudiantes con mala calidad de sueño. Respecto a los estudiantes de las escuelas profesionales la que tiene mayor frecuencia de mala calidad de sueño fueron los estudiantes de la escuela profesional de Medicina Humana con un 78.3% siendo esta de importancia significativa debido a que supera en un gran porcentaje a la de Odontología con un 56.7%. El sexo más frecuente con mala calidad de sueño fue masculino con un 76,9%, en el sexo femenino fue de 70.8%, siendo esta diferencia no significativa. También agregamos que no encontramos diferencias significativas respecto a estado civil, religión, ocupación, número de hijos, tipo de familia, semestre académico, tipo de vivienda y departamento.

4.4. Sugerencias

- Establecidas las conclusiones de esta investigación se recomienda disminuir el tiempo dedicado al dispositivo móvil con ofrecer actividades alternativas, como ejercicio y deportes, al señor Rector, a los decanos de la distintas facultades y demás autoridades solicitarle que construyan más áreas deportivas y de entretenimiento ,también que generen campeonatos Inter escuelas profesionales cada mes, campeonatos intersemestrales semanales , pausas activas de tal modo que disminuyan el uso del teléfono móvil.
- Fomentar los centros de investigación y talleres grupales para que interactúen entre compañeros y utilicen los recursos de la biblioteca de la universidad para reducir el tiempo de uso de los teléfonos móviles.
- Aumentar el número de psicólogos y psiquiatras en la universidad, para que se haga una detección oportuna, seguimiento adecuado de aquellos estudiantes con nomofobia y mala calidad de sueño
- Los docentes que dictan más de 2 horas deben generar espacios de tiempo libre de 10 minutos.
- Enfatizar la importancia de compartir en familia y fortalecer la comunicación interpersonal para evitar que los estudiantes se sientan aislados o solos y usen sus teléfonos inteligentes.
- El estudiante tiene que evitar el uso del celular 1 a 2 horas antes de dormir, para que no exista distracciones y pueda descansar las horas necesarias.
- A los estudiantes se les sugiere plantearse nuevas preguntas de investigación en base a los resultados obtenidos de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo-Mora P, Barajas-Martínez KG, Sánchez-Vázquez I, Rangel-Caballero MF. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? 2018 [citado 9 de enero de 2022]; Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006
2. de la Portilla Maya S, Universidad de Manizales, Dussán Lubert C, Montoya Londoño DM, Taborda Chaurra J, Nieto Osorio LS, et al. Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. 2019; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00084.pdf>
3. OMS. Trastornos del sueño: el 40% de la población mundial duerme mal ,2020 [citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2020/01/20/trastornos-del-sueno-el-40-de-la-poblacion-mundial-duerme-mal/>
4. Failo-Rojas VE, Perales-Carrasco T, Díaz-Vélez C. Trastornos del sueño-vigilia y calidad del sueño en estudiantes de medicina en Latinoamérica: una realidad preocupante, 2015 [citado el 19 de julio de 2022]; 7(3):199–201. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-trastornos-del-sueno-vigilia-calidad-del-S1853002815000506>
5. Allende F. Estrés académico y calidad del sueño en tiempos de pandemia por COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad del Perú ,2022 [citado el 01 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8816425>
6. Silva-Cornejo M del C. Calidad de sueño en estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud en una universidad pública peruana. Revista Médica Basadrina, 2021. Disponible: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/download/1152/1273/2256#:~:text=Los%20estudiantes%20universitarios%20y%20en,contr%C3%A1ndola%20entre%2050%20y%2070%20%25>
7. Gamba S. CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE BOYACÁ (COLOMBIA), 2020 [Internet]. Revistamedicina.net. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/download/1483/1854?inlin>
8. Lozano Y. Nomofobia en jóvenes universitarios. 2021 [citado 9 de enero de 2022] Disponible en: <http://uruojs.insimp.com/ojs/index.php/rsh/article/view/503/352>

9. Iglesias A. Nomofobia ,2022 [citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.dealerworld.es/mercado-en-cifras/el-53-por-ciento-de-la-poblacion-sufre-nomofobia>.
10. Villarreal P. La triste situación de la adicción al celular en América Latina ,2020 [citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <https://contxto.com/es/brasil/nomofobia-adiccion-celular-america-latina/>
11. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática,2023 [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-861-de-la-poblacion-de-6-a-17-anos-hace-uso-de-internet-mediante-el-celular-en-el-tercer-trimestre-de-2023-14668/>
12. Sosa-Delgado OA, Ayala-Rojas MJ, Pineda-Yupanqui SD, Flores-Ramos JT, Julca-Santos KE, Morales J. Nomofobia, una enfermedad ligada a la adicción al teléfono móvil: un estudio descriptivo entre estudiantes universitarios,2023;20(1):1234–9. Disponible en: <https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2023-2171.pdf>
13. La Nomofobia, el nuevo trastorno.Federación de Periodistas del Perú. 2019 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://fpp.org.pe/la-nomofobia-el-nuevo-trastorno/>
14. Cruz Taime E, Velazco Costilla H. Nomofobia en estudiantes del primer ciclo de la Universidad Andina del Cusco, 2019-I. Universidad Andina del Cusco; 2019.
15. Sunedu supervisará educación no presencial de universidades ante las medidas de control y prevención del COVID-19. SUNEDU. 2020 [citado el 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.sunedu.gob.pe/sunedu-supervisara-educacion-no-presencial-universidades-medidas-control-prevencion-covid-19/>
16. Jahrami H, Abdelaziz A, Binsanad L, Alhaj OA, Buheji M, Bragazzi NL, et al. La asociación entre síntomas de Nomofobia, insomnio y adicción a la comida entre adultos jóvenes: hallazgos de una encuesta transversal exploratoria 2021 [citado 9 de enero de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33467561/>
17. Zeb A, Bibi H, Khan MJ, Awan SN. Nomofobia, privación del sueño y actividades de ocio en adolescentes y jóvenes adultos,2022. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.pps.org.pk/PJP/18-3/Ayesha.pdf>
18. Zhang C, Zeng P, Tan J, Sun S, Zhao M, Cui J, et al. Relationship of problematic smartphone use, sleep quality, and daytime fatigue among quarantined medical students during the COVID-19 pandemic. Front Psychiatry [Internet]. 2021;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.755059>

19. Philip TA, Krishnan SA, Saju A, Athulya N. Mobile phone dependence and sleep quality among undergraduate students. *Indian J Forensic Med Toxicol* [Internet]. 2019 [citado el 25 de mayo de 2024];13(3):11. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A8%3A15814248/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A137832752&crl=c>

20. Veerapu N, Baer Philip RK, Vasireddy H, Gurralla S, Kanna ST. A study on nomophobia and its correlation with sleeping difficulty and anxiety among medical students in a medical college, Telangana. *Int J Community Med Public Health* [Internet]. 2019 [citado el 17 de enero de 2022];6(5):2074. Disponible en: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/4479>

21. Peszka J, Sueño, somnolencia e higiene del sueño relacionados con la nomofobia [citado el 26 de mayo de 2022]. Disponible en: https://academic.oup.com/sleep/article/43/Supplement_1/A71/5847381?login=true

22. Moreno-Guerrero AJ, Hinojo-Lucena FJ, Trujillo-Torres JM, Rodríguez-García AM. Nomophobia and the influence of time to REST among nursing students. A descriptive, correlational and predictive research. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2021;52(103025):103025. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595321000615>

23. Humood A, Altooq N, Altamimi A, Almoosawi H, Alzafiri M, Bragazzi NL, et al. The prevalence of nomophobia by population and by research tool: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Psych* [Internet]. 2021 [citado el 29 de abril de 2024];3(2):249–58. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2624-8611/3/2/19>

24. Espinoza C. SOMNOLENCIA DIURNA Y NOMOFOBIA COMO RESULTADO DEL USO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA - UNIVERSIDAD RICARDO PALMA, LIMA – 2022, [citado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/7720/T030_46053657_T%20ESPINOZA%20DELGADO%2C%20ANDREA%20CECILIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Copaja-Corzo C, Miranda-Chavez B, Vizcarra-Jiménez D, Hueda-Zavaleta M, Rivarola-Hidalgo M, Parihuana-Travezaño EG, et al. Sleep disorders and their associated factors during the COVID-19 pandemic: Data from Peruvian medical

- students. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2022 [citado el 29 de abril de 2024];58(10):1325. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/58/10/1325>
26. Aragón-Ayala CJ, Taype-Rondan A, Nomotest-Group. Nomophobia and its associated factors in Peruvian medical students. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado el 29 de abril de 2024];19(9):5006. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/9/5006>
27. Vista de Uso excesivo del celular, calidad de sueño y soledad en jóvenes de la ciudad de Arequipa [Internet]. Edu.pe. [citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1368/1332>
28. Miranda Solis; ESTUDIO CORRELACIONAL ENTRE LA ADICCION AL TELEFONO CELULAR Y LA ADICCION A REDES SOCIALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2021 [Internet]. Edu.pe. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/5407/Franklin_Tesis_maestro_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Vista de Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas [Internet]. Com.ec. [citado el 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/27/90>
30. Miranda-Novales MG, Villasís-Keever MÁ. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. Rev Alerg Mex [Internet]. 2019 [citado el 16 de agosto de 2022];66(1):115–22. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000100115
31. Muñíz Landeros. Neurología Clínica de Rangel Guerra. 1ra edición. España. Manual Moderno. 2015.
32. Fustinoni, Semiología del Sistema Nervioso ,15° edición. 2016
33. Toro Gomez J. El cerebro del siglo XXI, Colombia ,2018
34. Bear Mark. Neurociencia La exploración del cerebro, cuarta edición ,2016
35. De revisión A. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf> Zarrans J. Neurología setima edición. España. 2024.
36. Zarrans J. Neurología setima edición. España 2024
37. Adams y Victor. Principios de Neurología. Onceava edición, México, 2019
38. Hall J. Estados de actividad cerebral: sueño, ondas cerebrales, epilepsia, psicosis demencia. En: Guyton and hall textbook of medical physiology. 14.a ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 753-62.

39. Evidencias y guías, S. S. (s/f). Revista de Neurología,2016. Org.es. Recuperado el 13 de mayo de 2024, de <https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
40. Sleep disorders, & their complex relationship with cognitive functions. (s/f). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas,2018. Org.pe. Recuperado el 13 de mayo de 2024, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a04v81n1.pdf>
41. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de DSM V. Inglaterra 2014.
42. Lopez Menacho J, La generación Like. 1ra edición. España.La Catarata.2021.
43. Craig Groeschel, Luchas.1ra edición. Argentina, Editorial Peniel.2017.
44. Aurora, M. S. Z. (s/f). LOS RIESGOS DE PASAR MUCHO TIEMPO EN EL CELULAR. Edu.mx,2018. Recuperado el 13 de mayo de 2024, de https://revista-aletheia.ieu.edu.mx/documentos/A_opinion/2018/8_Agosto/Art_Op_2.pdf
45. Vargas G.Conectate contigo mismo, con los demás, con el universo.1ra edición.España. Penguin Random House Grupo Editorial.2021.
46. Gamero AM. Carlos Luy-Montejo NOMOFOBIA, ADICCIÓN TECNOLÓGICA EN UNIVERSITARIOS,2020[Internet]. Edu.pe. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://studium.ucss.edu.pe/index.php/SV/article/download/313/368/978>
47. López-Fernández Olatz. Special Issue "Internet and Smartphone Use-Related Addiction Health Problems: Treatment, Education and Research".España, Editorial Office.2020.
48. Ozge Enez.The phobia of the modern world:Nomophobia.Turkia.Murat Ukray.2021.
49. Pintado y Joaquín Manuel González Cabrera. Nomofobia, Revisión de Literatura y desarrollo de la versión española del Nomophobia Questionnaire (NMP-Q), 2021,[citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/149382/Le%C3%B3nMej%C3%A1DaAC.pdf>
50. Solis Y. VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH EN UNA MUESTRA PERUANA, Perú ,2015 , disponible en: https://www.academia.edu/34647099/VALIDACION_DEL_INDICE_DE_CALIDAD_DE_SUEÑO_DE_PITTSBURGH_EN_UNA_MUESTRA_PERUANA_VALIDATION_OF_THE_PITTSBURGH_SLEEP_QUALITY_INDEX_IN_A_PERUVIAN_SAMPLE

51. Meoño, D. P., Fabrizzio, A., Rojas, F., Efraín, V., Dueñas, P., & Alberto, E. Calidad de sueño y estilo de aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Org.pe. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n4/a02v30n4.pdf>
52. Caro Castro, Tatiana, Nomofobia y agresividad en estudiantes de una universidad nacional de Lima Metropolitana, 2020 Edu.pe. [citado el 16 de agosto de 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/64355/Caro_CTE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Researchgate.net. [citado el 16 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Joaquin-Gonzalez-Cabrera/publication/318852218_Original_Adaptation_of_the_Nomophobia_Questionnaire_NMP-Q_to_Spanish_in_a_sample_of_adolescents/links/5a1292e7458515cc5aa9e361/Original-Adaptation-of-the-Nomophobia-Questionnaire-NMP-Q-to-Spanish-in-a-sample-of-adolescents.pdf
54. Adicciones.es. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/1316/1089>
55. DeSC Buscador. [Internet]. 2020. Insomnio [citado el 27 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>
56. OMS Buscador. [Internet]. Nomofobia [citado el 27 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.elpais.com.co/salud/uso-excesivo-de-tecnologia-genera-ansiedad-y-estres-conozca-como-prevenirlo.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,cerebro%20de%20un%20celular%20en>
57. Nieto LH. Calidad del sueño en estudiantes de la carrera de medicina de quinto [Internet]. Unirioja.es. [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9144256.pdf>
58. Metodología de la Investigación, Sampieri Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta ,2018 [citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

ANEXO 1. - Matriz de consistencia

Título de la investigación: “NOMOFOBIA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología	Recolección y plan de análisis
<p>PG: ¿Cuál es la asociación entre la calidad de sueño y nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024?</p> <p>PE1: • ¿Cómo es la calidad de sueño de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024?</p>	<p>OG: Determinar asociación entre la calidad de sueño y la nomofobia en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024.</p> <p>OE1: Identificar la calidad de sueño de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad</p>	<p>HG: Existe una relación inversa significativa entre la mala calidad de sueño y la nomofobia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.</p> <p>HG1: La prevalencia de mala calidad de sueño de los estudiantes de la facultad de Medicina Humana de la Universidad</p>	<p>Variable dependiente: Calidad de Sueño</p> <p>Variable independiente: e: Nomofobia</p> <p>Variables no implicadas: - Sexo -Edad -Estado civil -Procedencia -Religión -Ocupación -Escuela profesional -Semestre académico -Área de residencia</p>	<p>Calidad de Sueño: -Mala La persona no duerme adecuadamente ni respeta sus 7 horas para dormir</p> <p>-Buena Calidad de Sueño: La persona duerme cómodamente y respeta sus 7 horas para dormir.</p> <p>Nomofobia -Sin Nomofobia: Sin miedo irracional a permanecer un intervalo de</p>	<p>Se utilizaron un instrumento el cual contiene datos generales, Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) y el Cuestionario de Nomofobia (NMP-Q)</p>	<p>La recolección de información se realizó a través de la ficha de recolección de datos proporcionada a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2024.Esta ficha de recolección alberga información general, Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) y Cuestionario de nomofobia (NMP-Q).La codificación de datos se hizo asignándole un número a cada ítem de cada una de las preguntas de la ficha de recolección de datos, posteriormente se ingresó los datos recolectados al programa de Microsoft Office Excel 2017 para construir la base de datos. Se realizó el control de calidad de datos para comprobar que no existan casilleros vacíos, inconvenientes y copias de las mismas, a cada una de las fichas de recolección de datos le asignamos un número. Se ejecutó el análisis univariado para realizar la estadística descriptiva con las medidas de tendencia</p>

<p>PE2: ¿Cuál es el nivel de nomofobia en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024?</p>	<p>Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024. OE2: Estimar nivel de nomofobia de los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco,2024.</p>	<p>Nacional de San Antonio Abad del Cusco es elevada. HG2: El nivel de nomofobia más frecuente en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco es la moderada.</p>	<p>-Comorbilidad -tipo de familia -Tipo de vivienda -Número de hijos -Acceso a internet en casa</p>	<p>tiempo sin el teléfono móvil -Nomofobia leve: dependencia leve por el celular. -Nomofobia moderada: dependencia moderada por el celular. -Nomofobia severa: dependencia severa por el celular.</p>	<p>central: promedio, mediana y moda; y medidas de dispersión: desviación estándar para las variables cuantitativas previa verificación de su distribución normal o no, utilizando la mediana como rango intercuartílico o el promedio con la desviación estándar. Así mismo los resultados se estudiaron e interpretaron como frecuencias y porcentajes, se procedió a la comparación de proporciones con el estadístico chi cuadrado con un p cuyo valor importante se conseguirá cuando este será <0.05, y un intervalo de confianza al 95%. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico STATA 16.Igualmente se realizó un análisis bivariado correlacional usando la prueba T-student para varianzas iguales ,la prueba exacta de Fisher y la prueba de U Mann-Whitney .Se realizó el análisis de regresión logística multivariada, para las variables categóricas se usó medidas de asociación, usando el odds ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% por ejemplo, OR: XX,XX IC 95%(XX,XX-XX,XX), p:X,XXX.Por último, todos los datos fueron registrados, esquematizados y entregados en tablas o gráficos.</p>
---	--	--	---	---	---

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024.

I. PRESENTACIÓN

Estimado participante tenga un buen día, soy estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar la asociación entre Calidad de Sueño y Nomofobia, en los estudiantes de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2024.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Responder las preguntas con su total sinceridad, además mencionarle que sus datos son confidenciales. Si usted tuviese alguna duda respecto a alguna de las preguntas sírvase a preguntar a su entrevistador el cual absolverá la duda. Marcar con un aspa (X), elegir solo una alternativa y en los espacios en blanco completar de acuerdo a la pregunta. Agradezco su participación.

III. CONSENTIMIENTO

¿Está de acuerdo en realizar la encuesta?

Si () No ()

Si su respuesta es “sí”: muchas gracias. Comience con el cuestionario.

Si su respuesta es “no”: muchas gracias. Fin de la entrevista

PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES

1. Sexo	() Masculino () Femenino
2. Edad	en años cumplidos
3. Estado civil	() Soltero () Conviviente () Casado () Divorciado () Viudo
4. Lugar de procedencia	Departamento _____ Provincia: _____ Distrito _____
5. Religión	() Evangélica () Adventista () Católica () Ninguno Otro _____
6. Ocupación	() Estudiante () Ama de casa () Trabajador del estado () Trabajador independiente Otro _____
7. Escuela Profesional	() Medicina Humana () Odontología
8. Semestre académico	() I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII () XIII () XIV
9. Área de residencia	() Rural () Urbana
10. Enfermedad	() Si, especifique _____ () No

11. Tipo de familia	() Unipersonal () Compuesta () Monopaterna () Ampliada () Polinuclear () Nuclear sin hijo(s) () Nuclear con hijo(s)
12. Tipo de vivienda	A. Vivienda particular () Casa () Departamento () Mediagua () Habitación alquilada Otro: _____ B. Vivienda colectiva () Residencial Otro: _____
13. Número de hijos	
14. Acceso a internet	() Si () No

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

15. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche? HORA HABITUAL DE ACOSTARSE:				
16. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches? NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO:	() Menos de 15 minutos () Entre 16 a 30 minutos () Entre 31 a 60 minutos () Mas de 60 minutos			
17. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana? HORA HABITUAL DE LEVANTARSE:				
18. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado) HORAS DE SUEÑO POR NOCHE:				
19. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de...?				
	No me ha ocurrido durante el último mes	Menos de una vez a la semana	Uno o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:				
(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:				
(c) tener que ir al baño:				
(d) no poder respirar adecuadamente:				
(e) tos o ronquidos:				
(f) sensación de frío:				
(g) sensación de calor:				
(h) pesadillas:				
(i) sentir dolor:				
(j) otra causa(s):				

	No me ha ocurrido durante el último mes	Menos de una vez a la semana	Uno o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
20. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?				
21. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?				
22. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?	<input type="checkbox"/> Bastante bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Bastante malo			
23. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la Preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Sólo un leve problema <input type="checkbox"/> Un problema <input type="checkbox"/> Un grave problema			
24. ¿Duerme usted solo o acompañado?	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con alguien en otra habitación <input type="checkbox"/> En la misma habitación, pero en otra cama <input type="checkbox"/> En la misma habitación En la misma cama			

NOMOFOBIA (NMP-Q versión en castellano)

1. Muy en desacuerdo
2. Casi siempre en desacuerdo
3. En desacuerdo
4. Ni en desacuerdo ni de acuerdo
5. De acuerdo
6. Casi siempre de acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

En relación con tu dispositivo móvil

25. Me sentiría mal si no pudiera acceder en cualquier momento a la información a través de mi dispositivo móvil.							
26. Me molestaría si no pudiera consultar información a través de mi dispositivo móvil cuando quisiera.							
27. Me pondría nervioso(a) si no pudiera acceder a las noticias (p. ej. sucesos, predicción meteorológica, etc.) a través de mi dispositivo móvil.							
28. Me molestaría si no pudiera utilizar mi dispositivo móvil y/o sus aplicaciones cuando quisiera.							
29. Me daría miedo si mi dispositivo móvil se quedase sin batería.							

	1	2	3	4	5	6	7
30. Entraría en pánico si estuviera a punto de quedarme sin saldo o de alcanzar mi límite de "megas".							
31. Si me quedara sin señal de datos o no pudiera conectarme a una red Wi-Fi, estaría comprobando constantemente si he recuperado la señal o logro encontrar una red.							
32. Si no pudiera utilizar mi dispositivo móvil, tendría miedo de quedarme tirado/a en alguna parte.							
33. Si no pudiera consultar mi dispositivo móvil durante un rato, sentiría deseos de hacerlo.							
Si no tuviera mi dispositivo móvil conmigo							
34. Me inquietaría por no poder comunicarme al momento con mi familia y/o amigos.							
35. Me preocuparía porque mi familia y/o amigos no podrían contactar conmigo.							
36. Me pondría nervioso(a) por no poder recibir mensajes de texto ni llamadas.							
37. Estaría inquieto por no poder mantenerme en contacto con mi familia y/o amigos.							
38. Me pondría nervioso(a) por no poder saber si alguien ha intentado contactar conmigo.							
39. Me inquietaría por haber dejado de estar constantemente en contacto con mi familia y/o amigos.							
40. Me pondría nervioso(a) por estar desconectado(a) de mi identidad virtual.							
41. Me sentiría mal por no poder mantenerme al día de lo que ocurre en los medios de comunicación y redes sociales.							
42. Me sentiría incómodo(a) por no poder consultar las notificaciones sobre mis conexiones y redes virtuales.							
43. Me agobiaría por no poder comprobar si tengo nuevos mensajes de correo electrónico.							
44. Me sentiría raro(a) porque no sabría qué hacer.							

!!!Gracias por su participación!!!!

ANEXO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CUADERNILLO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

Solicitud

Estimado(a) doctor(a): GORKY CARAZAS AEDO

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**"NOMOFOBIA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO, 2024"**

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación



FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"

En las siguientes preguntas Ud. Evalúa el cuestionario para poder validarlo.

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Indeciso

4= De acuerdo

5= Muy de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE LA ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretender medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas de este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
.....
.....

Identificación del experto

Nombre y apellido	GORKY CARAZAS Aedo
Filiación (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Medico Psiquiatra / Privado
Fecha de validación (día, mes, año)	17/04/24
Firma	

Dr. Gorky Carazas Aedo
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.F. 27768 - INE 18934

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario

ANEXO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CUADERNILLO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

Solicitud

Estimado(a) doctor(a): JOHN OMAR HERMOSA LLACTA

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**"NOMOFOBIA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO, 2024"**

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación



FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

En las siguientes preguntas Ud. Evalúa el cuestionario para poder validarlo.

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Indeciso

4= De acuerdo

5= Muy de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE LA ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretender medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas de este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

.....

Identificación del experto

Nombre y apellido	John Oscar Horroja H.
Filiación (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	
Fecha de validación (día, mes, año)	15/04/24
Firma	 John Oscar Horroja Liacta MÉDICO - PSICUATRA CMP 43118 RNE 29479 EsSalud

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario

ANEXO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



CUADERNILLO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

Solicitud

Estimado(a) doctor(a): ELMER PALOMINO VEGA

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**"NOMOFOBIA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO, 2024"**

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación



FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

En las siguientes preguntas Ud. Evalúa el cuestionario para poder validarlo.

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Indeciso

4= De acuerdo

5= Muy de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE LA ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretender medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas de este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

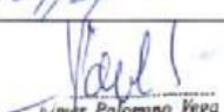
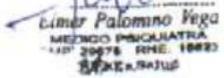
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

.....

Identificación del experto

Nombre y apellido	ELMER PALOMINO VEGA
Filiación (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico Psiquiatra
Fecha de validación (día, mes, año)	16/04/24
Firma	 

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario

ANEXO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CUADERNILLO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

Solicitud

Estimado(a) doctor(a): **DANILO VILLAVICENCIO**

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**"NOMOFOBIA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO, 2024"**

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"

En las siguientes preguntas Ud. Evalúa el cuestionario para poder validarlo.

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Indeciso

4= De acuerdo

5= Muy de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE LA ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretender medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas de este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
.....
.....

Identificación del experto

Nombre y apellido	Daniilo Villavirencio M.
Filiación (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico Internista
Fecha de validación (día, mes, año)	16/04/24
Firma	

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario

ANEXO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



CUADERNILLO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

Solicitud

Estimado(a) doctor(a): JUAN HINOJOSA VARGAS

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**"NOMOFOBIA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO, 2024"**

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación



FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

**"CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFOBIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, 2024"**

En las siguientes preguntas Ud. Evalúa el cuestionario para poder validarlo.

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre cinco opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Indeciso

4= De acuerdo

5= Muy de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE LA ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretender medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas de este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestra similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
.....
.....

Identificación del experto

Nombre y apellido	Juan Hinojosa Vargas
Filiación (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico Interventista
Fecha de validación (día, mes, año)	18/04/24
Firma	 Dr. Juan Hinojosa Vargas MEDICINA INTERNA - ECOGRAFÍA C.M.P. 29653 - R.M.E. 23720

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional de Medicina Humana

AVENIDA DE LA CULTURA N° 733 TEL 252170

Cusco, 28 de MAYO de 2024

Oficio Nro.046 -2024- DEPMH-FMH-UNSAAC/

Señor

CARLOS ENRIQUE SUMIRE HUAMAN
ESTUDIANTES ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
PRESENTE. -

ASUNTO: AUTORIZA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO A ESTUDIANTES DEL 1ER AL 14AVO SEMESTRE DE LA CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a ustedes con la finalidad de expresar mi saludo como director de la Escuela Profesional de Medicina -UNSAAC y presentar al señor **CARLOS ENRIQUE SUMIRE HUAMAN** estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana, quien viene desarrollando el proyecto de tesis: **“CALIDAD DE SUEÑO Y NOMOFobia EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO,2024”**

Mediante expediente N° 642116 solicita a esta Dirección de Escuela autorización para la aplicación de instrumento para el desarrollo de su proyecto de su tesis, motivo por lo que agradeceré a ustedes se sirvan brindar las facilidades necesarias al Estd. **CARLOS ENRIQUE SUMIRE HUAMAN** para la aplicación de dicho instrumento; **cabe mencionar que dicha aplicación de instrumento, debe ser realizada previa autorización expresa de los señores estudiantes.**

Seguro de contar con su valioso apoyo, hago propicia la oportunidad para expresar más distinguidas consideraciones.

Atentamente



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

DR. OSCAR VALIENTE CASTILLO
DIRECTOR

c.c
archivo
EPMOVC/lmm