

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

---

Nomofobia asociada al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria  
en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

---

**Área de Investigación:**

Salud Mental

**Autor:**

Santa María Alegría, Claudia

**Jurado evaluador**

**Presidente:**

Sánchez Rivera, Hugo Martín

**Secretario:**

Portilla Velarde, Karla

**Vocal:**

Fernández Mejía, Rolly Arturo

**Asesor:**

Serrano García, Marco Orlando

**Código ORCID:** 0000-0001-5952-0535

**Trujillo – Perú**

**2023**

**Fecha de Sustentación:**

03-10-2023

# Nomofobia asociada al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

## INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

1%

2

[repositorio.upao.edu.pe](http://repositorio.upao.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Universidad Andina del Cusco

Trabajo del estudiante

1%

4

[repositorio.upt.edu.pe](http://repositorio.upt.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

5

[repositorio.unp.edu.pe](http://repositorio.unp.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

  
Dr. Marco O. Serrano García  
MÉDICO PSIQUIATRA  
CMP 45934 - RNE 30370

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

## Declaración de originalidad

Yo, Marco Orlando Serrano García, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “Nomofobia asociada al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego”, autor Claudia Santa María Alegría dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 4 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el jueves 12 de octubre de 2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 13 de octubre de 2023

ASESOR

Dr. Marco Orlando Serrano García

DNI: 40820497

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5952-0535>

AUTOR

Claudia Santa María Alegría

DNI: 73112666

Firma:

  
**Dr. Marco O. Serrano García**  
**MÉDICO PSIQUIATRA**  
**CMP 45934 - RNE 30370**

Firma:



## **DEDICATORIA**

A mis padres. Este logro es un testimonio del amor, la dedicación y el sacrificio que han invertido en mí a lo largo de los años. Su inquebrantable confianza y apoyo han sido la brújula que me ha guiado en este camino de conocimiento y crecimiento.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia, quienes desde el principio han sido mi roca y mi inspiración. Sus palabras de aliento y su constante confianza en mí me impulsaron a perseverar incluso en los momentos más desafiantes.

A mis amigos, quienes han estado a mi lado durante todas las etapas de esta travesía académica. Sus risas y apoyo moral han sido fundamentales en medio de largas horas de estudio. También un agradecimiento a mi novio, quien ha sido una fuente de aliento y motivación, mi refugio seguro que me ha motivado para superar los obstáculos habidos hasta este momento.

También deseo expresar mi profundo agradecimiento a mi asesor de tesis y a los docentes que han sido guías invaluableles en mi trayecto de investigación y aprendizaje. Su dedicación, conocimiento y orientación han sido fundamentales para mi crecimiento y éxito en este proyecto.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la nomofobia y sus grados con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (RTCA) en los estudiantes de medicina.

**Material y métodos:** Diseño analítico transversal en el que se difundió una encuesta virtual a 300 alumnos de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego del primer al duodécimo ciclo académico que cumplían con los criterios de selección. Para los resultados se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado de Pearson para determinar la posible relación entre las variables a estudiar.

**Resultados:** Del total de estudiantes analizados, el 100% presentó nomofobia. De ellos, la mayoría presentaba el grado moderado, siendo el 43%, mientras que el leve fue el 34,7% y el severo fue el 22,3%. También, del total de alumnos, el 12,3% presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, el cual estuvo relacionado con el grado de severidad de la nomofobia. El antecedente de familiar con TCA estuvo significativamente relacionado con la nomofobia y el RTCA ( $p$  de 0,01 y 0,006 respectivamente). Mientras que el sexo femenino estuvo relacionado con el RTCA ( $p < 0,001$ ). La prueba Chi Cuadrado reveló que existe relación significativa entre nomofobia y RTCA con un valor de  $p < 0,01$ .

**Conclusión:** Existe relación entre nomofobia y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de medicina.

**Palabras clave:** Nomofobia, Trastornos de la conducta alimentaria, estudiantes de medicina

## ABSTRACT

**Objective:** Determine if nomophobia is related to the risk of eating disorders in medical students.

**Materials and methods:** Cross-sectional analytical design in which a virtual survey was distributed to 300 medical students from Antenor Orrego Private University, ranging from the first to the twelfth academic semester, who met the selection criteria. Pearson's Chi-Square test was used for the results to determine the potential relationship between the variables under study.

**Results:** Out of the total number of students analyzed, 100% exhibited nomophobia. Among them, the majority presented a moderate degree, accounting for 43%, while mild accounted for 34.7%, and severe for 22.3%. Additionally, of the total students, 12.3% showed a risk of eating disorders, which was associated with the severity level of nomophobia. A family history of eating behavior disorders was significantly linked with both nomophobia and the risk of eating disorders (with p-values of 0.01 and 0.006, respectively). On the other hand, female gender was associated with the risk of eating behavior disorders ( $p < 0.001$ ). The Chi-Square test revealed a significant relationship between nomophobia and the risk of eating behavior disorders with a p-value of  $< 0.01$ .

**Conclusion:** Nomophobia is related to the risk of eating disorders in medical students.

## **PRESENTACIÓN**

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “Nomofobia asociada al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego”, un estudio tipo transversal, que tiene el objetivo de establecer si la posible relación entre la nomofobia y sus grados de severidad con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Con la intención de contribuir a la evidencia científica indispensable en ambiente universitario y brindar un mayor provecho y uso de las encuestas para determinar dichas patologías en el área de salud mental de la universidad.

Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano a evaluación del Jurado



## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>02</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>03</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>04</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>05</b>
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>08</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>II. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>46</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>47</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>47</b>
<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>55</b>

## I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la tecnología ha sido capaz de conseguir un innegable impacto en la vida de las personas por los múltiples beneficios que nos brinda, como facilitar la capacidad de comunicarse e intercambiar información, la accesibilidad casi infinita de contenido del gusto y ocasión que se requiera, la creación de espacios personales de información, almacenamiento de información, etc. Gracias a estas ventajas y al fácil uso que se tiene a muchos aparatos tecnológicos, la tecnología se ha convertido en un elemento esencial del desarrollo de la sociedad. (1,2)

El móvil o teléfono celular es un dispositivo que se inventó en los años 80 y se fue transformando hasta el invento de los “smartphones” o teléfonos móviles en el 2008. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2020, el 87.9% de peruanos hacía uso del internet mediante un teléfono móvil. Esta cifra aumentó en 4.9% en comparación con el año anterior a ese. Enfocándonos por grupo etario, el 96.9% de personas de edades entre 25 a 40 años usa el internet desde sus celulares, así como el 90.9% del grupo de edades entre 19-24 años. Dichas cifras demuestran el uso casi totalitario del móvil en adolescentes y adultos jóvenes. (3-6)

Los teléfonos móviles son una parte cada vez más fundamental de la vida de las personas; no obstante, el uso habitual de este causa hábitos y comportamientos constantes como el chequeo frecuente de los textos y de las redes sociales, que puede llegar a ser patológico si es que su uso no se maneja adecuadamente.(3,7)

El término “nomofobia” viene del inglés “no mobile phone phobia” y se refiere al miedo patológico de estar sin contacto con el móvil. Esta es considerada un desorden “nuevo” a raíz de los avances de la tecnología y de vivir en una sociedad que se desarrolla y depende de la virtualidad. Principalmente se desarrolla por el sentimiento de gratificación inmediata que los teléfonos móviles dan a su usuario, progresando a un trastorno ansioso, compulsivo y adictivo. Esta patología es muy frecuentemente encontrada en estudiantes, sobre todo en los del área de salud. (8–10)

Yildirim, C. et al desarrollaron una encuesta para calificar la presencia y gravedad de la nomofobia, denominada el cuestionario NMP-Q (Nomophobia Questionnaire), el cual consta de 20 preguntas (puntaje entre 20-140) que abarcan las principales características de esta nueva enfermedad. El estudio hecho en el 2015 contribuyó a la investigación en nomofobia y mostró la validez y confiabilidad de este nuevo cuestionario. Se incluyeron 20 preguntas que tratan acerca de las 4 dimensiones de la nomofobia encontradas en el estudio, las que vienen a ser las razones por las cuales los participantes con nomofobia manifestaron no sentirse cómodos al estar sin su teléfono móvil: incapacidad de acceder a información, renunciar a las facilidades que provee el celular, dificultades para mantener una comunicación persona a persona y la pérdida de conexión con el mundo virtual, sobre todo en redes sociales. (11–13)

Kubrusly M. et al desarrollaron un trabajo en Brasil en estudiantes universitarios de la carrera de medicina donde se concluyó que el 99.7% del total de alumnos tenía algún grado de nomofobia y el 64.5% tenía el grado moderado o severo. Por otro lado, en Ecuador, Luna Y et al. realizó un trabajo en los estudiantes de

la Universidad Católica de Cuenca, encontrando que, de 185 estudiantes, el 32.45% presentaba nomofobia. (14,15)

Los individuos que padecen nomofobia pueden llegar a presentar síndrome de abstinencia cuando estos no tienen el móvil a la mano, se ve alterada la calidad del sueño, la frecuencia cardiaca, apetito, presentan cefaleas, agresividad, bajo estado anímico, dificultad de concentración, etc. Neurológicamente, tienen un menor grado de conectividad entre la corteza orbitofrontal y el núcleo accumbens, así como menos materia gris en la región temporal inferior. (11,16,17)

Dependiendo de los grados de nomofobia los síntomas varían. En el grado leve, suele haber ansiedad ligera al no tener contacto con el móvil. En este caso, la ansiedad no es excesiva y el individuo puede lidiar con ella. Se muestra impaciencia al no tener el celular durante un período prolongado. El grado moderado experimenta ansiedad que ya interfiere con las tareas cotidianas del individuo, presentando algunos síntomas físicos ya mencionados como cefalea, taquicardia, etc sin llegar a ser de alta gravedad. El grado severo presenta síntomas marcados del síndrome de abstinencia, parecido al de alcohólicos, así mismo pueden presentar pérdida de la noción del espacio- tiempo con descuido de actividades diarias del trabajo y de las necesidades fisiológicas como la alimentación, el sueño, etc. (11,15,18)

Al ser un trastorno psiquiátrico de índole predominantemente obsesivo y adictivo, la nomofobia tiene numerosos trastornos asociados como son la ansiedad, trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos del estado de ánimo, alcoholismo, drogadicción y otros comportamientos adictivos. De igual modo, los trastornos de la personalidad de

tipo borderline, el antisocial y el trastorno evitativo también se han evidenciado tener una relación. (1,9,10,19,20)

Las características y patologías psiquiátricas asociadas de los individuos propensos a tener nomofobia se asemejan a las de los propensos a tener trastornos de la conducta alimentaria (TCA) esto las lleva a estar de algún modo relacionadas, lo cual no ha sido lo suficientemente estudiado. (21)

Los TCA son trastornos psiquiátricos graves caracterizados por la alteración de la conducta alimentaria en relación a una preocupación desmedida por, principalmente, el peso, la alimentación y la imagen corporal que conlleva a un cambio de comportamiento en relación a la alimentación causando una alteración en el consumo o absorción de alimentos causando por consiguiente un empeoramiento de la salud física y psicológica. En el 2017, en el mundo hubo 16 millones de personas con algún TCA y el número va aumentando con los años. En el Perú está registrado que un 3.4% de adolescentes tiene obsesión por la delgadez y hay un 1.6% de prevalencia de tener conductas restrictivas. (19,22)

Los desórdenes alimenticios, según el último Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de rumiación, pica, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, trastorno por atracones y otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos no especificados, de los cuales la población más vulnerable para tener cualquiera de ellos son los adultos jóvenes y adolescentes, en especial las mujeres, con una relación de 9:1 comparado con los hombres. (19,22)

Una de las razones principales de la predominancia de los TCA en mujeres es la muy frecuente representación superficial, irreal y profundamente editada del cuerpo de ellas en diferentes plataformas tecnológicas como las redes sociales, que son mayormente usadas a través de los celulares, lo que influye de una manera importante en cómo se ven a ellas mismas y sus modelos a seguir. El uso excesivo y desmedido de las redes sociales está sumamente ligado a la insatisfacción de la imagen corporal y a los TCA. (23–25)

Los TCA son patologías graves ya que aparte de sus repercusiones psicológicas tiene múltiples complicaciones orgánicas causadas por el estado de desnutrición severo. Estas son alteraciones cardiovasculares, renales, óseas, neurológicas, hormonales, gastrointestinales, etc. que pueden llevar a una complicación más grave como la muerte súbita. (25–27)

Existe una escala llamada en inglés Eating Attitudes Test (EAT 26), publicada en 1982 por Garner et al. en la revista “Psychological Medicine” la cual tiene una precisión y confiabilidad extraordinarias para la detección del riesgo de tener un TCA en el cribado de estas en tanto mujeres como hombres. Brinda la importante ventaja de poder dar un diagnóstico precoz confiable de manera rápida y a múltiples personas a la vez, en un ambiente no necesariamente clínico, para así ayudar a la prevención de los TCAs y dar un tratamiento precoz en poblaciones vulnerables como los estudiantes.(27–29)

King A. et al. (2017) realizaron un estudio en voluntarios que presentaban nomofobia entre la edad de 16-65 años en los que buscaron trastornos psiquiátricos asociados. El estudio mostró que el 1% de los individuos con nomofobia presentaron anorexia. Las otras patologías encontradas fueron agorafobia, depresión, fobia social, el trastorno de estrés post traumático y el

obsesivo compulsivo, las cuales están a la vez indiscutiblemente ligadas a los TCA. El RTCA con nomofobia también se vieron relacionados en el estudio de Wang et al. (2023) en una población China, donde se concluyó que la adicción a los teléfonos celulares está relacionada al riesgo de desórdenes alimenticios, encontrando que el 10,4% de estudiantes con dicha adicción tenía RTCA. (21,30)

### **1.1 Justificación:**

Este trabajo busca comprobar la asociación de la nomofobia y los TCA en estudiantes de medicina para proveer a la universidad de información clave para ayudar a los estudiantes en cuestión en el caso de una posible demostración de la relación de estas dos variables.

La buena salud mental es una parte clave en el desarrollo y desempeño estudiantil, sobre todo en una carrera demandante como lo es la medicina, por lo que unas medidas a tomar adecuadas a raíz de este estudio brindarán una ventaja y ayuda considerable en los alumnos.

La relevancia de este estudio radica en que, los estudiantes universitarios, al ser la gran mayoría usuarios de un teléfono móvil personal, pueden muy fácilmente ser propensos a tener una adicción a estos y desarrollar nomofobia, por lo que la detección de la nomofobia ya sea leve, moderada o severa será un dato que involucre a la mayoría de ellos. Asimismo, los TCA se suelen desarrollar en el rango de edad en el que la mayoría cursa durante la universidad. Tanto las fobias como los TCA tienen un inmenso efecto negativo en la calidad de vida de las personas que los padecen por lo que este estudio combina ambas variables relevantes en la vida de un universitario y busca su

relación para que en base a eso se pueda hacer programas, actividades o realizar diferentes enfoques en la preparación del personal docente y de salud y así poder prevenir que se den estos trastornos. (31,32)

A pesar del claro porqué de la relación entre nomofobia y los TCA, existen pocos estudios globalmente que profundicen el tema, mientras que en el Perú no existe ninguno. Por consiguiente, con esta tesis se podrá aportar a la estadística mundial y peruana, y poder mejorar en el ámbito de salud mental de los nuestra población.

### **1.3 Enunciado del problema:**

¿Está la nomofobia y sus grados de severidad está asociada al riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (RTCA)?

### **1.4 Objetivos:**

#### **Objetivo General:**

- Determinar si la nomofobia y sus grados de severidad están relacionados con el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

#### **Objetivos específicos:**

- Determinar la proporción de nomofobia en estudiantes de medicina de la UPAO.
- Categorizar a los alumnos con nomofobia según su gravedad.
- Determinar la proporción de estudiantes con riesgo de trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la UPAO.



- Comparar la proporción de estudiantes de la UPAO con riesgo de trastorno de la conducta alimentaria con nomofobia y la proporción de ellos sin nomofobia.
- Comparar la proporción de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria con los diferentes grados de nomofobia.
- Precisar la posible relación entre nomofobia y riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

#### 4. Hipótesis:

##### - Hipótesis Nula:

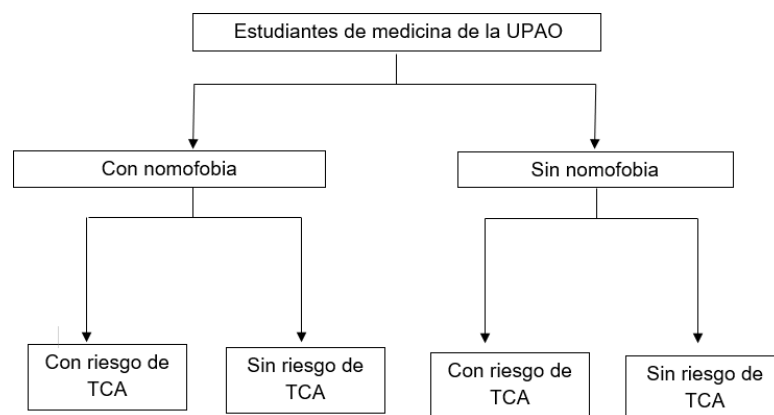
La nomofobia no está asociada al riesgo de trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la UPAO.

##### - Hipótesis Alterna:

La nomofobia está asociada al riesgo de trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la UPAO.

## II. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1 Diseño de estudio: Estudio analítico tipo transversal



## 2.2. Población, muestra y muestreo

**2.2.1 POBLACIÓN:** Estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego que cumplan con los criterios establecidos.

### 2.2.1.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

#### **Criterios de Inclusión:**

- Estudiantes que estén actualmente llevando la carrera de medicina humana en la Universidad Privada Antenor Orrego.
- Haber cumplido 18 años de edad.
- Haber aceptado voluntariamente participar en este estudio.
- Poseer un teléfono celular smartphone de uso personal.

#### **Criterios de exclusión:**

- Patología psiquiátrica diagnosticada previa al estudio y/o estar llevando un tratamiento psiquiátrico.
- Haberse negado a participar voluntariamente en el estudio.
- No poseer de un teléfono celular smartphone de uso personal.
- Haber respondido la encuesta de manera incompleta o erróneamente.

## 2.2.2 MUESTRA

**2.2.2.1 Tipo de Muestreo:** El muestreo usado fue probabilístico aleatorio con representatividad válida en base a los criterios de inclusión y exclusión.

**2.2.2.2 Unidad de análisis:** Estudiantes de medicina de la UPAO que cumplieron con los criterios de selección.

**2.2.2.3 Unidad de muestreo:** Encuesta virtual

**2.2.2.4 Tamaño de muestra:** (Machin D, 1997)

**Fórmula:**

- $n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 P (1- P)}{e}$ , es la población es infinita.

- $nF = \frac{Nn}{N+n}$ , si la población es finita.

Donde:

- P = Es la proporción esperada en la población
- e = Es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para la proporción.
- $z_{1-\alpha/2}$  = Coeficiente de confiabilidad al nivel de confianza del  $1-\alpha$  %
- N = tamaño de la población

**Se calcula con Epidat 4.2:** Tomando como referencia al artículo de Luna. Y

(15)

- P = 32.45% (Porcentaje de nomofobia en estudiantes)
- e = 0,05
- $z_{1-\alpha/2} = 1,96$  (Nivel de confianza del 95%)
- N = 2160 (Número estimado de alumnos de la UPAO matriculados en medicina del ciclo I hasta el duodécimo).

Datos:

Tamaño de la población: 2160, proporción esperada: 32,450%, nivel de confianza: 95,0%, Efecto de diseño: 1,0.

La muestra aleatoria simple fue de 292 alumnos de la UPAO matriculados en medicina del ciclo I hasta el duodécimo.

### 2.3 Definición operacional de variables

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Registro
Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria	Cualitativa	Nominal	Puntaje de escala EAT-26	Ausente Presente
Nomofobia	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de la escala NMP-Q	Ausente Leve Moderado Severo
<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>				
Grupo etario	Cualitativa	Nominal	18-29 años 30-59 años 60 a más	Adulto joven Adulto Adulto mayor
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Pregunta incluida en encuesta	Soltero/a Casado/a Divorciado/a

				Viudo/a Conviviente
Sexo	Cualitativa	Nominal	Pregunta incluida en encuesta	Hombre Mujer
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Pregunta incluida en encuesta	Rural Urbano
Ciclo de estudios	Cuantitativa	Discreta	Pregunta incluida en encuesta	I - XII
Antecedente familiar de trastorno de conducta alimentaria	Cualitativa	Nominal	Pregunta incluida en encuesta	Sí No
Trastorno psiquiátrico diagnosticado	Cualitativa	Nominal	Pregunta incluida en encuesta	Sí No

### 2.3.2 Riesgo de trastorno de conducta alimentaria:

Probabilidad de tener alguno de los TCA, ya sea anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, trastorno por atracones, pica u otro trastorno alimentario de la ingestión de alimentos especificado o no especificado.

- 2.3.3 Nomofobia:** Miedo patológico a estar sin contacto con el teléfono móvil.
- 2.3.4 Grupo etario:** Grupo etario al que pertenece el alumno adulto indicado por los años de vida cumplidos desde su fecha de nacimiento hasta el momento de la encuesta.
- 2.3.5 Estado Civil:** Estado civil que posee el alumno en el momento de la encuesta, pudiendo ser soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a o conviviente.
- 2.3.6 Sexo:** Sexo biológico definido por el fenotipo al nacer. Puede ser femenino o masculino.
- 2.3.7 Procedencia:** Procedencia del alumno según el ámbito geográfico, que puede ser rural o urbana.
- 2.3.8 Ciclo de estudios:** Ciclo de la carrera de medicina que se encuentra llevando el alumno al momento de responder la encuesta.
- 2.3.9 Antecedente familiar de trastorno de conducta alimentaria:** Presencia de un trastorno de la conducta alimentaria en familiares.
- 2.3.10 Patología psiquiátrica diagnosticada:** Presencia actual de alguna patología psiquiátrica diagnosticada por profesional de salud, tales como los trastornos de la personalidad, del estado de ánimo, psicóticos, etc.

## **2.4 Procedimientos y Técnicas**

- Se elaboró el proyecto de tesis, del cual su inscripción y registro fue aprobado por la facultad de medicina de la UPAO.
- Se obtuvo la autorización de recolección de datos por parte de la directora de

Escuela de Medicina, así como la resolución de bioética por parte del comité de bioética de la universidad.

- Se procedió a difundir la encuesta hecha en Google Forms vía redes sociales como WhatsApp y correo institucional, así como presencialmente. En dicha encuesta se encontraba la autorización para su participación voluntaria, información breve acerca del proyecto y posteriormente la ficha de recolección de datos con ambas encuestas (NMP-Q y EAT-26).
- Cada encuesta respondida fue almacenada en Microsoft Excel como base de datos hasta que se llegó al número de encuestas requeridas para la muestra homogenizada. Del total de 442 encuestas recolectadas, 44 se excluyeron siguiendo los criterios de exclusión, reduciéndolo a 398 encuestas respondidas de las cuales se eligió al azar las 25 encuestas por ciclo para la homogenización de la muestra. Llevando a tener 300 alumnos como muestra total.
- Al final de la recolección, la base de datos fue analizada en el software SPSS Statistics 26.
- Usando el score NMP-Q, se definió el número de alumnos que presentaron nomofobia y sus grados de severidad, de acuerdo al puntaje que obtuvieron, así como con la escala EAT-26, se obtuvo cuántos de esos estudiantes tuvieron RTCA y cuántos no, para así realizar el posterior análisis estadístico de datos y establecer las posibles relaciones entre ambas variables.
- Finalmente, se informaron los resultados obtenidos para su posterior discusión.

## **2.5 Plan de análisis de datos**

Las variables cuantitativas se representarán con medidas de tendencia central y de dispersión, todo según los datos obtenidos en el estudio. Para las variables cualitativas, la medida descriptiva de resumen serán las frecuencias y promedios. Para procesar la data se usará el software IBM SPSS Statistics 26.

### **2.5.1 Estadística Descriptiva:**

Las variables cualitativas serán presentadas en tablas simples y cruzadas. Se usarán frecuencias simples y porcentuales las cuales se representarán como forma visual en gráficos circulares o de barras según la conveniencia. En el caso de las variables cuantitativas, se usarán desviaciones estándar, medianas, medias y el rango intercuartílico si es que se requiere.

### **2.5.2 Estadística Analítica:**

La prueba Chi Cuadrado dirá las existentes relaciones de las variables cualitativas. En cuanto a las cuantitativas, se usará la prueba t Student y/o prueba de Mann-Whitney. Si es que el valor- $p \leq \alpha = 0.05$ , entonces se podrá decir que esta es significativa.

### **2.5.3 Estadígrafo**

Para determinar cuál es la relación entre nomofobia y RTCA se hará uso de la razón de prevalencias, calculándola con la división del número de alumnos expuestos que tuvieron RTCA con los alumnos no expuestos que lo tuvieron. Si es que el valor es mayor igual a 1, entonces se podrá decir que existe una relación.

## **2.6 Aspectos éticos**

Se tendrá la autorización del comité de la Universidad Privada Antenor Orrego.



Se respetará los principios establecidos del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y los de la declaración de Helsinki, teniendo en cuenta la confidencialidad de los participantes.

### III. RESULTADOS

Se realizó la elaboración de esta investigación titulada “Nomofobia asociada a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego”, un estudio analítico transversal conformado por 300 alumnos de medicina de la UPAO del ciclo I al XII.

Con la información recolectada vía encuesta virtual, se procedió a examinar dicha base de datos con el estadígrafo y el posterior análisis estadístico teniendo en consideración los objetivos planteados.

Primero, se calculó la proporción de nomofobia en los estudiantes según los puntajes de la escala NMP-Q, teniendo como resultado que el 100% de los estudiantes presentaron nomofobia. De este 100%, el 34,7% (n=104) presentó el grado leve, 43% (n=129) presentó el moderado y el 22,3% (n= 67) presentó el grado severo. (Tabla 1)

**TABLA 1:**

Porcentaje de nomofobia en estudiantes de medicina de la UPAO.

Nivel de Nomofobia	Frecuencia	%
Leve	104	34,7%
Moderado	129	43,0%

Severo	67	22,3%
Total	300	100,0%

**FIGURA 1:**

Porcentaje de nomofobia en estudiantes de medicina de la UPAO



En cuanto al RTCA, según los puntajes de la escala EAT-26, se observó que del 100% de estudiantes, el 12,3% presentó RTCA y el 87,7% no lo presentó, (Tabla 2)

**TABLA 2**

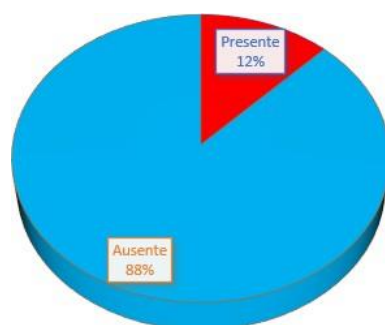
Porcentaje de personas con riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la UPAO.

Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria	Recuento	%
Presente	37	12,3%
Ausente	263	87,7%

Total	300	100,0%
-------	-----	--------

## FIGURA 2

Porcentaje de personas con riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la UPAO.



Del 34,7% de estudiantes con nivel de nomofobia leve, el 1,3% presenta riesgo de trastorno de conducta alimentaria; del 43% de estudiantes con nivel de nomofobia moderado, el 5% presenta riesgo de trastorno de conducta alimentaria y del 22,3% de estudiantes con nivel de nomofobia severo, el 6% presenta riesgo de trastorno de conducta alimentaria. (Tabla 3)

## TABLA 3

Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria según nivel de nomofobia en estudiantes de medicina de la UPAO

Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Nivel de Nomofobia					
	Leve		Moderado		Severo	
	Frecuencia	%	Recuento	%	Recuento	%
Presente	4	1,3%	15	5,0%	18	6,0%

Ausente	100	33,3%	114	38,0%	49	16,3%
Total	104	34,7%	129	43,0%	67	22,3%

$X^2$  de Pearson = 20,075  $p < 0,001$

Se observa que el porcentaje de RTCA es diferente en cada nivel de nomofobia, de estos resultados, la prueba chi-cuadrado de Pearson presenta un valor de  $p < 0,001$ , siendo este  $< 0,05$ , pudiendo afirmar que el RTCA está asociado o relacionado con el nivel de nomofobia. La presencia del RTCA se relaciona negativamente con el nivel leve de nomofobia, sin embargo, se relaciona positivamente con el nivel severo de nomofobia.

Dividiendo por cada ciclo universitario, IX y X ciclo tuvieron los porcentajes más altos de nomofobia grave, teniendo 40% y 36% respectivamente. Los ciclos que tuvieron menos estudiantes con nomofobia grave fueron III y VI ciclo con el 12% en ambos. El ciclo con mayor número de estudiantes con nomofobia leve fue el X con el 56%. Asimismo, los dos ciclos con el porcentaje mayor de RTCA fueron VII y IX, ambos con el 24%, seguido del XII ciclo con el 16%, mientras tanto, el ciclo que tuvo menos porcentaje de RTCA fue III ciclo con el 4%. (Tabla 4)

#### TABLA 4

Prevalencia de nomofobia y RTCA por ciclo de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

Ciclo				Nivel de Nomofobia			Total
				Leve	Moderado	Severo	
I ciclo	Riesgo de trastorno de conducta	Presente	Recuento	1	1	0	2
			% del total por ciclo	4%	4%	0%	8%

	alimentaria	Ausente	Recuento	8	10	5	23
			% del total por ciclo	32%	40%	20%	92%
	Total		Recuento	9	11	5	25
			% del total por ciclo	36%	44%	20%	100%
II ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	1	1	1	3
			% del total por ciclo	4%	4%	4%	12%
		Ausente	Recuento	6	13	3	22
			% del total por ciclo	24%	52%	12%	88%
	Total		Recuento	7	14	4	25
			% del total por ciclo	28%	56%	16%	100%
III ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	0	1	0	1
			% del total por ciclo	0%	4%	0%	4%
		Ausente	Recuento	4	17	3	24
			% del total por ciclo	16%	68%	12%	96%
	Total		Recuento	4	18	3	25
			% del total por ciclo	16%	72%	12%	100%
IV ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	0	3	0	3
			% del total por ciclo	0%	12%	0%	12%
		Ausente	Recuento	11	7	4	22
			% del total por ciclo	44%	28%	16%	88%
	Total		Recuento	11	10	4	25
			% del total por ciclo	44%	40%	16%	100%
V ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	0	1	2	3
			% del total por ciclo	0%	4%	8%	12%
		Ausente	Recuento	8	9	5	22
			% del total por ciclo	32%	36%	20%	88%
	Total		Recuento	8	10	7	25

			% del total por ciclo	32%	40%	28%	100%
VI ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	0	2	1	3
			% del total por ciclo	0%	8%	4%	12%
		Ausente	Recuento	11	9	2	22
			% del total por ciclo	44%	36%	8%	88%
	Total		Recuento	11	11	3	25
			% del total por ciclo	44%	44%	12%	100%
VII ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	1	2	3	6
			% del total por ciclo	4%	8%	12%	24%
		Ausente	Recuento	3	14	2	19
			% del total por ciclo	12%	56%	8%	76%
	Total		Recuento	4	16	5	25
			% del total por ciclo	16%	64%	20%	100%
VIII ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	0	0	2	2
			% del total por ciclo	0%	0%	8%	8%
		Ausente	Recuento	10	9	4	23
			% del total por ciclo	40%	36%	16%	92%
	Total		Recuento	10	9	6	25
			% del total por ciclo	40%	36%	24%	100%
IX ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	1	1	4	6
			% del total por ciclo	4%	4%	16%	24%
		Ausente	Recuento	7	6	6	19
			% del total por ciclo	28%	24%	24%	76%
	Total		Recuento	8	7	10	25
			% del total por ciclo	32%	28%	40%	100%
X ciclo	Riesgo de trastorno de conducta	Presente	Recuento	0	0	2	2
			% del total por ciclo	0%	0%	8%	8%

	alimentaria	Ausente	Recuento	14	2	7	23
			% del total por ciclo	56%	8%	28%	92%
	Total		Recuento	14	2	9	25
			% del total por ciclo	56%	8%	36%	100%
XI ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	0	2	0	2
			% del total por ciclo	0%	8%	0%	8%
		Ausente	Recuento	8	9	6	23
			% del total por ciclo	32%	36%	24%	92%
	Total		Recuento	8	11	6	25
			% del total por ciclo	32%	44%	24%	100%
XII ciclo	Riesgo de trastorno de conducta alimentaria	Presente	Recuento	0	1	3	4
			% del total por ciclo	0%	4%	12%	16%
		Ausente	Recuento	10	9	2	21
			% del total por ciclo	40%	36%	8%	84%
	Total		Recuento	10	10	5	25
			% del total por ciclo	40%	40%	20%	100%

De los estudiantes que conforman la muestra, casi la totalidad estuvo dentro de la categoría de adulto joven (18-29 años), siendo estos el 99.7%. Solo 1 persona respondió en la categoría de adulto (30-59 años) siendo el 0.3%. En cuanto al sexo, el 58,3% de estudiantes que respondieron la encuesta fueron mujeres, mientras que los hombres conformaron el 41,7%. En el estado civil, la gran mayoría fue soltero con un 99,3% y un 0,7% marcó la opción de conviviente. El lugar de procedencia que predominó en los estudiantes de la muestra fue el urbano, con un 81% (n=243), mientras que el 19% (n=57) fue de procedencia rural. Una de las variables importantes a considerar en este

estudio fue la del antecedente familiar con diagnóstico de TCA. En esta, un 14,7% marcó que sí tienen este antecedente, mientras que el 85,3% marcó que no lo tenían. (Tabla 5)

**TABLA 5:**

Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina de la UPAO.

Variables socioeconómicas		Frecuencia	%
Edad	18-29 años	299	99,7%
	30-59 años	1	0,3%
Sexo	Hombre	125	41,7%
	Mujer	175	58,3%
Estado civil	Conviviente	2	0,7%
	Soltero/a	298	99,3%
Lugar de procedencia	Rural	57	19,0%
	Urbano	243	81,0%
Antecedente familiar con diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria:	Sí	44	14,7%
	No	256	85,3%



Total	300	100,0%
-------	-----	--------

En la tabla 6 podemos observar el análisis entre las variables intervinientes con la nomofobia según cada grado de severidad. En esta, se encuentra que la única variable en obtener una relación significativa ( $p < 0,05$ ) es la del antecedente familiar con TCA, obteniendo como resultado un valor de  $p$  de 0.010. Las demás variables, edad, sexo, estado civil y lugar de procedencia no obtuvieron relación, teniendo un valor de  $p$  de 0.514, 0,255, 0,429 y 0,269 respectivamente. (Tabla 6)

### TABLA 6

Tabla cruzada de los grados de nomofobia y las variables intervinientes.

Variables intervinientes		Nivel de Nomofobia						p
		Leve		Moderado		Severo		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Edad	Entre 18-29 años	104	34,7%	128	42,7%	67	22,3%	0,514
	Entre 30-59 años	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	
Sexo	Hombre	50	16,7%	50	16,7%	25	8,3%	0,255
	Mujer	54	18,0%	79	26,3%	42	14,0%	
Estado civil	Conviviente	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%	0,429
	Soltero/a	103	34,3%	129	43,0%	66	22,0%	
Lugar de procedencia	Rural	25	8,3%	21	7,0%	11	3,7%	0,269
	Urbano	79	26,3%	108	36,0%	56	18,7%	
Antecedente familiar con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria:	Sí	9	3,0%	18	6,0%	17	5,7%	0,010
	No	95	31,7%	111	37,0%	50	16,7%	
Total		104	34,7%	129	43,0%	67	22,3%	

$X^2$  de Pearson,  $p < 0,05$  significativo

En la tabla 7 podemos observar las relaciones entre las variables intervinientes con la presencia de RTCA en los estudiantes de la muestra.

Se encontró que, de las variables anteriormente mencionadas, solo el sexo y el antecedente familiar con TCA tuvieron relaciones significativas con un  $p$  de

0,001 en la variable del sexo y de 0,006 en la de antecedente familiar con TCA.

Del total de estudiantes con RTCA, 31 son mujeres mientras que solo 6 son hombres, viéndose una clara mayoría en las mujeres, siendo 31 el 83% del total de estudiantes con RTCA. En cuanto al antecedente familiar de TCA, de 44 alumnos que marcaron que sí lo tenían, 11 presentaron a la vez RTCA, siendo el 25% del total de alumnos con el antecedente (Tabla 7)

**TABLA 7**

Tabla cruzada del RTCA y las variables intervinientes.

Variables intervinientes		Riesgo de trastorno de conducta alimentaria				p
		Presente		Ausente		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Edad	Entre 18-29 años	37	12,3%	262	87,3%	0,707
	Entre 30-59 años	0	0,0%	1	0,3%	
Sexo	Hombre	6	2,0%	119	39,7%	0,001
	Mujer	31	10,3%	144	48,0%	
Estado civil	Conviviente	0	0,0%	2	0,7%	0,595
	Soltero/a	37	12,3%	261	87,0%	
Lugar de procedencia	Rural	8	2,7%	49	16,3%	0,664
	Urbano	29	9,7%	214	71,3%	
Antecedente familiar con diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria:	Sí	11	3,7%	33	11,0%	0,006
	No	26	8,7%	230	76,7%	
Total		37	12,3%	263	87,7%	

\*El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

#### IV. DISCUSIÓN

En esta tesis se trabajó para determinar la posible relación entre la nomofobia y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los alumnos de medicina

de la Universidad Privada Antenor Orrego. Dicho estudio estuvo conformado por una muestra total de 300 estudiantes, la cual se dividió equitativamente en cada ciclo para realizar un estudio más completo donde se incluya las diferencias en cada uno de ellos. Los ciclos de estudios a considerar fueron todos los que representan a estudiantes universitarios, por lo que se dejó afuera a los ciclos XIII-XIV, que corresponden al año de internado médico, último año de la carrera donde los alumnos ponen a prueba sus conocimientos de manera meramente práctica en establecimientos de salud. Por lo dicho, los resultados que se obtuvieron son una muestra en representación del total de alumnos universitarios de medicina.

Este trabajo demostró que del 100% de estudiantes de medicina, la totalidad de ellos presentó algún grado de nomofobia y el que dominó fue el moderado, teniendo el 43% de estudiantes. El grado severo fue del 22,3%, que junto con el moderado suman el 65,3% de todos los estudiantes de medicina. Estos resultados son bastante similares al estudio hecho por Kubrusly M. et al. (2021) en Brasil donde encontraron que del 100% de los estudiantes de medicina que conformaron la muestra, el 99,7% presentó nomofobia y el grupo del grado moderado también fue el predominante, con el 52,7%. En ese estudio la suma de los grados moderado con severo, fue de 64,5%, parecido al 65,3% de este estudio. En otro trabajo hecho en India, Chethana et al. (2020) obtuvieron el mismo resultado que el presente, con el 100% de los alumnos de medicina estudiados con nomofobia. (14,33)

Entonces, se puede decir a raíz de estos resultados que todos los estudiantes de medicina de la UPAO tienen nomofobia y la mayoría de ellos tiene el grado moderado, lo que indica que en estos estudiantes es muy probable la presencia

de rasgos predominantemente obsesivos y adictivos característicos de la nomofobia que pueden adentrarse en otras patologías psiquiátricas asociadas, sobre todo con trastornos depresivos y de ansiedad, las cuales están directamente asociadas con nomofobia. Además de los síntomas ya descritos que pueden presentar las personas con nomofobia, estos estudiantes tienen mayor probabilidad de aislamiento y de tener pocas habilidades sociales, lo cual les puede perjudicar de gran manera en la carrera al nivel profesional, ya que las habilidades sociales son fundamentales en una carrera del área de salud, para mejorar la calidad del trato a paciente. (18,30)

Del total de alumnos, el 12,3% presentó RTCA. Este porcentaje de alumnos podría tener cualquiera de los 5 TCAs actualmente presentes en el DSM V según Garner et al. creadores de la encuesta EAT-26, aplicada en este estudio. Este resultado es muy similar al del estudio de Zila et al. (2022) donde, en un estudio transversal para investigar la relación entre RTCA y la mala relación familiar también via encuestas online, se encuentran una prevalencia de 12,5% de estudiantes de medicina con RTCA, estudiando una población proveniente de 22 universidades peruanas. (29,34)

Ponce et al. (2017) también encuentra, en estudiantes de medicina peruanos, una prevalencia de RTCA parecida con un valor del 10,1%, no obstante, su población fue solo de estudiantes del primer año de medicina de una sola universidad. Globalmente, la prevalencia también se acerca al resultado del estudio de Jahrami et al. (2017), revisión sistemática donde encontraron un 10,4% de prevalencia de TCAs en estudiantes de medicina en publicaciones de revistas de 9 países diferentes entre 1982 y 2017. (34–36)

Se debe considerar entonces, que la anorexia nervosa, bulimia nervosa,

trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, trastorno por atracones o la pica posiblemente estén presentes en el 12,3% de los alumnos de medicina, lo que puede interferir con su rendimiento académico desempeño, autoestima, y sobre todo estar asociado a otras enfermedades psiquiátricas. (35)

Los ciclos de la carrera con el mayor número de alumnos que presentan el grado severo de nomofobia fueron los V, IX y X ciclo, los cuales representan a alumnos pertenecientes a parte del tercer año y al quinto año de estudios. Este resultado se puede comparar con el de Copaja C. et al. (2022) donde realizaron un estudio en alumnos de medicina de todo el Perú y se evidencia que los alumnos de los primeros 3 años presentan los grados más graves de nomofobia, mientras que los últimos 3 años tienen los grados más leves. Asimismo, en India tenemos a Bartwal et al. (2020) quienes encontraron que en la población de los estudiantes de medicina de su país, los grados de nomofobia eran mayores en los primeros años de la carrera, así como con los estudiantes más jóvenes. (37)

El hecho de que los primeros años de estudio sean más asociados a nomofobia, aparte de los múltiples estresores nuevos encontrados en el nuevo ambiente universitario, es en gran parte porque en dichos ciclos se encuentran personas más jóvenes, y se ha visto que los jóvenes son los que tienen más tendencia a un alto consumo de redes sociales y una mejor familiaridad con la tecnología en general. También, al estar en un nuevo ambiente creando nuevas relaciones y tener más por estudiar, la necesidad de mantenerse en contacto con nuevos amigos y grupos estudiantiles así como la necesidad de acudir al móvil para la búsqueda de información al instante hace que los

nuevos universitarios se vean más propensos a tener una dependencia del móvil.  
(21,38)

Los años de estudios con el mayor número de RTCA fueron el 4to y 5to año. Dividiendo por ciclo, vemos que los ciclos VII, IX, son los que tuvieron mayor prevalencia.

Estos resultados coinciden parcialmente con los encontrados en el estudio de Zila J et al., donde encontraron que los años de estudios con mayor prevalencia de RTCA en estudiantes peruanos de medicina fueron el 1, 4 y 6. Posiblemente, este aumento del RTCA en estos años sea por la carga académica y el nuevo estilo de vida que se dan en el primer año, el comienzo de la parte hospitalaria de la carrera en el 4to año y el último año por ser el último año de estudios universitarios antes de empezar el internado médico y rendir el examen nacional de medicina en el sexto año. (34)

Jahrami et al. (2019) también señala que la población de alumnos de medicina más propensa a tener un TCA son los alumnos de los primeros años de estudio, ya que pasan por múltiples estresores nuevos como el cambio de ambiente, de relaciones, la nueva y más pesada carga académica que conlleva con estrés y los cambios en el estilo de vida y manejo del tiempo. (35)

El antecedente familiar de TCA fue la única variable que tuvo una relación significativa ( $p < 0,05$ ) con la nomofobia. Es posible que, al tener un familiar con una patología psiquiátrica de carácter obsesivo, las personas con nomofobia sean más propensas a desarrollar el grado severo de esta. La interacción entre el ambiente y la genética es un factor clave en la patología psiquiátrica. Ambos influyen en el desarrollo y manifestación de trastornos mentales. Las

relaciones familiares, la comunicación, el apoyo emocional y la estabilidad son elementos fundamentales en la promoción del bienestar psicológico. Un ambiente familiar saludable puede reducir el riesgo de trastornos mentales.

(26,39)

El sexo femenino es el sexo de predominancia en todos los grados de nomofobia mas no tuvo una relación significativa con dicha variable. Este hallazgo se compara con el de Copaja C. et al, en estudiantes de medicina peruanos, Goncalves S. et al, en población portuguesa y el de Luna Y. en población ecuatoriana, al no encontrar diferencia en cuanto al sexo en los estudiantes con nomofobia. No obstante, estos estudios difieren con una gran cantidad de otros en donde se evidencia que las mujeres son las más propensas a tener nomofobia o el grado severo de esta. Esto puede darse porque las mujeres tienden a tener una mayor red de relaciones interpersonales por lo que necesitarían de las redes sociales, mayor uso de aplicaciones de cuidado personal y compras en línea y las múltiples tareas y responsabilidades asignados que podrían tener por su sexo, que las lleva a estar más pendientes de su móvil. (2,7,10,12,15,38)

Se ha evidenciado que los niños y los adolescentes son los grupos etarios en los que se encuentran la mayor parte de personas con nomofobia, sobre todo las edades entre 14-18, en donde se evidencian más los síntomas de abstinencia. Al igual que la nomofobia, los adolescentes son el grupo etario más propenso a desarrollar los TCA. Al ser todos los sujetos de este estudio adultos mayores de 18 años, la edad se registró dividida en los grupos etarios de la adultez, como lo son los adultos jóvenes (18-29 años), adultos (30-59 años) y adultos mayores (mayores de 60). De estos, está determinado que el

grupo que posee mayor predisposición para la nomofobia y el RTCA es el de adultos jóvenes, por lo que, pertenecer a este grupo etario se considera un factor de riesgo para tanto nomofobia como TCA en los adultos. (7,40,41)

La gran mayoría de los alumnos que respondió la encuesta fueron adultos jóvenes y no se encontró una relación significativa con ninguna de estas variables para poderlo considerar un factor de riesgo en este estudio.

Analizando un estudio hecho por Ozdemir H. et al (2019), donde investigan del comportamiento de la nomofobia en universitarios turcos, se encontró que el grupo etario de adultos jóvenes tuvo la mayor parte de los individuos con nomofobia, no obstante, tampoco se encontró significancia estadística. Copaja et al (2022), también encontró que los del grupo etario de menor edad en los adultos eran los que presentaban más nomofobia, así como la severidad de esta. No obstante, en dicho estudio, la división de grupo etario fue de menores de 24 años y mayores de 24 años en el modelo ajustado. (1,38)

En cuanto al RTCA, Ward et al. (2019) encontraron que los adultos jóvenes tienen mayor riesgo de adoptar uno de los desórdenes alimenticios, con el 95% de las primeras apariciones ocurriendo antes de los 25 años. Otro estudio de Izydorczyk B et al. (2018), refiere que en los grupos etarios mayores de 30 años la tendencia de comportamientos típicos de los TCA disminuye significativamente comparado con el de los grupos de menores de 30 años, dejando claro que este grupo presenta mayor conocimiento de los estándares socioculturales propuestos de la apariencia personal, por lo que tienen menor deseo de un cuerpo más pequeño o de hacer dieta. A diferencia del presente estudio, este último fue hecho en una población de solo mujeres polacas.(42,43)



El lugar de procedencia no obtuvo relación significativa con ninguna de las variables estudiadas en esta tesis, en la que se preguntó a los alumnos si procedían de zona rural o urbana para así averiguar si es que el estatus socioeconómico y costumbre culturales que diferencia estas zonas podrían influir en la presencia de nomofobia o RTCA.

En nuestro país, existe una disparidad cultural y económica marcada entre las zonas urbanas vs rurales. Esto se debe a múltiples factores como la diferencia de la diferencia de oportunidades laborales, acceso a instituciones educativas de calidad, diferencia de inversión por parte del estado, etc. Haciendo que la población de zona urbana tenga un probable mayor nivel económico que de zona rural, por ende un mayor acceso a la tecnología, incluyendo los móviles. Copaja et al. (2022) realizaron un trabajo para investigar los factores asociados de la nomofobia en estudiantes de medicina con nomofobia en Perú. En este estudio la procedencia de Lima tenía una relación significativa con la presencia de nomofobia a diferencia de las otras ciudades que presentan una mayor población rural y menor avance tecnológico. (11,38)

La zona urbana al tener una mejor economía, tiene de por sí un mayor poder adquisitivo para la compra de celulares modernos, mayor disponibilidad de tiempo libre en casa, mayor demanda del uso del celular en el trabajo, el uso de redes sociales como marca de estatus social, etc. Lo que contribuye al desarrollo de la nomofobia. Uysal et al. (2016) encontró que, al comparar el la prevalencia y grado de nomofobia en términos de ingresos familiares, se observó que a mayor ingreso familiar, mayor fue la proporción de nomofobia en adultos turcos. (11,44)

La procedencia tampoco tuvo una asociación significativa en este estudio con

el RTCA. Este resultado se asemeja al de Ponce et al (2017), donde no se encuentra significancia estadística entre el lugar de procedencia y el RTCA. En dicho estudio transversal, se le realizó una encuesta a estudiantes universitarios de medicina peruanos para buscar los factores asociados al RTCA, en donde la encuesta incluye el lugar de procedencia como “provincia” y “ciudad de Lima”. Las diferencias planteadas anteriormente entre las zonas urbanas y rurales también tienen un rol importante en el desarrollo de los TCA, ya que se ha visto que la procedencia urbana, un mayor acceso a internet y redes sociales y mayor estatus económico son factores de riesgo de contraer un TCA. (24,36)

Referente al estado civil, la variable no tuvo relación significativa con nomofobia ni RTCA.

Con respecto a la nomofobia, se puede comparar con el trabajo de Ocampo (2022) donde no encontró relación significativa en la variable de estado civil con nomofobia en estudiantes de medicina peruanos de la ciudad de Pucallpa, del departamento de Ucayali. La relación de pareja es importante de tener en cuenta en este estudio, ya que, se ha visto demostrado que mientras mejor sea la relación entre familia, amigos y pareja, menor es la probabilidad de nomofobia, teniendo esta buena relación con su entorno personal como un factor protector para nomofobia. (45)

Aarhi et al. (2020) realizan una revisión sistemática para investigar el impacto de la nomofobia en la salud. Encontró que las personas más independientes son menos susceptibles a la nomofobia, mientras que las muy dependientes de otros y sometidas a las relaciones sociales y de pareja tenían un mayor riesgo de nomofobia, por lo que el estado civil también podría ser factor de riesgo si

es que se tiene una relación muy dependiente de pareja. (2,3)

Para el RTCA, Zila et al (2022) tampoco encontró una relación significativa en su estudio transversal multicéntrico hecho en una población peruana de estudiantes de medicina universitarios de 22 universidades, durante la pandemia de covid 19. En población de varones colombianos, Constaín et al. (2017) tampoco encontró relación significativa en la variable de estado civil con RTCA. Asimismo, en población de mujeres brasileñas, Nunes et al (2005) no encontró relación significativa al evaluar la diferencia de las mujeres con estadocivil de conviviente con las solteras. (28,34,46)

Tener pareja puede influir en la relación de una persona con la comida y, en algunos casos, puede contribuir al desarrollo de trastornos alimenticios. Sin embargo, es importante señalar que estas causas no aplican a todas las parejas ni a todas las situaciones. La presión social para mantenerse delgado al tener pareja puede en algunos casos ser mayor que al estar soltero, la comparación con la misma pareja, la influencia de los hábitos alimenticios y palabras del otro, junto con el estrés de la relación, pueden ser factores que contribuyan al desarrollo de TCAs. (47,48)

Momeñe et al. (2020) encontró que puntuaciones altas en los TCA estuvieron relacionadas con la dependencia emocional, la violencia psicológica y sexual experimentada de parte de la pareja. No obstante en una relación sana con respeto mutuo en el que hay apoyo emocional en una pareja estable, el tener pareja puede ser factor protector para los TCAs. Behar et al. (2005) encontró que de su muestra de mujeres universitarias chilenas con TCA, la totalidad de ellas era soltera.(47,48)

La variable de sexo y el antecedente familiar de RTCA son las únicas que tuvieron relación significativa con el RTCA. En cuanto al sexo, las mujeres conformaron el 83,7% del total de estudiantes con RTCA, este valor es más de 5 veces el valor del porcentaje de hombres, quienes conformaron solo el 16,3%. Estos resultados son parecidos a la mayoría de estudios donde se busca los factores asociados a RTCA. En la población de estudiantes de medicina peruanos del estudio de, Zila J. et al. (2020), se vio una diferencia significativa en cuanto al sexo, donde los hombres conformaron el 10% y las mujeres el 31,7% de los alumnos con RTCA. Igualmente, el trabajo de Lugo K. et al. (2020) encuentra relación en cuanto al sexo femenino en población adolescente mexicana. (34,49)

Analizando un estudio reciente de Asia en población China, Wang J. et al. (2023), se obtuvo un hallazgo de una relación significativa en el sexo femenino. Es de vital importancia reconocer que, aunque el RTCA sea evidentemente mayor en mujeres, se ha visto un incremento en la prevalencia en hombres. (21)

En los trabajos de Zila et al. (2020) y Constaín et al. (2017) también se encontró una relación significativa entre el RTCA y el antecedente familiar con TCA. Está evidenciado que imitar comportamientos relacionados con la pérdida de peso de familiares y amigos puede aumentar la probabilidad de desarrollar bulimia y episodios de ingesta excesiva seguidos de purgas. (34,50)

King A et al. (2017) encontró relación significativa entre la nomofobia y la anorexia específicamente, mientras que Jahrami H et al. (2019) la asociaron a la evitación de comidas principales del día y una alimentación de mala calidad, mas no a TCAs específicamente. (30,35)

El RTCA con nomofobia se vieron relacionados en el estudio de Wang et al. (2023) en población China se concluyó que la adicción a los teléfonos celulares está relacionada al riesgo de desórdenes alimenticios, encontrando que el 10,4% de estudiantes con dicha adicción tenía RTCA, no obstante, en dicho estudio se buscó la variable de adicción al móvil usando la escala Mobile Phone Addiction Index (MPAI), mas no nomofobia. (21)

El objetivo principal de este estudio era buscar la posible relación entre el RTCA con la nomofobia y sus grados de severidad. Se evidenció que hubo un aumento del porcentaje de RTCA a medida que aumenta el nivel de severidad de nomofobia, lo que obtuvo, según la prueba de chi cuadrado de Pearson, un valor de  $p < 0,001$  lo que significa que existe una relación significativa entre el RTCA con el nivel de nomofobia. Asimismo, la presencia de RTCA se relacionó negativamente con el nivel leve de nomofobia, sin embargo, se relaciona positivamente con el nivel severo de nomofobia.

Las consecuencias de la nomofobia son considerablemente negativas para estudiantes de medicina porque afecta seriamente el rendimiento académico, su nivel de energía, y disminuye la actualización constante de conocimientos de la carrera. En el ámbito profesional futuro de los estudiantes, también puede aumentar la ocurrencia de errores médicos. Los trastornos alimentarios están estrechamente vinculados a circunstancias sociales, culturales y psicológicas, las cuales se refuerzan en línea, cuando los estudiantes que tienen más probabilidades de sentirse inseguros y abrumados por diferentes expectativas y demandas hacen mal uso del smartphone. (11,18,23)

Aunque ya existen estudios hechos en estudiantes de medicina peruanos donde se investiga los factores asociados de nomofobia y RTCA, no existe un

estudio que involucre a estas dos juntas, siendo este el primero en estudiar esta relación.

Como la hipótesis alterna planteada en esta investigación es que la nomofobia está asociada al riesgo de trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina de la UPAO, se evidencia en los resultados que la respuesta es afirmativa.

Existen pocos estudios acerca de la nomofobia asociada al RTCA a nivel global. En el Perú no existe hasta la actualidad ningún estudio que evalúe estas dos variables y su relación, sobre todo hecho en estudiantes de medicina.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra en el enfoque transversal que se utilizó, el cual no permitió la identificación de relaciones causales entre nomofobia y RTCA. Asimismo, se debe tener en cuenta que la escala EAT-26 puede identificar el riesgo de posible TCA en población general pero no reemplaza una evaluación clínica por un psiquiatra.

## **V. CONCLUSIONES**

- La prevalencia de nomofobia de los estudiantes de medicina de UPAO es del 100%, con la mayor parte de alumnos con el grado moderado de esta.
- El 34,7% de alumnos presenta el grado leve de nomofobia, el 43% presenta el moderado y el 22,3% presenta el grado severo.
- La prevalencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los estudiantes de medicina de UPAO es de 12,3%.
- La proporción de alumnos con riesgo de trastornos de la conducta

alimentaria aumenta a medida que aumenta el grado de severidad de la nomofobia.

- El sexo femenino y el antecedente familiar de TCA tienen una relación significativa con el riesgo de TCA.
- El antecedente familiar de TCA tiene relación significativa con la nomofobia.
- La nomofobia está relacionada con el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de medicina de UPAO.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Las instituciones universitarias, a través de sus servicios de bienestar estudiantil, deberían llevar a cabo evaluaciones periódicas de la probabilidad de desarrollar un TCA o nomofobia y establecer programas de prevención y promoción de hábitos alimentarios adecuados, así como la relación adecuada con los teléfonos celulares y las consecuencias de la adicción a ellos.

Además, sería beneficioso implementar programas para fortalecer el conocimiento de la calidad del entorno familiar, ya que este está tras las puertas de la universidad y como se vio en este estudio, puede haber factores familiares que influyen en la salud mental de los estudiantes.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Özdemir H, Arslan H. Behavioral patterns of the modern age addiction: Nomophobia of future managers. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal ... [Internet]. 2019;4(August):183–91. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/pub/anemon/issue/48060/463593>

2. Gonçalves S, Dias P, Correia A. Nomophobia and lifestyle: Smartphone use and its relationship to psychopathologies. *Computers in Human Behavior Reports* [Internet]. 2020;2(June):100025. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100025>
3. Aarthi K, Prathap L, Jothi Priya A, Preetha S. Nomophobia and its impact on health and mind - A structured review. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*. 2020;7(1):334–41.
4. Lee S, Kim M, Mendoza JS, McDonough IM. Addicted to cellphones: exploring the psychometric properties between the nomophobia questionnaire and obsessiveness in college students. *Heliyon* [Internet]. 2018;4(11):2405–8840. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00895>
5. INEI. Aumenta población que accede a internet mediante teléfono celular. 2020.
6. Saussure C, Portilla F. El uso del smartphone como herramienta para la búsqueda de información en los estudiantes de pregrado de educación de una universidad de Lima Metropolitana. *Educación*. 2016;25(49):29–44.
7. Yılmaz T, Bekaroğlu E. Does interpersonal sensitivity and paranoid ideation predict nomophobia: an analysis with a young adult sample. *Current Psychology*. 2022;41(2):1026–32.
8. Wilksch SM, O'Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(1):96–106.
9. Wu R, Guo L, Rong H, Shi J, Li W, Zhu M, et al. The role of problematic



- smartphone uses and psychological distress in the relationship between sleep quality and disordered eating behaviors among chinese college students. *Front Psychiatry*. 2021;12(December):1–9.
10. León-Mejía A, Calvete E, Patino-Alonso C, Machimbarrena JM, González-Cabrera J. Nomophobia questionnaire (Nmp-q): Factorial structure and cut-off points for the spanish version. *Adicciones*. 2021;33(2):137–48.
  11. Luy Montejo C, Medina A, Garcés J, Eloy R, Escarcena T, Tolentino R. Nomofobia, adicción tecnológica en universitarios. *Revista Studium Veritatis*. 2020;18(24):43–69.
  12. Yildirim C, Correia AP. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Comput Human Behav [Internet]*. 2015;49:130–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059>
  13. Moreno A, Aznar I, Cáceres P, Rodríguez A. Do age, gender and poor diet influence the higher prevalence of nomophobia among young people? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10).
  14. Kubrusly M, Silva PG, Vidal G, Delano E, Santos P. Nomophobia among medical students and its association with depression, anxiety, stress and academic performance. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2021 [citado 7 de abril de 2022];45(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200493.ING>
  15. Luna Y. Nomofobia en estudiantes universitarios: estudio realizado en la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues. Universidad de Uzuay. [Cuenca]: Universidad del Azuay; 2018.

16. Chun JW, Choi J, Cho H, Choi MR, Ahn KJ, Choi JS, et al. Role of frontostriatal connectivity in adolescents with excessive smartphone use. *Front Psychiatry*. 2018;9(SEP):1–10.
17. Horvath J, Mundinger C, Schmitgen MM, Wolf ND, Sambataro F, Hirjak D, et al. Structural and functional correlates of smartphone addiction. *Addictive Behaviors [Internet]*. 2020;105:106334. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106334>
18. Tams S, Legoux R, Léger PM. Smartphone withdrawal creates stress: A moderated mediation model of nomophobia, social threat, and phone withdrawal context. *Comput Human Behav*. 2018;81:1–9.
19. Gómez C, Palma S, Miján A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consensus document about the nutritional evaluation and management of eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and others. *Nutr Hosp [Internet]*. 2018 [citado 7 de abril de 2022];35(2):489–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29756985/>
20. Loria V, Campos R, Valero M, Mories MT, Castro MJ, Matía MP, et al. Nutritional education protocol in the treatment of eating disorders in the clinical and care settings. *Nutr Hosp [Internet]*. 2021 [citado 7 de abril de 2022];38(4):857–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34126747/>
21. Wang J, Hao QH, Peng W, Tu Y, Zhang L, Zhu TM. Relationship between smartphone addiction and eating disorders and lifestyle among Chinese college students. *Front Public Health*. 2023;11.
22. Vázquez R, Aguilar XL, Ocampo MT, Mancilla-Díaz JM. El diagnóstico de

- los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 1 de julio de 2015;6(2):108–20.
23. Saul JS, Rodgers RF. Adolescent eating disorder risk and the online world. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2018;27(2):221–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.011>
24. Gaete V, López C. Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Rev Chil Pediatr*. 2020;91(5):784–93.
25. Castelao O, Blanco A, Meseguer C, Thuissard IJ, Cerdá B, Larrosa M. Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Enfermeria clinica (English Edition)* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 7 de abril de 2022];29(5):280–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29785941/>
26. Aliaga-Tinoco S, Cruzado L, Aliaga-Tinoco S, Cruzado L. Anorexia nervosa con desenlace fatal: a propósito de un caso. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 11 de abril de 2020 [citado 9 de abril de 2022];83(1):57–65. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972020000100057&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100057&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
27. Harrer M, Adam SH, Messner EM, Baumeister H, Cuijpers P, Bruffaerts R, et al. Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 1 de junio de 2020;53(6):813–33.
28. Constaín GA, Rodríguez-Gázquez M de los Á, Ramírez Jiménez GA, Gómez Vásquez GM, Mejía Cardona L, Cardona Vélez J. Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la

- evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 1 de abril de 2017;49(4):206–13.
29. Garner DM, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12(4):871–8.
  30. Spear King AL, Guedes E, Neto JP, Guimaraes F, Nardi AE. Nomophobia: clinical and demographic profile of social network excessive users. *J Addict Res Ther*. 2017;08(04):4–9.
  31. Cipatli N, Valle AD, David Covarrubias-Esquer J. Trastornos de la conducta alimentaria. Artículo de revisión. 2019;86(2):80–6.
  32. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Quaranta M, Koch SV, et al. Eating disorders, autoimmune, and autoinflammatory disease. *Pediatrics*. 1 de diciembre de 2017;140(6).
  33. Chethana K, Nelliyanil M, Anil M. Prevalence of nomophobia and its association with loneliness, self happiness and self esteem among undergraduate medical students of a medical college in coastal Karnataka. *Indian J Public Health Res Dev*. 2020;11(03):523–9.
  34. Zila J, Grados P, Regalado K, Luna C, Sierra G, Diaz M. Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed)*. 2020;5(January):19–21.
  35. Jahrami H, Sater M, Abdulla A, Faris MAI, AlAnsari A. Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-

- analysis. *Eating and Weight Disorders* [Internet]. 2019;24(3):397–410.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0516-z>
36. Ponce C, Espinoza IKT, Pérez ICS. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú Eating disorders in medical students of a Peruvian university. *Rev Cub Salud Publica*. 2017;43(3):552–63.
  37. Bartwal J, Nath B. Evaluation of nomophobia among medical students using smartphone in north India. *Med J Armed Forces India*. 1 de octubre de 2020;76(4):451–5.
  38. Copaja C, Jes C, Taype-rondan A. Nomophobia and Its Associated Factors in Peruvian Medical Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5006).
  39. Osorio L, Franco A. Behavioural and emotional symptoms of adolescents consulting a specialised eating disorders programme. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed)* [Internet]. 2021 [citado 7 de abril de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33962787/>
  40. Bragazzi NL, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychol Res Behav Manag*. 2014;7(4):155–60.
  41. Ministerio de Salud. Manual de implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI). Lima: Ministerio de Salud; 2021. p. 4–44.
  42. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, Austin SB, Long MW. Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations with Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort. *JAMA Netw Open*. 9 de octubre de 2019;2(10).

43. Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K. Sociocultural appearance standards and risk factors for eating disorders in adolescents and women of various ages. *Front Psychol.* 29 de marzo de 2018;9(MAR).
44. Uysal Ş, Doç Hamit Özen Y, Madenoğlu Salih Zeki Anadolu Lisesi Turkey C. Social Phobia in Higher Education: The Influence of Nomophobia on Social Phobia. Vol. 5, *THE GLOBAL eLEARNING JOURNAL.* 2016.
45. Ocampo B. Nomofobia en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali. [Ucayali]: Universidad Nacional de Ucayali; 2022.
46. Nunes MA, Camey S, Olinto MTA, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. Vol. 38, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 2005.
47. Behar RA, Inés Arriagada MS, Casanova DZ. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo Eating and affective disorders: A comparative study. Vol. 133, *Rev Méd Chile.* 2005.
48. Momeñe J, Estévez A, María Pérez-García A, Olave L, Iruarrizaga I. La dependencia emocional hacia la pareja agresora y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Vol. 28, *Behavioral Psychology / Psicología Conductual.* 2020.
49. Lugo K, Pineda G. Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología.* 13 de agosto de 2020;19(2):1–16.
50. Constaín GA, Rodríguez-Gázquez M de los Á, Ramírez Jiménez GA, Gómez Vásquez GM, Mejía Cardona L, Cardona Vélez J. Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la

evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. Aten Primaria [Internet].

2017;49(4):206–13. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>

## VIII. ANEXOS

### **ANEXO N°1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Declaro que he sido invitado/a a participar de esta investigación denominada “Nomofobia asociada a riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego”. Sé que las respuestas serán estrictamente confidenciales y que no se revelará mi identidad bajoninguna circunstancia. Asimismo, confirmo también que sé que mi participación es voluntaria y mi negación a participar es válida y aceptada.

Con lo dicho, acepto voluntariamente participar en este estudio:

Sí(    ) No (    )

## ANEXO N°2

### ESCALA DE RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

<b>Escala EAT-26</b>	nunca	raramente	a veces	a menudo	muy a menudo	siempre
----------------------	-------	-----------	---------	----------	--------------	---------

1	Me da mucho miedo pesar demasiado					
2	Procuro no comer cuando tengo hambre					
3	Me preocupo mucho por la comida					
4	A veces me he "atracado" de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer					
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños					
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como					
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas, etc.)					
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más					
9	Vomito después de comer					
10	Me siento muy culpable después de comer					
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado (a)					
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías					
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado (a)					
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo					
15	Tardo en comer más que las otras personas					
16	Procuro no comer alimentos con azúcar					
17	Como alimentos de régimen (dieta)					
18	Siento que los alimentos controlan mi vida					
19	Me controlo en las comidas					
20	Noto que los demás me presionan para que coma					
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida					
22	Me siento incómodo (a) después de comer dulces					
23	Me comprometo a hacer régimen (dietas)					
24	Me gusta sentir el estómago vacío					
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas					
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas					

**Test de Actitud Alimentaria "EAT-26"**



### ANEXO N°3

#### SCORE NMP-Q

**Instrucciones:** A continuación, te presentamos unas frases que te permitirán pensar acerca del uso de tu teléfono celular (smartphone). Deseamos que contestes a cada una de las siguientes preguntas con una X en la casilla que mejor represente la frecuencia con que actúas, de acuerdo con la siguiente escala:

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

	Muy en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me sentiría mal si no pudiera acceder en cualquier momento a la información a través de mi smartphone							

2. Me molestaría si no pudiera consultar información a través de mi smartphone cuando quisiera							
3. Me pondría nervioso/a si no pudiera acceder a las noticias (p. ej. sucesos, predicción meteorológica, etc.) a través de mi smartphone							
4. Me molestaría si no pudiera utilizar mi smartphone y/o sus aplicaciones cuando quisiera							
5. Me daría miedo si mi smartphone se quedase sin batería							
6. Me daría algo si estuviera a punto de quedarme sin saldo o de alcanzar mi límite de gasto mensual							
7. 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							
8. Si no pudiera utilizar mi smartphone, tendría miedo de quedarme tirado/a en alguna parte							
9. Si no pudiera consultar mi smartphone durante un rato, sentiría deseos de hacerlo							
10. Me inquietaría por no poder comunicarme al momento con mi familia y/o amigos							
11. Me preocuparía porque mi familia y/o amigos no podrían contactar conmigo							
12. Me pondría nervioso/a por no poder recibir mensajes de texto ni llamadas							

13. Estaría inquieto por no poder mantenerme en contacto con mi familia y/o amigos.							
14. Me pondría nervioso/a por no poder saber si alguien ha intentado contactar conmigo							
15. Me inquietaría por haber dejado de estar constantemente en contacto con mi familia y/o amigos							
16. Me pondría nervioso/a por estar desconectado/a de mi identidad virtual							
17. Me sentiría mal por no poder mantenerme al día de lo que ocurre en los medios de comunicación y redes sociales							
18. Me sentiría incómodo/a por no poder consultar las notificaciones sobre mis conexiones y redes virtuales							
19. Me agobiaría por no poder comprobar si tengo nuevos mensajes de correo electrónico							
20. Me sentiría raro/a porque no sabría qué hacer							

## ANEXO N°4

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### **Variables intervinientes:**

- Estado Civil: Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Viudo/a ( ) Divorciado/a ( )  
Conviviente ( )
- Edad en años: 18-29 ( ) 30-59 ( ) 60 años a más ( )
- Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )
- Procedencia: Rural ( ) Urbano ( )
- Ciclo: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI ( ) VII ( ) VIII ( ) IX ( ) X ( ) XI ( ) XII ( ) XII ( )
- Antecedente familiar de trastorno de conducta alimentaria: Sí ( ) No ( )

#### **Nomofobia (variable independiente):**

- Puntaje en el Score NMP-Q: \_\_\_\_\_
- Presencia de nomofobia: Sí ( ) No ( )
- Grado de nomofobia si es que está presente: Leve ( ) Moderado ( )  
Severo: ( )

#### **Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (variable dependiente):**

- Puntaje de la escala EAT 26: \_\_\_\_\_
- Presencia de RTCA: Sí ( ) No ( )