



Una Mirada Psicológica a la Relación Disautonomía y Estrés

Valentina Hincapié Rúa

Miguel Ángel Munera Calle

Nixon Andrés Mosquera Loaiza

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

octubre de 2021

Una Mirada Psicológica a la Relación Disautonomía y Estrés

Valentina Hincapié Rúa

Miguel Ángel Munera Calle

Nixon Andrés Mosquera Loaiza

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Zaira Sofia Romero Jaramillo

Psicóloga Magíster en Neuropsicología

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

octubre de 2021

Agradecimientos

Este proyecto no hubiese sido posible de realizar sin la disposición y apertura de las participantes, quienes padecen esta ignorada enfermedad y en gran medida deben por sí solas enfrentarse a los padecimientos de esta. Gracias a ellas, porque a pesar de su descontento con el sistema de salud tuvieron la solidaridad de ser parte de la construcción de un aporte a la comprensión de esta enfermedad. Un reconocimiento especial a Estanislao Zuleta, quien por medio de su escrito “Elogio a la dificultad” fue una fuente de motivación e inspiración para en los momentos de desesperación y desgano, continuar y no desistir y así lograr, gracias a los obstáculos hallados en el camino, construir un aporte al conocimiento de este padecimiento.

Extendemos nuestros más sinceros agradecimientos hacia el acompañamiento, orientación y, sobre todo, a la paciencia con la que nuestra apreciada profesora Zaira Romero asesoró este proyecto, su aporte fue determinante para la ejecución de cada una de las fases del estudio, por tanto, este proyecto no es sólo nuestro, sino una construcción colaborativa en la que todas las partes jugaron un papel elemental. Es así que, de manera particular, nos sentimos agradecidos con la calidez con la que nuestra consejera en normas APA Cristina Vanegas revisó a detalle la elaboración de todos los constructos APA de esta investigación y con el docente Emmanuel Giraldo y a sus críticas constructivas e invitaciones constantes a develar por medio de la investigación la inmensa responsabilidad de la comunidad científica en la falta de alternativas de atención para esta enfermedad, creemos que hemos logrado visibilizar un poco una problemática ante la cual el ámbito académico se ha hecho el de la vista gorda y el impulso que nos proporcionó este docente, fue un aporte demasiado valioso.

En un país como Colombia en donde el acceso a la educación superior es un privilegio y se desvanece cada vez más en la realidad la concepción de que la educación es un derecho, la labor social que hace la Fundación Hogares Claret juega un rol transformador, pues a través de las becas que ofrece

a chicos sin recursos para llevar a cabo un proceso formativo como este, lograr resignificar la vida de muchos jóvenes y ello merece gratitud absoluta. Es gracias a la familia claretiana que uno de los integrantes de este grupo pudo hacer realidad su sueño de estudiar esta maravillosa profesión. Al padre Gabriel Antonio Mejía Montoya y la Fundación Hogares Claret, nuestros más profundos agradecimientos.

Finalmente, es inaceptable pasar por alto a quienes fueron fuentes de motivación, consolación y desahogo, sin duda, su presencia fue un aliciente para no prescindir del significado de este proyecto; importantísimo y trascendental en la vida de cada uno de nosotros y que representa la culminación de un proceso formativo lleno de dedicación y entrega; nuestras familias y su compromiso permanente para con nosotros, reflejado a través de su paciencia, consagración y amor incondicional, los cuales aportaron a la determinación sin la que este proyecto no hubiese sido culminado, fueron pilares fundamentales en la iniciación de nuestra vida profesional. A ellas también, infinitos agradecimientos.

Contenido

Lista de tablas	8
Lista de anexos.....	10
Resumen	11
Abstract.....	12
Introducción.....	13
Una Afección del Sistema Nervioso Autónomo	15
1 Planteamiento del Problema	15
1.1 El Estrés y la Disautonomía	17
2 Antecedentes de Investigación.....	21
3 Justificación.....	24
4 Objetivo General	27
4.1 Objetivos Específicos.....	27
Un Síndrome Conocido como Disautonomía.....	28
5 Marco Teórico.....	28
5.1 Sistema Nervioso Autónomo (SNA)	28
5.1.1 Disautonomía	31
5.1.2 Signos y Síntomas.....	33
5.1.3 Estrés.....	42
6 Metodología.....	47
6.1 Tipo de Investigación	47
6.1.1 Diseño de Investigación	48
6.1.2 Muestra.....	48
6.2 Instrumento	50
6.2.1 Método Para el Análisis de los Datos	54
6.2.2 Consideraciones Éticas.....	54
7 Resultados.....	55

8	Discusión	89
9	Conclusiones	96
10	Discusión	99
11	Conclusiones	106
	Referencias.....	110
	Anexos.....	113

Lista de tablas

Tabla 1.....	38
Descripción de Síntomas Disautonómicos.....	38
Tabla 2.....	39
Algunos Tipos de Disautonomías.....	39
Tabla 3.....	53
Operacionalización de los instrumentos.....	53
Tabla 4.....	56
Clasificación de los Tipos de Disautonomía.....	56
Tabla 5.....	57
Información Sociodemográfica de la Edad de las Participantes.....	57
Tabla 6.....	58
Estado Civil de las Participantes.....	58
Tabla 7.....	58
Número de Hijos de las Participantes.....	58
Tabla 8.....	59
Estrato Socioeconómico de las Participantes.....	59
Tabla 9.....	59
Nivel Educativo de las Participantes.....	59
Tabla 10.....	60
Escala de Estrés.....	60
Tabla 11.....	61
Hábitos de Salud.....	61
Tabla 12.....	62
Conglomerado RAC.....	62
Tabla 13.....	62
Red de Apoyo Social.....	62
Tabla 14.....	63
Conducta Tipo A.....	63

Tabla 15.....	63
Fuerza Cognitiva.....	63
Tabla 16.....	64
Estilos de Afrontamiento: Subescala Valoración Positiva.....	64
Tabla 17.....	65
Estilo de Afrontamiento Subescala: Valoración Negativa.....	65
Tabla 18.....	66
Estilo de Afrontamiento Subescala: Minimización de la Amenaza.....	66
Tabla 19.....	66
Estilo de Afrontamiento Subescala: Concentración en el Problema	66
Tabla 20.....	67
Bienestar Psicológico	67
Tabla 21.....	67
Presencia (SI/NO) de los Síntomas Disautonómico	67
Tabla 22.....	70
Presencia de los síntomas disautonómicos bajo situaciones de estrés.....	70
Tabla 23.....	80
Tabla de Cruce de variables: Síntomas Disautonómicos Encuestados y Niveles de Estrés evaluados.....	80

Lista de anexos

Formato de Consentimiento Informado 113
Enlace de Encuesta Sociodemográfica..... 114
Enlace de Encuesta de Síntomas Disautonómicos Ante la Presencia del Estrés 114

Resumen

Palabras clave: Disautonomía, estrés, síntomas, síncope y perfil de estrés.

Este estudio analizó la relación entre el estrés y los síntomas del síndrome disautonómico. En el presente proyecto investigativo se calcularon los niveles de estrés en un grupo de 20 mujeres del departamento de Antioquia diagnosticadas Disautonomía y se verificó si los niveles hallados incrementan los síntomas de los diferentes cuadros disautonómicos. La muestra fue seleccionada a conveniencia basados en criterios de inclusión y de exclusión. Se implementó una metodología cuantitativa de tipo transversal y **diseño no experimental cuyo alcance es descriptivo**. Se aplicó el cuestionario *Perfil de estrés* desarrollado por Kenneth M. Nowack para calcular los niveles de estrés y una encuesta para medir la autopercepción del aumento de los síntomas debido al estrés. Los resultados indican que la muestra se encuentra bajo un nivel de estrés promedio. El 86.4% del total de los síntomas usados en la encuesta fueron señalados por la muestra como exacerbados por el estrés. La mayor frecuencia temporal con la que las participantes sienten un aumento de los síntomas es *ocasionalmente*. Se concluye que en general la muestra ante la presencia de estrés ha percibido aumento en la manifestación de los síntomas disautonómicos. Todos los niveles de estrés son desencadenantes del incremento en la percepción de los síntomas. En concordancia con lo propuesto en otras investigaciones empíricas y teóricas, se evidenció claramente que el estrés juega un papel determinante respecto al incremento de los síntomas de síndrome disautonómico y corrobora los postulados de que este produce respuestas fisiológicas y psicosomáticas.

Abstract

Keywords: Dysautonomia, Stress, Symptoms, Syncope and Stress Profile.

This study aims to analyze the relationship between stress and the symptoms of dysautonomic syndrome. In this research project, stress levels were calculated in a group of 20 women diagnosed with dysautonomia in the department of Antioquia and it was verified whether the levels found increase the symptoms of the different dysautonomic conditions.

The sample was selected at convenience based on inclusion and exclusion criteria. A cross-sectional quantitative methodology and non-experimental design with a descriptive scope was implemented. The stress profile questionnaire developed by Kenneth M. Nowack was applied to calculate stress levels and a survey to measure the self-perception of increased symptoms due to stress. The results indicate that the sample is under an average level of stress.

86.4% of the total symptoms used in the survey were reported by the sample as being exacerbated by stress. The highest temporal frequency with which the participants feel an increase in symptoms is occasionally. It is concluded that in general the sample in the presence of stress has perceived an increase in the manifestation of dysautonomic symptoms. All levels of stress are triggers of the increase in the perception of symptoms.

In agreement with what has been proposed in other empirical and theoretical investigations, it was clearly evidenced that stress plays a determining role in the increase of dysautonomic syndrome symptoms and corroborates the postulates that stress produces physiological and psychosomatic responses.

Introducción

La disautonomía es un síndrome que afecta el correcto funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), específicamente los subsistemas Simpático y Parasimpático (SNS-SNP). Su origen no está determinado y dentro de las variadas implicaciones que generan para las personas que la padecen una de las más relevantes es la afectación en la calidad de vida. Hay diferentes tipos de esta enfermedad y varias comparten sintomatología similar. Algunos de los síntomas generalizados en esta patología son fatiga, náuseas, mareos, sensación de debilidad, dolor de cabeza, desregulación de la temperatura corporal, insomnio, presíncope y síncope (pérdida de la conciencia). El proceso de diagnóstico no es claro, según lo refieren las personas que la padecen y la bibliografía, los profesionales de la salud no conocen las características de esta enfermedad y los síntomas confunden a los médicos pues se relacionan con otras enfermedades y esto prolonga el diagnóstico acertado de la disautonomía. No hay un tratamiento establecido para el síndrome disautonómico y tampoco se han desarrollado medicamentos específicos para quienes experimentan sus afectaciones orgánicas. El tratamiento se basa en recomendaciones que hace el médico al paciente respecto a la alimentación (aumentando de la ingesta de sal y agua) y la invitación a realizar o incrementar la actividad física. Se conoce poco sobre las características clínicas de la disautonomía porque poco se ha estudiado sobre ella, notándose más el vacío de conocimiento científico y evidencia empírica en América Latina. La escasa información que se encuentra sugiere que la disautonomía tiene comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y estos juegan un papel desencadenante, pues influyen en el incremento de la manifestación de los síntomas. Las principales afectaciones emocionales que produce la disautonomía según varios autores son depresión, estrés y ansiedad, siendo el estrés y la ansiedad más frecuentes. Desde su surgimiento, el estrés o la ansiedad precipitan la manifestación del síntoma, lo hacen más frecuente o más intenso Solís y García (2016).

Al no haber evidencia científica que corrobore dichas afirmaciones, esta investigación partirá de la hipótesis de que efectivamente, el estrés en este caso influye en el incremento de los síntomas del síndrome disautonómico y buscará corroborar o desmentir tal afirmación, no con resultados generalizables, pero sí acuñando un aporte a la mayor comprensión de la relación entre variables psicológicas y fisiológicas.

Una Afección del Sistema Nervioso Autónomo

1 Planteamiento del Problema

La Disautonomía es un trastorno disfuncional que afecta al Sistema Nervioso Autónomo (SNA) el cual es un conjunto de órganos interconectados neuronalmente que se encarga de dirigir las funciones involuntarias del organismo, está compuesto por el Sistema Simpático (SNS), responsable de la activación y estimulación de diversos órganos y el Sistema Parasimpático (SNP) que por su parte inhibe la actividad de algunos de los órganos del SNA, por consiguiente, ambos sistemas buscan mantener la homeostasis del organismo. El SNA realiza funciones vegetativas, las cuales no son controladas conscientemente por el individuo, sino que están automatizadas por el organismo, como los movimientos intestinales, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la sudoración, el tono muscular y el tubo digestivo.

Por su parte, Solís y García (2016) aclaran que:

El SNA se activa por centros situacionales de la médula espinal, el tallo cerebral y el hipotálamo, así como porciones de la corteza cerebral, especialmente de la corteza límbica, que puede transmitir impulsos a los centros inferiores y de esta manera influir en el control autónomo. Las señales autónomas eferentes se transmiten al cuerpo a través de dos subdivisiones principales, llamadas sistema nervioso simpático (SNS) y sistema nervioso parasimpático (SNP). (p. 2).

Partiendo de lo anterior, la disautonomía está compuesta por un amplio espectro de enfermedades: fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, vejiga irritable, intolerancia ortostática, síncope vasovagal, entre otros. Sin embargo, según García (2017) hay manifestaciones generalizadas a la disautonomía que pueden afectar la calidad de vida de las personas, ocasionando en los pacientes que lo padecen algunos de los siguientes síntomas: Mareos, síncope, fatiga, sudoración, visión borrosa,

trastornos del sueño, dolor torácico, nerviosismo, palpitaciones, sensación de falta de aire, sensación de hormigueo, y desórdenes emocionales, como trastornos de ansiedad, depresión, pánico y estrés.

A su vez, cuando una persona presenta disautonomía, puede encontrarse como factor común que se vea afectada su calidad de vida, incluso antes de conocer su enfermedad, así como lo expone Bravo (2012) más allá de los síntomas expuestos, el paciente se encuentra en un proceso largo y tedioso hasta llegar a ser identificado su padecimiento, debido a que existen varios subtipos de Disautonomía, los médicos pueden presentar complicaciones al momento de suministrar un diagnóstico acertado y suelen confundir esta enfermedad con otras por la carencia de estudios y evidencia científica frente al tema, hecho que puede retrasar su identificación. Como lo explica García (2012) afirmando que “es frecuente que estos enfermos no sean diagnosticados precozmente, sino después de un largo peregrinaje, visitando innumerables especialistas y efectuando un sinnúmero de exámenes, los que por lo general son negativos” (p. 155). Cuando finalmente la persona logra conocer su condición de manera correcta, continúa realizándose más exámenes, teniendo presente la variabilidad de la sintomatología hasta encontrar el tratamiento adecuado, y con base a las orientaciones dadas por el médico, el paciente debe adaptarse y aceptar su nuevo estilo de vida con la disautonomía presente, reconociendo que ésta hasta el momento no cuenta con una cura y su principal tratamiento es dirigido a que el paciente se adecue a los síntomas, los prevea y los reconozca.

Frente a esto Solís y García (2016) afirman que “al enseñarle al paciente el origen de sus síntomas se reafirma la naturaleza benigna y controlable de los mismos, al mismo tiempo que es indispensable que sea entrenado para reconocer el inicio de los episodios y saber actuar ante ellos” (p. 27).

1.1 El Estrés y la Disautonomía

Al observar al ser humano desde las esferas que lo componen, es posible notar que enfermedades como la Disautonomía, no solo trae para las personas repercusiones biológicas, a su vez, alteran y afectan el correcto funcionamiento psicológico, generando en algunos casos trastornos de estado de ánimo como depresión, ansiedad, problemas emocionales, dificultades en las relaciones interpersonales y en la mayoría de los casos estrés como resultado de las implicaciones clínicas y bio-psicosociales presentes en los sujetos diagnosticados con alguna disautonomía. Si bien no existe evidencia científica que permita establecer si los trastornos afectivos son a causa del trastorno disfuncional o si estos influyen en su origen, Solís y García (2016) afirman que “al hablar de trastornos afectivos que con mayor frecuencia se encuentran en la disfunción autonómica se mencionan el síndrome depresivo, el trastorno de ansiedad y ataques de pánico” (p. 19).

Por otra parte, una de las variables importantes dentro del cuadro disautonómico es el estrés, este ha sido definido de diversas maneras; como respuesta a demandas excesivas por parte del entorno, que producen desequilibrio interno en la persona, como producto de un estímulo, el cual precede a un evento que es considerado estresor para el individuo y lo lleva a enfrentarse a una tensión que a su vez lo obliga a adaptarse, y el estrés como producto de una valoración perceptiva de un acontecimiento que representa riesgo y genera respuestas cognitivas, fisiológicas, psicológicas y emocionales, y se ubica dentro de la teoría Transaccional del Estrés propuesta por Lazarus y Folkman en 1986.

Por consiguiente

El estrés es el producto de la evaluación o interpretación por parte del individuo de la situación potencialmente estresante, es decir, resultado de una valoración subjetiva.

Por tanto, podemos distinguir tres componentes principales: el acontecimiento

potencialmente estresante, una respuesta cognitiva que engloba la interpretación o valoración de la situación y de los recursos de los que se dispone, y finalmente una respuesta involuntaria fisiológica y psicológica (Lazarus y Folkman, 1986, como se citó en Boyero Lledó, 2017, p. 50).

De tal manera, las fuentes de estrés son variadas. Este se puede originar debido contextos sociales y aspectos individuales, producto del proceso valorativo que realiza una persona de los acontecimientos del entorno y por alteraciones en el correcto funcionamiento del organismo; ya sea por la presencia de dificultades o enfermedades presentes en la salud física y mental que produzcan estrés, por las implicaciones que pueda llegar a tener la enfermedad, o por los altos niveles de estrés experimentados por el sujeto a causa de factores ambientales que producen manifestaciones somáticas afectando el organismo.

Por su parte, Oken et al. (2015, como se citó en Ortega Ferreira, 2019) afirma que los estresores no sólo consisten en perturbaciones del exterior sino también en perturbaciones ambientales internas, como lo pueden ser problemas de salud que afecten al individuo. Es decir, el estrés y el estado de salud están estrechamente relacionados. Los seres humanos están permeados por aspectos bio-psico-sociales, por tanto, la salud física y mental están concatenadas ya que por lo general cuando una persona padece un malestar psíquico a su vez presenta manifestaciones somáticas relacionadas o producto de la alteración, de la misma forma ocurre cuando las personas experimentan enfermedades en su organismo lo cual puede generar alteraciones psicológicas. Por su parte Hernández et al. (2004) pone en evidencia una de las formas en que el organismo se ve influenciado por estímulos externos y/o ambientales de carácter psicológico que influyen en el bienestar físico, como lo es el caso del estrés cuya aparición pone en funcionamiento lo que el autor denomina **Interacción Neuroendocrinoinmunológica** que comunica al sistema neuroendocrino y al sistema inmune, los cuales, permiten al organismo mantener la homeostasis ante estímulos estresantes.

La relación entre el estrés y el organismo es sumamente estrecha, así como lo plantean Hernández et al. (2004)

El estrés es un proceso fisicoquímico o emocional inductor de una tensión, que favorece la liberación de: A) las citocinas proinflamatorias, B) la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y C) el cortisol, así como de un amplio grupo de neurotransmisores que inducen, en su conjunto, la aparición de alteraciones conductuales (p. 20).

Si bien hay continua interacción entre factores fisiológicos y psicológicos a su vez hay factores sociales implicados en el cuadro disautonómico. El estrés como variable juega un papel importante en esta enfermedad; por el éxodo del paciente para conocer lo que le sucede, por las características disfuncionales propias de la enfermedad en las tres esferas mencionadas y la ansiedad del paciente tras la expectativa de lo que ocurrirá después de su diagnóstico.

De tal manera, en el libro titulado *Un Síndrome Llamado Disautonomía* escrito por Solís y García (2016) se pone en evidencia que la sintomatología se agrava o se incrementa cuando hay presencia de estrés en el entorno del sujeto, como ocurre en el caso de la fibromialgia (FM), un tipo de disautonomía en la que la persona enferma experimenta intensos dolores en diversas zonas del cuerpo; el sistema nervioso simpático (SNS), en el caso de la FM se caracteriza por ser hiperactivo constantemente, pero hiporreactivo ante el estrés. Es decir, esta clase de disautonomía en particular tiende a tener un SNS muy activo y funcional, pero que, ante fuentes de estrés, disminuye notablemente la actividad simpática del sistema nervioso, generando una descompensación en el sujeto debido a la acción simpática sostenida.

Respecto a la FM y la **baja presión arterial** que comparten sintomatología similar y ambas hacen parte de la disautonomía, Solís y García (2016) afirman que “los síntomas pueden ser precipitados en ambos desórdenes por el ejercicio y el estrés” (p. 17). Caso similar ocurre en el Síndrome de Colon

Irritable (SCI) el cual es un trastorno disautonómico gastrointestinal que genera distensión abdominal, estreñimiento y diarrea cuyos síntomas se agravan cuando el enfermo presenta lapsos de estrés físico o emocional. La exacerbación del estrés en este caso incrementa el incorrecto funcionamiento del intestino delgado y tiende a normalizarse con sueño reparador (Solís y García, 2016). Frente a los trastornos anímicos presentes en la disautonomía el autor menciona que pareciera que, “el paciente se encuentra en un círculo vicioso en el cual los malestares físicos no ayudan al estado anímico, además de que el estrés exagera los malestares físicos” (Solís y García, 2016, p. 19).

Además, las enfermedades que conforman la disautonomía comparten sintomatología similar, algunas de ellas han sido más estudiadas y se tiene mayor evidencia científica sobre sus características y tratamiento, aun así, es escasa la información encontrada que dé cuenta de cómo el estrés influye en sus manifestaciones sintomatológicas, producto, como ya se mencionó, de lo austero del contenido investigativo recopilado hasta ahora.

Previamente a lo descrito se plantea como **hipótesis de investigación**: La presencia del estrés contribuye al incremento de los síntomas disautonómicos.

De acuerdo con lo mencionado, para este proyecto se plantea la siguiente **pregunta de investigación**.

¿Cuáles son los niveles de estrés y su relación con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas en el Departamento de Antioquia?

2 Antecedentes de Investigación

La disautonomía ha sido abordada principalmente por el área de la medicina, sin embargo, se han hallado pocas investigaciones desde el área de la psicología. A continuación, se describirán los hallazgos de investigación a nivel internacional y local:

El síndrome disautonómico, está compuesto por un variado grupo de enfermedades, una de ellas es la FM, siendo esta la más documentada científicamente. Esther Fernández llevó a cabo una investigación en el año (2018) titulada: *Perfil de Estrés en la Fibromialgia: una aproximación Biopsicosocial* con el objetivo de evaluar el estrés, distrés y actividad fisiológica, en un grupo de mujeres con FM comparándolas con un grupo de mujeres sanas, en dicha investigación se implementó una metodología de carácter cuantitativo con análisis de los resultados de manera comparativa, discriminativa, realizaron un cuestionario para analizar las variables sociodemográficas y se consideraron los parámetros de la Variabilidad de Frecuencia Cardíaca (VFC), evaluaron el funcionamiento del SNA, evaluaron el distrés emocional con la Escala de Ansiedad y Depresión HAD y utilizaron la Escala de Sucesos Vitales SRRS para medir el estrés social, de tal manera obtuvieron que las mujeres con FM presentan hiperactividad simpática, en comparación del grupo de mujeres sanas, no obstante, en ambos grupos obtuvieron rasgos similares en el funcionamiento hormonal y se expone que las mujeres con FM presentan frecuentes estresores relacionados con la enfermedad.

A través del estudio de la misma muestra poblacional, se encontraron los siguientes resultados en la investigación realizada por Ana Lledó y Esther Fernández (2018) nombrada: *El papel del apoyo social en la regulación fisiológica del estrés: El caso de la fibromialgia*. El objetivo de la investigación fue evaluar la estructura de la red de apoyo de un grupo de 55 mujeres diagnosticadas con fibromialgia bajo los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (ACR), haciendo uso de una metodología de investigación mixta de diseño transversal. Se midieron variables sociodemográficas, fisiológicas, distrés

emocional y estrés social, la primera por medio de un cuestionario diseñado para ello, la actividad fisiológica del SNA y el Sistema Hormonal (SH) se midió a través de parámetros de la VFC y se registró mediante la implementación de un Electrocardiograma (ECG), para la evaluación del distrés emocional implementaron la escalada de Ansiedad y Depresión (HAD) y para evaluar el estrés social utilizaron la escala de Sucesos Vitales (SRRS). Los resultados obtenidos fueron los elementos funcionales del tipo de apoyo y su satisfacción en las personas con FM, concluyendo que el apoyo principalmente es el informal (familiares) que a mayor apoyo social la persona con FM tiene mejores elementos para evaluar y afrontar las situaciones que experimenta, contribuyendo a respuestas positivas de afrontamiento.

Por otra parte, en la ciudad de Medellín, estudiantes de la carrera de Fisioterapia de la Universidad del CES, Agudelo et al. (2016) realizaron una investigación titulada *Caracterización De la Población con Disautonomía Residentes en la Ciudad de Medellín* con el objetivo de caracterizar a los pacientes con disautonomía, sus manifestaciones clínicas y las estrategias que implementaron para disminuirlas; A partir de una metodología observacional de diseño descriptivo y de corte transversal, no obstante, los resultados no fueron concluyentes; si bien la estructura del proyecto estaba planteada para ser una investigación propiamente dicha, con todos los elementos metodológicos necesarios para aspirar a un trabajo de grado con su validez científica; la investigación quedó concluida sólo en su primera fase sin que llegase a sus resultados, empero, la importancia de este estudio radica en el suministro de elementos teóricos y conceptuales que permiten la comprensión de la enfermedad desde una mirada psicosocial y desde el padecimiento de una población local, por ello, marca un precedente investigativo frente al estudio integral de la disautonomía en la ciudad de Medellín.

A partir de los antecedentes expuestos, cabe denotar de dónde se extrajo la información y qué otras fuentes se consultaron; fueron examinadas las bases de datos institucionales y de acceso público, como SCOPUS, Dialnet, Ebsco, Astor, Proquest, Scielo, OMS, UNESCO, Revista de la Asociación Americana de Psicología (APA), OPS, JSTOR, SAGE Publishing, PAHO, Google Académico, ScienceDirect,

Portal Regional de la BVS, eLibro, revista Jane, Repositorio (OPA) de la Universidad de Antioquía, Repositorio de la Biblioteca Universidad San Buenaventura, Repositorio de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Repositorio de la Universidad Minuto de Dios Uniminuto y Repositorio de la Universidad CES. Utilizando los términos, Disautonomía, Estrés, Neuropsicología, Psicología, Neurociencia, Alteraciones Mentales, Diagnóstico, Trastornos Disfuncionales, Sistema Nervioso Autónomo, en español e inglés, haciendo uso de los operadores booleanos (AND, OR, Y, & y las comillas). Los documentos encontrados fueron abordados, depurados y clasificados a partir de una revisión sistemática de Bitácora de Búsqueda.

Partiendo de lo anterior, fue posible evidenciar que existe un vacío teórico e investigativo considerable frente al tema, en especial desde el abordaje psicológico; las investigaciones nacionales al respecto son escasas, y en la búsqueda local fue posible encontrar una investigación realizada por estudiantes de la Universidad CES, desarrollada en el año 2016, titulada: *¿Abordaje psicológico en disautonomía? posibilidades de manejo multidisciplinar en el que se incluya a la psicología como perspectiva fundamental en el tratamiento*, investigación que no cuenta con acceso abierto.

En la búsqueda de documentos internacionales, nacionales y locales se encontró principalmente información desde el área de la medicina, limitando el síndrome a temas como: FM, Síncope Vasovagal, Presión Ortostática, Disfunciones Cardíacas, a la descripción sintomatológica, el proceso de diagnóstico y su tratamiento; que si bien están dadas dentro del padecimiento, reducen la disautonomía a sólo algunos aspectos de su amplia gama de posibilidades investigativas y a una mirada multidisciplinar, relegando el análisis de la alteración a otras disciplinas, como es el caso de la psicología, es por ello que, en la realización de la búsqueda de antecedentes desde la psicología, fue casi nula la información encontrada, y fueron pocos los antecedentes investigativos que abordan la enfermedad y resaltan la importancia de profundizar con mayor ahínco de manera multidisciplinaria en este cuadro patológico.

3 Justificación

La presente investigación se realiza con el propósito de identificar, describir y establecer los niveles de estrés en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en el Departamento de Antioquia, marcando con ello un precedente investigativo en la frente a la relación disautonomía-estrés, por lo tanto, esta investigación es de gran importancia en el ámbito científico, ya que como lo menciona, García y Ruiz (2019) “Pareciera que en la escalera del descubrimiento varios escalones fundamentales han sido olvidados” (p. 8) haciendo referencia a la escasa investigación actual sobre la disautonomía, donde se evidencia grandes vacíos en el conocimiento desde la psicología, por medio de la cual es necesario empezar a profundizar las características neuropsicológicas, psicosociales y clínicas de este padecimiento, cuyos hallazgos permitan la expansión de los saberes sobre la alteración, así mismo aportando a la elaboración de posibles tratamientos de intervención que ayuden al bienestar del paciente.

Partiendo de lo anterior, la psicología como ciencia social y humana tiene el objetivo de conocer, describir y explicar aquellos aspectos que hacen parte de la realidad biopsicosocial de las personas, para posteriormente elaborar herramientas prácticas aplicables en la atención y mejoramiento de su calidad de vida. Aunque el vacío del conocimiento es grande, no se puede permitir que la cientificidad de la psicología pase por alto los padecimientos de las personas que sufren con esta condición, por ello, es imperativo que los fines sociales y clínicos de la psicología se esmeren por conocer los factores psicológicos de la disautonomía.

Entre los fines sociales se resalta la importancia de esta investigación que va de lo micro a lo macro, pues no sólo es significativa para quien experimenta la enfermedad, sino para toda la sociedad en general; como son los profesionales en la salud, que encaran directamente las implicaciones del

síndrome, al momento de diagnosticar, de formular tratamientos y ayudar al paciente a conllevar la enfermedad; teniendo presente que estos procesos no apuntan a una cura, sino a una tolerancia de los síntomas, a su vez esto implica altos costos, antes de ser diagnosticados, muchas personas a lo largo de varios años pasan por múltiples tratamientos, hecho que aumenta los costos de las entidades administradoras de salud de cada país; no obstante, este sector no es el único afectado, también cabe mencionar que los empleadores deben tener flexibilidad con sus empleados diagnosticados con disautonomía ya que estos requieren de horarios adaptables y permisos constantes para asistir a citas médicas lo cual puede influir negativamente en el desempeño laboral del empleado.

De igual manera, se generan cambios en el sector educativo, donde se encuentran personas que estando diagnosticadas, buscan adaptarse a la exigencia académica, a las pocas horas de sueño y a las fluctuaciones propias que experimentan en el proceso educativo. Por otro lado, durante los procesos de formación en las instituciones de educación superior, el desarrollo investigativo es fundamental en las facultades de psicología; llevar a cabo esta práctica sobre asuntos poco tenidos en cuenta por los docentes, estudiantes, semilleros y centros de investigación, es crucial para la ampliación de la productividad científica de los centros educativos, fomentar la actividad investigativa basada en la exploración y el descubrimiento de nuevo conocimiento, aporta a la formación de profesionales cualificados para desempeñarse en diversidad de ámbitos interesados en dar respuesta a problemas poco atendidos y expandir la actividad psicológica y sus vertientes a áreas de la salud mental que hasta ahora han sido pasadas por alto, como es el caso de los factores psicológicos presentes en la disautonomía.

Cabe resaltar que los trastornos del estado de ánimo producto de problemas de salud, suelen presentarse de manera ineludible y la disautonomía no es la excepción; conocer cuáles son las dificultades anímicas que se pueden presentar, su variabilidad, su intensidad, sus efectos en la vida del paciente y en su proceso de tratamiento es tarea del carácter investigativo de la psicología, por ello,

introducirse en este campo poco estudiado hasta ahora permitirá conocer, describir y explicar las características psicológicas de la disautonomía desde una mirada clínica y posteriormente elaborar herramientas metodológicas y prácticas que aporten al mejoramiento de la atención integral de este síndrome. Los resultados respecto a los niveles de estrés en personas diagnosticadas con disautonomía aporta a la elaboración de una conceptualización precisa de la relación entre estrés y disautonomía, que permitan la posterior construcción de programas de tratamiento más eficaces, cuando del bienestar físico y psicológico de los pacientes se trata, dando apertura a futuras preguntas de investigación que busquen descubrir la etiología de la enfermedad, las implicaciones psicológicas que tiene sobre los síntomas, la relación con otras variables como pueden ser: el impacto y/o consecuencia de las emociones; la posible existencia del enlace entre alteraciones de la memoria y la disautonomía; la viabilidad de la conexión entre disautonomía y déficit atencional, entre otras relaciones que puedan llegar a surgir. Por lo tanto, los aportes e investigaciones realizados al respecto, si bien no llenan el vacío teórico, son necesarios para llegar a este fin y pueden ser los cimientos con los cuales desde la misma academia surjan diversos intereses y cuestionamientos sobre el tema y, con la atención necesaria desde el campo académico, puede inducir a su visibilización y la realización de futuros estudios, lo que es de gran importancia para una comprensión teórica, metodológica y práctica más sólida sobre la enfermedad.

Por consiguiente, se proponen los siguientes objetivos de investigación:

4 Objetivo General

Analizar los niveles de estrés y su relación con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en el Departamento de Antioquia.

4.1 Objetivos Específicos

Calcular los niveles de estrés en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en el Departamento de Antioquia y describirlos.

Describir las características sintomatológicas presentes en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en el Departamento de Antioquia.

Relacionar los niveles de estrés con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en el Departamento

Identificar los niveles de estrés y su relación con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en el Departamento de Antioquia, Colombia.

Un Síndrome Conocido como Disautonomía

5 Marco Teórico

5.1 Sistema Nervioso Autónomo (SNA)

El sistema nervioso autónomo (SNA) es la parte del sistema nervioso central que participa en las funciones vegetativas del organismo ya que no se encuentra sujeto a control voluntario o consciente. Navarro (2002) y Snell (2014) explican que la principal función del SNA es mantener la homeostasis dentro del organismo, conservar el correcto funcionamiento del sistema cardiaco, músculos lisos (paredes de los órganos huecos) y glándulas exocrinas como lo son las glándulas mamarias, salivales, sudoríparas entre otras, las cuáles se caracterizan por verter las sustancias que producen al exterior del cuerpo y, glándulas endocrinas como la tiroides, la hipófisis y el timo, entre otras, que segregan sustancias hormonales al interior de este. Otras funciones importantes que ejecuta este sistema son la regulación de la temperatura corporal, del proceso metabólico, la respiración y la reproducción.

De acuerdo con Willard (2003) el SNA se divide en los subsistemas Simpático (SNS) y Parasimpático (SNP), entre ambos existen diferencias anatómicas, bioquímicas y funcionales. Según Navarro (2002) el SNS se compone de neuronas preganglionares ubicadas en la columna intermedio-lateral (toracolumbar) que salen a través de las raíces anteriores de la médula espinal para efectuar sinapsis con otras neuronas ganglionares y generar fibras posganglionares las cuales transmiten estímulos nerviosos a los vasos sanguíneos, glándulas sudoríparas, y músculos en zonas cutáneas y musculares, así como estructuras craneales, nervios viscerales, cardiacos y pulmonares. El SNS produce respuestas de alarma ante situaciones de riesgo y genera variaciones en las funciones viscerales destinadas a proteger la integridad del organismo y garantizar la supervivencia a través de la dilatación pupilar, aumento de la actividad cardiaca, inhibición de las funciones digestivas, urinarias y genitales, entre otras. En el caso del SNP las neuronas preganglionares se ubican en el tronco encefálico y en la

columna lateral de la médula espinal sacra **craneosacral**, en esta zona las neuronas se distribuyen a través de nervios de pares craneales que con las fibras posganglionares transmiten estímulos nerviosos a las vísceras de la cabeza, el cuello, la cavidad torácica y la cavidad abdominal, y las posganglionares de la zona espinal transmiten estímulos nerviosos al colon descendente y los órganos urogenitales. Por su parte, las funciones del SNP están relacionadas con la conservación, llevando a cabo acciones como la constricción pupilar, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de la actividad digestiva, urinaria y genital. Los ganglios del SNS se hallan en la médula espinal y los del SNP se sitúan en, o dentro de las estructuras viscerales.

Felten y Shetty (2010) afirman que a través del trabajo en conjunto de estas divisiones autonómicas se da la regulación de la respiración, la función cardiovascular, la digestión y funciones endocrinas.

Willard (2003) explica que el SNA posee componentes del sistema nervioso central (SNC) y del sistema nervioso periférico, como el cerebro anterior límbico, hipotálamo, algunos núcleos del tronco encefálico, la columna intermediolateral de la médula espinal, numerosos ganglios y una red de fibras alrededor de todo el tejido corporal. Del mismo modo Solís y García (2016) menciona que las zonas que participan en el funcionamiento del SNA son la médula espinal, el tallo cerebral, el hipotálamo y algunas áreas de la corteza cerebral, especialmente del sistema límbico. Estas zonas pueden transmitir información al tren inferior del cuerpo y participar en el control autónomo.

De acuerdo con lo expuesto, el SNA lleva a cabo funciones vitales para el organismo, y fallas en su correcto funcionamiento pueden generar disfunciones o alteraciones de mayor o menor gravedad que afectan la vida de las personas. Acero et al. (2010) describe la relación entre la disfunción del SNA y la hipertensión arterial sistémica (HAS) mencionando que esta patología surge a causa de un desequilibrio entre el SNA y algunas enzimas proteicas.

Felten y Shetty (2010) mencionan algunos trastornos del SNA producidos por el incorrecto funcionamiento de este como sucede en el **fallo autonómico puro**, que genera en el sujeto deterioro de las neuronas posganglionares simpáticas e hipotensión ortostática neurogénica **síncope y mareos**, incapacidad para sudar, disfunción eréctil y disfunción en el tracto urinario. Por su parte, la **polineuropatía disautónoma** es un trastorno en el que muchos nervios simpáticos y parasimpáticos posganglionares del cuerpo están afectados por la falta de transmisión de impulsos nerviosos en ambos sistemas. Dicho desequilibrio genera hipotensión Ortostática, ausencia de respuestas de reflejos pupilares, estreñimiento y disfunción en la vejiga, así como sudoración excesiva. El caso de la *neuropatía diabética* se refiere a una disfunción en los nervios debido a los altos niveles de azúcar. Genera náuseas, vómitos, variaciones en la glucemia y puede generar pérdida de peso.

De la misma forma, García (2010) afirma que las alteraciones disfuncionales del SNA más comunes son neuropatía autonómica paraneoplásica, hipotensión ortostática idiopática y la enfermedad de parkinson, sin embargo, el autor explica que hay sintomatología generalizada a las disfunciones autónomas denominadas alteraciones viscerales, como lo son desequilibrios gastrointestinales, hipotensión postural, impotencia sexual, incontinencia urinaria, sudoración o aumento de la frecuencia cardíaca. Por su parte, García (2017) menciona que existe un conjunto de enfermedades cuya sintomatología es similar, con origen en el desequilibrio del adecuado funcionamiento del SNA y la amígdala cerebral llamadas Disautonomías. Específica que algunos de los síntomas que experimentan los pacientes que padecen alguna disautonomía son migraña, síndrome de colon irritable, discinesia vesicular (movimientos anormales e involuntarios de la vesícula), fibromialgia (dolor y fatiga corporal intensos generalizados), síndrome de fatiga crónica, vejiga irritable, el síndrome de prolapso de la válvula mitral, la intolerancia Ortostática, la taquicardia postural Ortostática y el síncope vasovagal.

5.1.1 *Disautonomía*

La disautonomía es un espectro de enfermedades que afecta a un gran número de personas en todo el mundo, por sus condiciones, síntomas y variabilidad, hace que sea más difícil su diagnóstico e incluso que la misma enfermedad pueda pasar inadvertida. Algunos autores como Castro et al. (2016) han descubierto que “La disautonomía es una alteración del Sistema Nervioso Autónomo, que regula automáticamente muchas funciones importantes del organismo como el pulso, la presión, la temperatura y la respiración” (p. 3). Aunque las alteraciones, patologías y síntomas en el SNA son diversas “En los individuos con “disautonomía”, el SNA pierde el equilibrio y el simpático o el parasimpático predominan anormalmente” (Ruelas et al., 2013-2014, p.19). Cabe resaltar que “Los seres humanos requieren de un sistema nervioso simpático intacto para tolerar ponerse de pie” (Ruelas et al., 2013-2014, p. 19).

Para poder determinar las fallas somáticas y/o psíquicas que dan paso a la enfermedad fueron necesarios muchos años de investigación, es por ello por lo que la disautonomía tiene un origen histórico, como explica Castro et al. (2016)

Ya desde el siglo XIX y a principios del siglo XX se comenzaban a ver ciertas afecciones que fueron descritas por el médico George Beard (1839-1883), cuyo cuadro clínico gira en torno a una fatiga física de origen «nervioso» y que comprende síntomas de los más diversos registros. (p. 5).

Continuando con la anterior línea de descubrimientos según Ruelas et al. (2013-2014) en 1871 durante la Guerra Civil de Estados Unidos, DaCosta describe una alteración funcional en el corazón a menudo familiar que nombró **corazón irritable** con síntomas atribuidos a un sistema nervioso debilitado, que aparecían después de un periodo febril, con relación a labores exhaustivas y representaban la enfermedad más común en militares. Aunque ha dejado de aparecer en la literatura

médica sigue vigente y es conocida por los psiquiatras como neurosis de ansiedad y por los cardiólogos y neurólogos como **disautonomía**.

No fue hasta después de varios años que se realizó otro gran descubrimiento según Ruelas et al. (2013-2014, como se citó en United Nations Program on HIV and AIDS [UNAIDS], 2013)

Wood en 1941 notó que el síndrome de DaCosta era más común en mujeres y lo consideró como un tipo de respuesta emocional reactiva en individuos con personalidades psicopáticas (...) Considera que el sistema cardiovascular puede ser profundamente influenciado por estados psicológicos o psiquiátricos por intermedio del sistema nervioso autónomo (SNA). (p. 16).

Por un tiempo se consideró que la disautonomía era un trastorno en la regulación autonómica de origen hereditario, no obstante, actualmente se utiliza más para referirse a un trastorno en el SNA o a una anormal regulación de la frecuencia cardíaca (Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [SCC], 2005). Sería posible mencionar múltiples autores que con mayor o menor relevancia han contribuido con sus teorías, hipótesis, experimentos, experiencias y prácticas a lo que hoy conocemos como disautonomía. Cabe resaltar que para la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, S.F) “La disautonomía pura es un trastorno lento y progresivo esporádico, de comienzo en la edad adulta, en el que se produce una acumulación de sinucleína en las neuronas autónomas periféricas. El resultado es hipotensión Ortostática y disfunción vesical y sexual” el mismo manual de clasificación explica diversos tipos de disautonomía como son: la disautonomía familiar, paroxísticas, autoinmune, provocada por sustancias, segmentada o focal, entre otras. Por lo cual es oportuno comprender que la “disautonomía” no tiene una sola causa, infecciones virales, exposición a tóxicos, estrés, o traumatismos pueden desencadenarla (Ruelas et al., 2013-2014).

Comprender la etiología de la enfermedad y la indicación de los manuales es solo una parte, de tal manera, entender los síntomas que se manifiestan producto de la alteración es de crucial importancia para el conocimiento de esta.

5.1.2 Signos y Síntomas

Hablar de los síntomas que experimentan las personas con alteraciones autonómicas suele ser complejo, debido a que la falla puede ocasionar una gran variedad de manifestaciones en distintos órganos, no obstante, algunos de los síntomas más característicos que experimentan las personas con la enfermedad, como lo expresa Castro et al. (2016) son

La base de este nuevo síndrome es una forma de neuropatía autonómica que afecta a las extremidades inferiores. Las estasis venosas que se produce al adoptar la posición de pie llevan a una disminución en el retorno venoso y un incremento consecutivo de las descargas simpáticas con un grado importante de taquicardia. (p. 4)

Los síntomas cardíacos suelen ser frecuentes en las personas con disautonomía, estas experimentan sensación de taquicardia, presión o dolor en el pecho e incluso una sensación de punzadas. A pesar de las múltiples afecciones somáticas, las personas con la alteración también viven una significativa reducción en su vida social, se les hace más difícil realizar actividades físicas, experimentan dificultades para hacer filas, permanecer mucho tiempo de pie en una reunión social, padecen una frecuente sensación de fatiga, intolerancia al frío y tendencia al presíncope y síncope. Muchas de estas causas son a su vez debido a que la enfermedad afecta la circulación de la sangre, motivo por el cual las personas se vuelven mucho más sedentarias con el fin de aliviar sus padecimientos, sin embargo, esta situación es un problema puesto que ante el más mínimo movimiento lo lleva al cansancio extremo, de tal manera, se restringen sus actividades cotidianas, hecho que puede conducir al enfermo a la pérdida del empleo, el divorcio, altercados familiares, entre otras situaciones (Castro et al., 2016).

Al analizar algunos de los síntomas presentes en la disautonomía es viable plantear que, por sus características pueda afectar la salud mental de las personas. Cabría pensarse que en los manuales diagnósticos de la psicología existiera un apartado que brindará información al profesional de la salud frente al tema, no obstante, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM V) el cual es un compendio en donde se clasifican las alteraciones psíquicas, se describen sus características, síntomas, manera de diagnosticar y estudiar, no se encuentra ninguna información respecto a la disautonomía.

Producto de la falta de información para un diagnóstico, análisis, comprensión e incluso intervención desde la psicología, Castro et al. (2016) en su investigación decidió a causa de la similitud de los síntomas, encuadrar la disautonomía dentro de los Trastorno de Ansiedad. En esta investigación se asemejan y explican síntomas como: Sacudidas del corazón, sensación de ahogo o falta de aliento, palpitaciones, temblores, sudoración, elevada frecuencia cardiaca, sensación de atragantarse, malestar torácico, náuseas, opresión en el pecho, molestias abdominales, mareo o desmayo, inestabilidad, desrealización **sensación de irrealidad**, despersonalización **sentirse ajeno a sí mismo**, miedo a volverse loco, sensación de pérdida del control, miedo a morir, sensación de entumecimiento u hormigueo, sofocación, escalofríos, evitar situaciones de encierro y sensación de agorafobia.

Es importante aclarar que muchos de los síntomas explicados son compartidos con otras enfermedades, por lo tanto, existen trastornos orgánicos que pueden generar disautonomía de manera secundaria hecho que dificulta su diagnóstico diferencial y posible tratamiento (Solís y García, 2016).

Es común escuchar la relación existente entre disautonomía y síncope por lo cual es necesario explicar a qué se refiere este último.

5.1.2.1 Síncope

La palabra síncope proviene del griego **synkóptein** que refiere “cortar o reducir” por tanto según la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2020) el síncope significa “Pérdida repentina del conocimiento y

de la sensibilidad, debido a la suspensión súbita y momentánea de la acción del corazón” como ya se ha descrito las personas con disautonomía con frecuencia experimentan el síncope o el presíncope, por ello, para la SCC (2005) el síncope en sí mismo no es una enfermedad, es una manifestación clínica que puede estar relacionada con una enfermedad cardíaca. Cuando el caso no es por una enfermedad cardíaca estructural el compromiso de la función del cuerpo que se ve afectada es la intolerancia ortostática (P.1).

El síncope es una manifestación que suele presentarse en adolescentes, adultos jóvenes, adultos en edad intermedia y adultos mayores. En la vida de las personas suele ser un evento repentino y dramático porque causa sentimientos como: incertidumbre, temor y ansiedad. Cuando se experimentan episodios repetidos de síncope, en periodos de tiempo corto, la calidad de vida de las personas se ve afectada, no solo por los síntomas, sino que a su vez aumenta el riesgo de traumatismo (SCC, 2005).

Con frecuencia se suele escuchar la palabra disautonomía acompañada de síncope, sin embargo, cabe aclarar que la disautonomía como ya se explicó anteriormente, es una falla en el correcto funcionamiento del SNA, mientras que, el síncope es un reflejo autonómico anormal dentro de un SNA que se encuentra sano. A las personas con síncope los médicos suelen recomendarles aumentar la ingesta de sal, agua y realizar estimulación fisiológica. En la actualidad para determinar que una persona tiene síncope al igual que en la detección de la disautonomía se usa la prueba de la mesa basculante, pues por medio de este procedimiento los médicos han podido diagnosticar y pronosticar acertadamente las alteraciones de orden autonómico, no obstante, la farmacología hasta el momento no es muy precisa para el tratamiento del síncope ni la disautonomía, por lo cual, se ve afectado el éxito de este en algunas intervenciones (SCC, 2005).

Algunos autores nombran **presíncope** a la sensación de desfallecimiento que ocasiona en las personas sensación de mareo, visión borrosa, giro de objetos a su alrededor, vértigo, pérdida del control sobre los movimientos, alteración del campo visual, sudoración, náuseas, hiperventilación, dificultad

para realizar movimientos oculares e incapacidad para mantenerse de pie, estas manifestaciones que son frecuentes en el inicio del síncope conducen a la persona a sentarse para evitar llegar a este (SCC, 2005), no obstante, la persona nunca llega a la pérdida completa de la conciencia, como sí ocurre en el síncope. Aunque el presíncope lo puede experimentar cualquier persona suele ser más frecuente en niños y adolescentes (Castro et al., 2016. p. 4).

Al observar el panorama de la disautonomía, su conexión con el síncope y la ausencia en la comprensión, producción científica, planes de intervención, programas psicoterapéuticos, tratamientos médicos, fármacos específicos para la enfermedad, cobra importancia el conocer a profundidad cada vez más la alteración, sus síntomas, tipologías actuales y tratamientos con la esperanza de que en un futuro esta gran brecha en el conocimiento se puede reducir. Por tanto, cabe explicar el método para el diagnóstico de la disautonomía.

5.1.2.1.1 Tilt Test o Mesa Basculante

La prueba de mesa basculante se introdujo como prueba diagnóstica para las personas que presentan síncope en 1986 por Kenny y Sutton. Actualmente es un procedimiento con un fin diagnóstico de un grupo de alteraciones autonómicas y permite esclarecer qué tipo de pacientes podrán evolucionar con mayor satisfacción (SSC, 2005).

La Mesa B es una prueba no invasiva que posibilita el estudio de los cambios en la presión arterial y la frecuencia cardíaca del paciente, por medio de someterlo a un ángulo de inclinación de entre 60° a 70°, la mesa debe ser electrónica y tener un soporte para los pies (SSC, 2005). El proceso de monitoreo debe ser continuo del ECG (Electrocardiograma) y la presión arterial (SCC, 2005). Este procedimiento es realizado con el objetivo de simular un síncope y/o las sensaciones que llevaron al paciente a consultar con el médico y así identificar la falla que lo desencadena. Esta prueba se divide en dos fases una pasiva la otra activa; en la pasiva se coloca al paciente en posición acostado y se observan síntomas como frecuencia cardíaca, presión arterial y algunas veces el flujo sanguíneo cerebral. En la

fase activa de la prueba se le administra un medicamento al paciente por vía oral con la función de retar al SNA de manera transitoria (Solís y García, 2016).

Algunas de las consideraciones que se deben tener en cuenta previo a la prueba es descartar en la persona alteraciones del corazón, después de realizar la prueba no se recomienda realizar otras en pacientes sin enfermedad cardiaca estructural. Durante cualquiera de sus dos fases la prueba se dará por finalizada si el paciente presenta un síncope, presíncope, si el paciente así lo solicita o si se ha terminado satisfactoriamente con la prueba sin producir ningún síntoma. El examen es considerado positivo cuando el médico contempla presíncope, fatiga, mareos, náuseas, palidez, sudoración y, síncope; si el paciente se desmaya. Cabe resaltar que esta prueba no es curativa debido a que su fin es diagnóstico (Solís y García, 2016).

Es importante tener claridad frente a algunos síntomas que hacen parte de las diferentes disautonomías y pueden ser difíciles de comprender, pero que son indispensables para dimensionar los efectos que tiene en el organismo.

A continuación, se exponen las descripciones de los síntomas que fueron expuestos para la construcción de la *Encuesta de Síntomas Disautonómicos ante la Presencia del Estrés*, que fueron abordados a partir de las descripciones de Porter et al. (2010) define los siguientes síntomas que serán descritos en la siguiente tabla de síntomas disautonómicos.

Tabla 1*Descripción de Síntomas Disautonómicos*

Síntomas	Descripciones Implementadas en la Encuesta
Fatiga	La "Fatiga" se caracteriza por ser una sensación que ocasiona en la persona un cansancio, agotamiento, debilidad, falta de fuerza y/o energía, acompañado de un inminente deseo de descanso.
Hiperventilación	La "Hiperventilación" ocurre cuando la respiración se hace más rápida/ acelerada y menos profunda, ocasionando que la persona experimente la sensación de falta de aire.
Cefalea	La "Cefalea" es la sensación de dolor en cualquier parte de la cabeza, que va desde un dolor agudo a un dolor leve.
Diaforesis	La diaforesis es una sudoración excesiva que se produce por causas que no están directamente relacionadas con la actividad física.
Lipotimia	"Lipotimia" es un tipo de desvanecimiento que no genera pérdida de la conciencia, se caracteriza porque la persona experimenta síntomas como los previamente descritos en el presíncope, es decir, la persona puede llegar a desfallecer (experimentar una pérdida de fuerza y de energía, hasta el punto de sentir que se puede desmayar) pero sigue siendo consciente de lo que sucede a su alrededor.
Bradycardia	La "Bradycardia" es una disminución en la frecuencia cardíaca (el corazón late más lento). Genera en la persona dolor en el pecho, dificultad para respirar y/o sensación de cansancio al realizar cualquier actividad física.
Parestesia	La "Parestesia" o sensación de hormigueo se puede experimentar en muchas partes del cuerpo, sin embargo, suele ser más frecuente en las extremidades (manos, brazos, piernas y pies) y se caracteriza porque la persona experimenta sensaciones como un cosquilleo o pinchazo.
Palpitaciones	La "palpitación" es la sensación de que el corazón se acelera, late fuerte, sufre arritmia o se aumentan los latidos cardíacos.
Poliuria	La "Poliuria" es el incremento anormal en la producción de orina.
Acrocianosis	La "Acrocianosis" es la coloración azul violácea persistente y simétrica de la piel, principalmente en manos y pies.
Gastroparesia	La "Gastroparesia" es un trastorno que retrasa o detiene el movimiento de los alimentos del estómago al intestino delgado sin que haya una obstrucción en el estómago o en los intestinos.

A partir de lo mencionado la disautonomía es un espectro de enfermedades, por tanto, se diseñó la siguiente tabla que contiene algunos de sus tipos; con su etiología, síntoma, diagnóstico y tratamiento.

Tabla 2

Algunos Tipos de Disautonomías

Trastornos Disfuncionales del Sistema Nervioso Autónomo (SNA)		
Tipo de Disautonomía	Caracterización	Descripción
Fibromialgia (FM)	Etiología	Como se plantea en Sharpe (2006, como se citó en Álvaro y Traver, 2010) menciona que la etiología de la fibromialgia es desconocida. En ella se encuentran factores ambientales, genéticos, biológicos, psicológicos y sociales que convergen en la manifestación de la enfermedad. Hay evidencia de alteraciones en los estadios II, III Y IV en el ciclo del sueño, produciéndose sueño no reparador, descenso en la liberación de serotonina, disminución de cortisol y disminución del flujo sanguíneo en diferentes capas cortezas cerebrales (Álvaro, T. y Traver, 2010).
	Síntomas	Los autores Álvaro y Traver (2010) afirman que las personas con esta enfermedad experimentan fatiga, dolor corporal crónico generalizado, intolerancia al ejercicio, sensación de hinchazón, hormigueo, frío y calor, cefalea tensional, migraña, sequedad de mucosas, llagas bucales (aftas), trastornos visuales, trastornos de la memoria, vértigo, mareos, falta concentración, ansiedad, crisis de angustia, depresión, entre otros síntomas.
	Diagnostico	Los criterios diagnósticos son: 1). Dolor generalizado por al menos tres meses e hipersensibilidad musculoesquelética ligamentaria y tendinosa. 2). Localización del dolor en al menos 11 o 18 zonas del cuerpo específicas o puntos gatillo (Álvaro y Traver, 2010).
	Tratamiento	Los tratamientos para atender la fibromialgia son medicamentosos. Entre los fármacos mayor administrados según Álvaro y Traver (2010) se encuentran la amitriptilina con fines antidepresivos y reguladores del sueño, la tetrazepam la recetan como relajante muscular y la pregabalina con el objetivo de mejorar el ritmo circadiano y disminuir la ansiedad.
Intolerancia Ortostática (IO)	Etiología	Es un mareo que se produce al ponerse de pie debido a un bajo volumen sanguíneo y una insuficiente compensación circulatoria neurológica produciendo síncope en algunos casos (García y Martínez, 2006).
	Síntomas	García y Martínez (2006) refieren que los síntomas predominantes en los pacientes con intolerancia Ortostática, con o sin síncope, son: fatiga constante, mareo intermitente (que puede o no estar asociado con los cambios de posición), sensación de pérdida de la estabilidad, pérdida de la orientación espacial, y es frecuente que se impacten contra objetos fijos al caminar. Es común, además, la existencia de parestesias, sobre todo en los miembros superiores.
	Diagnostico	García y Martínez (2006) refieren que se evalúa la frecuencia cardiaca con la maniobra Valsalva después de una inspiración profunda y la presión arterial en posición supino (acostado boca arriba) y de pie, sumado al uso de instrumentos para el análisis de variabilidad de la frecuencia cardiaca y la prueba de inclinación.

	Tratamiento	Solís y García (2016) refieren que el tratamiento está direccionado a la psicoeducación del paciente con el fin de disminuir la sintomatología y mejorar su calidad de vida, reduciendo la frecuencia e intensidad de los mareos y el síncope.
Tipo de Disautonomía	Caracterización	Descripción
Hipotensión Ortostática (HO)	Etiología	Disminución de la presión arterial sistólica media a 20 mmHg y diastólica a 10 mmHg (media del milímetro de mercurio) tres minutos posteriores de la persona ponerse pie, lo cual provoca presíncope y síncope (Vinyoles, 2013).
	Síntomas	Velasco (2005) mencionan que la HO produce impotencia sexual en el hombre, alteraciones en la micción, mareos, presíncope y síncope.
	Diagnostico	Para su diagnóstico se considera evaluar y determinar cualquier anamnesis estructurada y varias determinaciones de presión arterial en decúbito, supino y en bipedestación, siempre con el brazo apoyado, relajado, a la altura del corazón durante la prueba de mesa basculante (tilt test) y evaluación de la resistencia muscular (Vinyoles, 2013).
	Tratamiento	Los tratamientos recetados para esta patología son aumento de la ingesta de agua de 2 a 2.5 litros, uso de medias de soporte elástico, consumo reducido de carbohidratos y ejercicios para fortalecer piernas y músculos abdominales. Sumado a la psicoeducación del paciente para que este reconozca y reduzca los síntomas de la confusión, presíncope y síncope recibiendo información respecto a los factores que modifican la presión sanguínea (Velasco Caicedo, V. M. 2005).
Síndrome de Taquicardia Ortostática Postural (STOP)	Etiología	Se observa un aumento de la frecuencia cardiaca mayor a 30 latidos por minuto (lpm) en reposo y 120 lpm al ponerse de pie (Pérez Mejía, C. 2005). Velasco (2005) proponen que el origen del STOP es producto de una hiperactividad simpática del organismo y la liberación cardiaca aumentada de norepinefrina (p. 108).
	Síntomas	Ivarez López, R., Et al., (2009) dan cuenta de los síntomas relacionados con esta enfermedad: Mareos, intolerancia, al ejercicio, visión borrosa, molestias o dolor torácico, presíncope, síncope, ansiedad, rubor, fatiga (incluso incapacitante), cefalea, disnea, intolerancia al calor, sensación de frío, problemas cognitivos, poliuria, diarrea, retrasos del vaciamiento gástrico, temblores, visión de túnel, desórdenes del sueño, presión arterial alta, cansancio general, sudoración excesiva, náuseas, desequilibrio, sensibilidad al ruido y sensibilidad a la luz.
	Diagnostico	Según Pérez Mejía, C. (2005) el diagnostico se hace por medio de la prueba de la mesa basculante.
	Tratamiento	Solís Ayala, E. Y García Frade-Ruiz, L. (2016) refieren que el tratamiento está direccionado a la psicoeducación del paciente con el fin de disminuir la sintomatología y mejorar su calidad de vida, reduciendo la frecuencia e intensidad de los mareos y el síncope.
Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)	Etiología	Pérez Mejía, C. (2005) como un desorden del SNA que genera sensación de fatiga persistente severa, cansancio e inestabilidad postural. García Frade-Ruiz L.F. Y Martínez, A. P. (2006) y Arruti Bustillo, M. Et al., (2009) afirma que la causa del síndrome es desconocida.
	Síntomas	Los síntomas que produce son intolerancia Ortostática, fatiga incapacitante, mareo, disminución de la concentración, temblor y náuseas (García Frade-Ruiz L.F. Y Martínez, A. p. 2006).
	Diagnostico	Para Pérez Mejía, C. (2005) los síntomas deben persistir por más de seis meses y generar la reducción de por lo menos el 50% de la actividad física cuya causa no pueda psiquiátricos.

	Tratamiento	Mejorar la calidad de vida del paciente, realizando un programa de atención para cada sujeto buscando sensación de bienestar través de la reducción sintomática de la enfermedad y el aumento de la funcionalidad. Actividad física, psicoterapia cognitivo conductual y algunas opciones farmacológicas son el espectro de posibilidades para tratar esta patología (Arruti Busttillo et al. 2009).
Síndrome de Colon Irritable (SCI)	Etiología	Se define según Arce Gonzales, M. et al., (2015) porque la persona frecuente intenso dolor abdominal y alteración del hábito intestinal. Los síntomas no pueden ser explicados por causas orgánicas, metabólicas o infecciosas (Debón y Francés Aloy, 2019).
	Síntomas	Arce Gonzales et al. (2015) señalan que SCI produce dolor y molestias abdominales relacionadas con defecación. Se clasifican en SII donde predomina el estreñimiento SII-E la diarrea o SII-M mixto. El SII suele presentar trastornos gastrointestinales, y alteraciones en funcione digestivas y no digestivas (p. 84). Según García Frade-Ruiz y Martínez. (2006) el SCI tiene comorbilidad con alteraciones psiquiátricas, que incluyen depresión mayor, trastornos de pánico, fobia social, somatización y varios síntomas extraintestinales como cefalea, dolor lumbar, insomnio, fatiga, debilidad, rigidez, mareo y palpitaciones.
	Diagnostico	Manifestación del paciente de dolor abdominal durante al menos 12 semanas no necesariamente consecutivas durante los últimos 12 meses refiriendo dolor tras la defecación, percepción de cambio de los movimientos de los órganos intestinales o cambio en la forma de deposiciones que no pueden ser explicadas por alteraciones estructurales del organismo o bioquímicas García Frade-Ruiz y Martínez, 2006).
	Tratamiento	El tratamiento se basa en la administración de medicamentos para disminuir el dolor abdominal (Arce Gonzales et al. 2015. p. 87). Sumado a la implementación de consejos higiénico-dietéticos como la práctica de ejercicio aeróbico, suficiente y adecuada ingesta de líquidos, terapia psicológica y modificación del estilo de vida alimenticio.

Nota. La presente tabla se estableció y adapto a partir de las propuestas de diversos autores.

5.1.3 Estrés

Los postulados para el estrés son variados, así como sus enfoques. El presente estudio partirá del planteamiento teórico que Lazarus y Folkman hacen sobre el estrés. Partiendo de lo anterior se comprenderán los elementos que hacen parte del fenómeno psicológico y su relación con los problemas de salud, lo cual nos interesa para entender cómo se halla presente en las Disautonomías.

Los primeros afectados y quienes por sus afectaciones fueron de utilidad para identificar algunas de las características del estrés, fueron los soldados durante la segunda guerra mundial, debido a los constantes enfrentamientos sus vidas se hallaban en permanente riesgo, así como su bienestar físico y mental; su actuación fue fundamental para el desenlace de las contiendas, por lo cual, los países que participaron directa o indirectamente en la guerra hallaron en su infantería un alto porcentaje de probabilidades de que el estrés se gestara en sus filas. Epistemológicamente hablando Lazarus (2000) afirma que las primeras inquietudes profesionales respecto al estrés surgieron en Estados Unidos a partir de la primera y segunda guerra mundial, lo cual fue fundamental para la aparición del concepto de estrés.

En cuanto a la terminología de estrés, Lazarus (2000) manifiesta que su ideación se da incluso antes de la lucha por adaptarse a la vida, donde su importancia había sido reconocida desde otras terminologías como lo eran conflicto, frustración, trauma, anomia, alienación, ansiedad, depresión y angustia emocional, todos estos términos empleados con el fin de expresar lo que hoy conocemos por estrés, que a su vez reflejan el malestar para adaptarse a condiciones vitales que se vuelven complejas.

Así, la palabra estrés se mencionó por primera vez en un sentido no técnico en el siglo XIV, con el fin de expresar dificultades, luchas, adversidad o aflicción Lumnsden (1981, como se citó en Lazarus, 2000) además de ello a finales del siglo XVII Robert Hooke, físico y biólogo, contribuyó formulando un análisis de ingeniería sobre el estrés ejemplificándolo de modo práctico en un puente, el cual está diseñado para resistir cargas pesadas, golpes de viento, temblores de tierra y otras fuerzas naturales

que pueden destruirlo, de donde se extraen tres conceptos básicos, a saber; **carga , estrés y tensión**, según Hooke, carga se refiere a las fuerzas externas como el peso, el estrés es el área de la estructura sobre la cual se aplica la carga y la tensión es la deformación de la estructura producida por la conjunción de la carga y el estrés. Este modelo físico explicativo fue muy influyente en la elaboración de los modelos de estrés en psicología del siglo XX que profundizaron en la idea de la carga como fuerza externa ejercida por el sistema social, filosófico o psicológico. Estos modelos adoptaron la noción de estrés de la ingeniería al funcionamiento biopsicosocial de las personas, por tanto, se conservaron los conceptos de estrés y tensión.

Desde allí, el término estrés se ha venido convirtiendo en una palabra cada vez de uso más cotidiano y como lo menciona Lazarus (2000) creando un interés que se extiende a diversos profesionales clínicos, que aplicando el conocimiento científico se enfocan en ayudar a reducir la angustia emocional, la disfunción, las enfermedades físicas y los malestares sociales originados por el estrés, generando abundantes investigaciones y teorías, así como formas de prevención e intervención, dada su relevancia en la salud mental y física de las personas que a vez puede afectar la esfera social.

Para el abordaje del estrés una de las teorías propuestas más importantes es la de Lazarus (2000). En ella manifiesta que el estrés se origina bajo la complejidad de las diferencias individuales, condiciones del entorno que posee cada individuo y la particular relación entre la persona y el medio. Los contextos en los cuales se produce el estrés son variados y generalizados a todas las esferas en las que se desenvuelve el ser humano como la escuela, el trabajo, el hogar y espacios donde las personas trabajen en equipo o se relacionen estrechamente.

Por otra parte, Vega et al. (2007) han encontrado que el estrés no es exclusivo de los adultos, los niños también pueden experimentarlo. Sin embargo, las situaciones que lo desencadenan son diferentes en cada grupo, aun así, aunque las situaciones desencadenantes sean solo por un juego, lo que puede

ser un factor común en los niños o por un asunto laboral como puede ser en los adultos, el nivel de estrés más alto podría estar en cualquiera de las dos situaciones.

Después de estar dado el desencadenante y darse una respuesta de estrés, se hace necesario encontrar estrategias de afrontamiento que pueden ser variadas y funcionales, dependiendo de la situación y la subjetividad del individuo según Vega et al. (2007) dentro de estas estrategias se halla la búsqueda de apoyo social, que ayuda a resolver de manera significativa la situación estresante y aumenta el bienestar psicológico, lo cual disminuye la probabilidad de presentar problemas de salud.

Por otra parte, para Lazarus (2000) las emociones están fuertemente relacionadas con el estrés y no pueden entenderse ni estudiarse ambos conceptos de manera aislada; la presencia de situaciones estresantes no sólo produce respuestas fisiológicas, psicológicas y cognitivas sino también emocionales, algunas denominadas por el autor **emociones estresantes** como la vergüenza, la culpa o el temor, porque se originan a partir de situaciones que representan un reto mayor para aquellos que las perciben y pueden ser catalogadas como amenazantes o perjudiciales. De este modo, las emociones al igual que el estrés tienen lugar en el organismo y en el contexto social de las personas. Son producidas por estímulos externos (sociales) e internos (orgánicos). Según Gonzales y Hernández (2008) un individuo al percibir algún grado de estrés produce respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas o síntomas psicósomáticos como dolor en la espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, sensación de falta de aire, estreñimiento o indigestión.

Así, desde una respuesta fisiológica, el cortisol según Hernández Trejo (2008) es una sustancia hormonal segregada por la glándula suprarrenal ante cualquier tipo de estrés físico o mental, algunas de sus principales fuentes de liberación son enfermedades debilitantes, traumatismo casi de cualquier tipo, infección, calor o frío intenso. Para Hernández et al. (2004) un lapso de estrés físico y psicológico prolongado se vuelve nocivo y genera alteraciones perturbables. El SNA no es el único encargado de mantener la homeostasis en el organismo, así lo afirman Bernal et al. (2015) señalando que este, para

responder homeostáticamente a diferentes desafíos estresantes depende de la activación del eje Hipotalámico Pituitario Adrenal (HPA) que influye en los cambios que se presenten en el cortisol. El estrés activa la segregación de cortisol, según Bernal et al. (2015, como se citó en Moscoso, 2009; Sephton y Spiegel, 2003; Young y Welsh, 2005) una constante activación de cortisol podría causar un desbalance bioquímico, desencadenando el deterioro de sistemas importantes del cuerpo, como el inmunológico, haciendo a las personas más vulnerables a enfermedades, y el sistema neuroendocrino que altera los ritmos cardiacos.

Los factores que pueden precipitar o agravar los síntomas del síndrome de respuesta disfuncional pueden ser por motivo de **aversión o reto** para el cerebro. Entre ellos se encuentra el estrés físico o emocional. Como estrés físico se conoce a cualquier acontecimiento en el cual el organismo se somete a perder su equilibrio natural sea por una situación experimentada o percibida. Se configura como estrés emocional todo acontecimiento que puede perturbar el estado de **comodidad** como: una discusión, presión laboral, alteración anímica, afrontar un duelo, entre otros (García-Frade, 2019). “El estrés no solo depende de factores ambientales o emocionales, sino que, a su vez, parte de cómo el individuo percibe el estímulo, interpreta y reacciona a este” (Redolar, 2015, p. 36).

Si bien todas las personas han estado en situaciones estresantes estas no comprometen significativamente su salud, no obstante, los efectos del estrés percibido por largos periodos de tiempo pueden ocasionar modificaciones morfológicas en el cerebro, en la plasticidad sináptica ocasionar muerte celular y la disminución en la generación de nuevas neuronas. En la actualidad algunas de las patologías más frecuentes que convergen junto con el estrés son: enfermedades neurodegenerativas, patologías cardiacas, cáncer y enfermedades cardiovasculares (Redolar, 2015).

De tal manera es viable pensar que las modificaciones que se presentan en el cerebro producto del estrés afectan algunos de sus órganos y a su vez los sistemas que lo conforman, como puede ser el caso del SNA, en donde una alteración en este puede conducir al síncope, así lo afirmó (SSC, 2005)

señalando que el estrés juega un papel importante en la generación del síncope, como es el caso del síncope vasovagal, que puede ser impulsado por el estrés y ocasionar una aprehensión súbita. A esta situación se le conoce como desmayo emocional.

Por lo tanto, en pacientes con síncope vasovagal, mesa basculante positiva, múltiples episodios sincopales, síntomas prodrómicos e inespecíficos (como cambios afectivos o cognitivos), se hace importante considerar las enfermedades psiquiátricas como factores contribuyentes de la alteración del SNA. Por lo anterior se recomienda prestar atención al estrés y ansiedad que experimenta el paciente, conociendo a detalle su historia psico-social y las reacciones Biológicas que parten desde allí (SSC, 2015).

Dentro de la disautonomía, el estrés cumple un papel concomitante debido a que su presencia intensifica los síntomas disautonómicos y favorece la comorbilidad con trastornos mentales. Solís y García (2016) explica que la disautonomía genera desórdenes emocionales como somatización, ansiedad, ataques de pánico y depresión. En la fibromialgia el estrés es desencadenante de **hiporreactividad** del SNS produciendo un desequilibrio entre el funcionamiento de SNS Y SNP incrementando la intensidad de los síntomas disautonómicos; la baja presión arterial, síntoma característico de la hipotensión Ortostática es desencadenada, entre otras cosas, por niveles de estrés considerables. De la misma manera ocurre en el Síndrome de Colón Irritable, cuyos síntomas en el paciente son exacerbados por el estrés percibido, haciendo más frecuente e intenso el estreñimiento, diarrea y distensión emocional. Por su lado, en el caso del síndrome de atrofia sistémica múltiple con síntomas **parkinsonianos** y afecciones en el cerebelo, el estrés físico y emocional puede agravar o precipitar los síntomas.

Las reacciones biológicas que se pueden presentar producto del estrés son variadas, por ejemplo, en un acontecimiento que genere estrés puede haber liberación de sustancias como los opioides endógenos que tienen una estructura química parecida a los opiáceos como la morfina, de tal

manera, pueden inhibir los niveles de progesterona afectando las hormonas sexuales, por lo cual se interrumpe la maduración de las paredes uterinas que turba la implantación del óvulo cuando es fecundado o la alteración en la irrigación sanguínea disminuyendo así la probabilidad de embarazo (Redolar, 2015).

Cabe resaltar que el estrés no sólo afecta la sexualidad de las personas, sino que incrementa el riesgo de sufrir hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, suspensión del sistema inmunitario, alteraciones en el hipocampo, alteraciones en los patrones de sueño, afecciones en el SNA, entre muchas otras enfermedades (Redolar, 2015). Ahora bien, si sólo el estrés afecta tanto la salud física y mental de las personas, en compañía de enfermedades como las alteraciones disautonómicas, es factible y urgente que la psicología se interese por estos temas; desde la investigación, tratamiento, aplicación de prueba y psicoterapia que contribuyan a solucionar el problema de salud que genera la relación disautonomía-estrés, enfermedad que trastoca la vida de tantas personas.

Teniendo en cuenta lo mencionado se propone para este estudio el siguiente diseño metodológico.

6 Metodología

6.1 Tipo de Investigación

Para la realización de este estudio el desarrollo metodológico constó de un enfoque cuantitativo ya que se pretende aplicar un instrumento psicométrico cuyo fin es medir algunas variables en concreto, el análisis de los resultados se hará con la implementación de instrumentos y técnicas estadísticas, por su parte, la interpretación de los resultados se dará a luz de predicciones iniciales, teorías previas y la finalidad de los resultados es generalizarse a la población o muestra seleccionada (Hernández Sampieri, 2014).

6.1.1 Diseño de Investigación

El diseño es no experimental; no se pretende manipular variables deliberadamente, ni crear situaciones con características específicas, ni establecer relaciones de causalidad, lo que buscan las investigaciones no experimentales es observar fenómenos en su ambiente natural, observar situaciones ya existentes y analizarlas.

A su vez es **descriptivo**, pues se enfoca en “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (Hernández Sampieri, 2014, p. 92). El estudio de las variables será en un único momento, por tanto, esta investigación es transversal con alcance descriptivo.

6.1.2 Muestra

La presente investigación cuenta con un muestreo no probabilístico, el cual se centra en la selección de la muestra o participantes de la investigación a partir de las características que él o los investigadores desean analizar según el planteamiento, objetivos e hipótesis propuestas. Partiendo de lo anterior, en este estudio se hará uso de este muestreo porque se busca tener casos típicos, más no representativos de la muestra, a su vez, es oportuno para alcanzar fines deductivos-cuantitativos pues permite extrapolar y generalizar los resultados obtenidos a otras poblaciones, por tanto, contribuye como un elemento característico para ser implementado en otras investigaciones. Por último, cabe resaltar que este tipo de muestreo permite hacer una elección cuidadosa y controlada de los casos o muestra a investigar, obteniendo así una mayor riqueza en la recolección de información y análisis de los datos obtenidos (Hernández Sampieri, 2014).

Por consiguiente, esta investigación tomó en consideración inicialmente como muestra a hombres y mujeres colombianos, sin embargo, finalmente se obtuvo como única muestra representativa

la población femenina, radicada en el departamento de Antioquia que se encuentran en edades comprendidas entre los 19 a los 68 años. Las participantes deberán contar con un diagnóstico previo de disautonomía por mesa basculante, en donde no se excluirá ningún tipo de diagnóstico de disautonomía.

Los criterios de exclusión a tener en consideración en la presente investigación son: 1). Personas que tengan un diagnóstico dual de disautonomía con un trastorno mental o del estado de ánimo. 2). Personas con alguna discapacidad física reciente (no mayor a un año). 3). Personas que en los últimos seis meses están bajo un evento de estrés como: el fallecimiento de una persona cercana, la pérdida de empleo o estabilidad educativa. 4). Ruptura de pareja reciente (menor a 6 meses). 5). Personas que abusen de cualquier tipo de sustancias psicoactivas. 6). Personas con diagnóstico positivo de Covid19 (menor a 2 meses).

La muestra será seleccionada a partir de unos gestores de búsqueda de personas con disautonomía como son:

1). Por medio de cyber-grupos que guarden relación con la disautonomía en redes sociales como whatsapp, Facebook e Instagram, en los cuales se hará mención pública del objetivo central de la investigación y la búsqueda según las características expuestas de personas interesadas en participar, quienes posteriormente serán contactados vía web o telefónica.

2). Por medio del “voz a voz”, en breves minutos durante algunas clases virtuales de ciertos docentes, se contactará a estudiantes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios Sede Bello, quienes serán informados de la investigación. Cabe resaltar que como apoyo en la búsqueda de la muestra y con el objetivo de almacenar datos básicos para contactar a las personas, se hará uso de un Formulario de Google abierto a todo público, en donde se preguntan datos básicos como son nombre completo, correo electrónico y número de celular.

6.2 Instrumento

El instrumento para determinar los niveles de estrés en la muestra seleccionada es el *Perfil de estrés* desarrollado por Kenneth M. Nowack en el año 2005, el objetivo general de la escala es evaluar estrés y riesgo para salud, su base teórica radica en los postulados de Lazarus y Folkman. Consta de 123 reactivos que agrupan 7 dimensiones y 15 áreas con 5 opciones de respuestas tipo Likert. Está diseñado para aplicarse en pacientes, cuidadores y profesionales de la salud de forma colectiva o individual. La edad de aplicación se comprende entre los 20 y 68 años, con una duración aplicativa de 20 a 25 minutos y su puntuación es directa, es decir, se suma el valor de cada respuesta en cada escala. El instrumento cuenta con un área para determinar el índice de inconsistencia en las respuestas. La interpretación de los resultados requiere del análisis de cada una de las 15 áreas. Las áreas de hábitos de salud, ejercicio, descanso, alimentación, prevención, red de apoyo social, fuerza cognitiva, valoración positiva, minimización de la amenaza, concentración en el problema y bienestar psicológico se interpretan frente al riesgo para la salud relacionado con el estrés. Por su parte, las áreas de estrés, conducta tipo A, y el conglomerado de reactivos ARC (uso de alcohol, drogas recreativas y cigarrillo). El **Perfil de Estrés** busca hallar predictores de estrés o las áreas relacionadas con el estrés y el riesgo que tiene para la salud. Son 15 las áreas que están relacionadas con el estrés y componen el instrumento como lo son:

Estrés: Experiencias de incomodidades, molestias y frustraciones en mayor y menor grado.

Hábitos de salud: Se refiere a las prácticas ejercidas habitualmente que influyen en la mejoría del bienestar físico y psicológico.

Ejercicio: Alude a la actividad que lleva a cabo un sujeto de manera regular que mejoran el tono muscular y sistema cardiovascular.

Descanso/sueño: Trata de determinar si el sujeto duerme la cantidad de horas requeridas para tener un sueño reparador para sentirse relajado y descansado.

Alimentación/Nutrición: Indica que el evaluado se esfuerza por mantener una dieta balanceada.

Prevención: Se relaciona con la frecuencia con la que el individuo practica hábitos o implementa estrategias preventivas para su salud e higiene.

Conglomerado de reactivos ARC: Se evalúa el riesgo para la salud con respecto a las sustancias presentadas en una imagen (alcohol, drogas, tabaco).

Red de Apoyo: Se refiere a la percepción del sujeto frente a las personas de su entorno con las que puede contar como apoyo y que, sin embargo, puede experimentar insatisfacciones en su red.

Conducta Tipo A: Pretende hallar las expresiones conductuales tipo A manifiestas en el trabajo producto del estrés.

Fuerza Cognitiva: Explora las actitudes y creencias que un individuo tiene frente a la vida.

Estilos de afrontamiento: De acuerdo con Ethel (como se citó en Nowack, 1990) se refiere a las estrategias implementadas por el sujeto que le ayudan a disminuir el estrés, riesgos para la enfermedad y concentración en el problema. Se compone de cuatro estrategias, a saber, valoración negativa, valoración positiva, minimización de la amenaza y concentración del problema.

Valoración Positiva: Explora el uso de comentarios de apoyo autodirigidos para minimizar la percepción del estrés

Valoración Negativa: Según Román et al. (s.f). indaga sobre el uso de comentarios y pensamientos autodirigidos de culpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico.

Minimización de la Amenaza: “Indaga sobre las formas en que el sujeto les resta importancia a situaciones problemáticas (evitación)” (Román et al., s.f, p. 17).

Concentración en el Problema: “Indaga acerca de la inclinación de una persona a hacer intentos activos de cambiar sus conductas o los estresores ambientales” (Román et al., s.f, p. 17).

Bienestar Psicológico: Explora el nivel de agrado que posee el sujeto respecto a los aspectos de su vida.

Tabla 3*Operacionalización de los instrumentos*

Descripción de las variables de estudio e instrumentos de evaluación Perfil del Estrés				
Escala	Subescalas	Tipo de Variable	Instrumento	Calificación
Estrés	No Aplica	Numéricas	Perfil de Estrés	
Hábitos de Salud	<i>Ejercicio</i> <i>Descanso/Sueño</i> <i>Alimentación/Nutrición</i> <i>Prevención</i>	Numéricas	Perfil de Estrés	Suma del valor de las respuestas en cada escala y se evalúa de acuerdo con las puntuaciones T40 a T59 consideradas promedio, T40 o menos consideradas bajas y T60 para arriba consideradas altas.
Red de Apoyo	No Aplica	Numéricas	Perfil de Estrés	
Conducta Tipo A	No Aplica	Numéricas	Perfil de Estrés	
Fuerza Cognitiva	No Aplica	Numéricas	Perfil de Estrés	
Estilos de Afrontamiento	Valoración Positiva Valoración Negativa Minimización de la Amenaza Concentración en el problema.	Numéricas	Perfil de Estrés	
Bienestar Psicológico	No Aplica	Numéricas	Perfil de Estrés	
	Género	Nominal	Encuesta	Análisis de Datos
	Edad	Numérica	Encuesta	Análisis de Datos
Demográficas	Estado Civil	Nominal	Encuesta	Análisis de Datos
	Estrato Socioeconómico	Numérica	Encuesta	Análisis de Datos
	Nivel Educativo	Nominal	Encuesta	Análisis de Datos
	Diagnóstico	Nominal	Encuesta	Análisis de Datos

Nota. La presente tabla se construyó y es de autoría propia para tener claridad frente a los tipos de variables que se deben evaluar con el

fin de dar respuesta a la pregunta de investigación y dar cuenta de los objetivos propuestos.

6.2.1 Método Para el Análisis de los Datos

El programa estadístico PSS de licencia gratis en su versión 2.6 fue la herramienta utilizada para llevar a cabo el análisis de los datos. Con el fin de responder a los objetivos planteados se procedió con la realización de un análisis estadístico descriptivo de los datos usando medidas de tendencia central (Media, Moda, Mediana) y dispersión (Desviación Estándar) con el objetivo de desarrollar gráficos y clasificar los resultados por categorías. Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento Perfil de estrés y los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta de síntomas disautonómicos fueron comparados a través de un cruce de variables en el programa SPSS.

6.2.2 Consideraciones Éticas

Para este estudio se tuvo en cuenta algunos artículos del título II de la Resolución 8403 de 1993 decretada por el Ministerio de Salud y Protección Social, relacionada con la investigación en seres humanos, que dicta:

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. Teniendo en cuenta los siguientes criterios:

d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

e. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por parte del Código Deontológico y Bioético decretado por la Ley 1090 de 2006 para el ejercicio del profesional en psicología se tuvieron en cuenta los siguientes elementos

Artículo 47, del capítulo VI “Del uso del material psicotécnico”, en el título VII que dicta: El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos test psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral.

Del capítulo VII *de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones* que se encuentra en el título VII, el artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

7 Resultados

Para el análisis de la información recolectada por medio de la prueba *Perfil del Estrés* y la Encuesta de Síntomas Disautonómicos, se hizo uso del programa SPSS para la creación de las siguientes tablas de presentación, análisis, comparación y creación de las tablas que se presentan a continuación.

Las primeras 8 tablas corresponden a la información sociodemográfica recolectada de las dos encuestas realizadas.

Tabla 4

Clasificación de los Tipos de Disautonomía

Tipo de Disautonomía	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Desconocida	3	15%
Mixta	3	15%
Hipotensión Ortostática	2	10%
Síndrome Postural Ortostática	2	10%
Síncope Mediado Neuralmente	5	25%
Síncope Vasovagal	2	10%
Disautonomía Primaria	3	15%
Total	20	100%

La muestra seleccionada se compone de 20 mujeres diagnosticadas con diversos tipos de Disautonomía, entre los que se encuentran seis apartados correspondientes a un tipo de disautonomía específica, se destaca: **hipotensión Ortostática, síndrome postural ortostático y síncope vasovagal** con un porcentaje en cada tipo del 10% lo que corresponde a una frecuencia o número de participantes por tipo de disautonomía de 2 personas. Por su parte, **el síncope mediado neuralmente** obtuvo un porcentaje de 25% correspondiente a 5 participantes con este tipo de Disautonomía, siendo el tipo de disautonomía más recurrente dentro de la muestra. El apartado **desconocido** da cuenta de aquellas participantes que desconocen su diagnóstico, dicho apartado tuvo lugar debido a que algunas de las participantes ignoran su diagnóstico o expresan nunca haber sido informadas por el médico acerca de este, porque lo olvidaron, o por falta de conocimientos y atención frente al tema, dicho apartado se compone del 15% de la muestra, lo que corresponde a un número de 3 participantes, valor similar para los participantes que refieren tener **disautonomía mixta y disautonomía primaria**.

A continuación, se presentan las tablas correspondientes a la información sociodemográfica recolectada de las participantes.

Tabla 5

Información Sociodemográfica de la Edad de las

Participantes

Número de Participantes	20
Media	31,65
Moda	30
Mediana	23 ^a
Desviación Estándar	8,79

Edad	Número de Participantes	Porcentaje (%)
19 años	1	5%
20 años	1	5%
23 años	2	10%
24 años	1	5%
25 años	1	5%
27 años	1	5%
28 años	2	10%
29 años	1	5%
31 años	2	10%
32 años	1	5%
36 años	1	5%
37 años	1	5%
38 años	1	5%
44 años	2	10%
46 años	1	5%
48 años	1	5%
Total	20	100%

En la recopilación de datos sociodemográficos de la muestra y teniendo como variable para esta tabla la edad se obtuvo

que las frecuencias más recurrentes fueron 23, 28, 31 y 44 años con equivalencia de dos respuestas de

participantes por cada una, con un porcentaje individual de opción del 10% y un porcentaje total del 40% de la muestra.

Tabla 6

Estado Civil de las Participantes

Estado Civil	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Soltera	15	75%
Casada	2	10%
Unión Libre	3	15%
Total	20	100%

Del 100% de las participantes que corresponde a 20 personas seleccionadas, el estado civil que más representativo de la muestra con un porcentaje del 75% es **soltera** lo que corresponde a un total de 15 participantes, continuando con **unión Libre** con un porcentaje del 15% correspondiente a tres participantes y finalizando con dos participantes **casadas** que comprometen el 10% de la muestra total.

A continuación, se presenta la siguiente tabla correspondiente a si las participantes refieren tener o no tener hijos.

Tabla 7

Número de Hijos de las Participantes

Presencia de Hijos	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Si	4	20%
No	16	80%
Total	20	100%

De acuerdo con la anterior tabla se puede evidenciar que, de un total de 20 participantes, 16 expresan no tener hijos, lo que corresponde a un porcentaje representativo del 80% de la muestra total y solo 4 participantes manifiestan tener al menos un hijo lo que corresponde, a un 20% de la muestra.

Seguidamente con lo expuesto se presentan dos tablas de variables sociodemográficas como son el estrato socioeconómico en la cual se considera sólo hasta el estrato del 1 al 5 y el nivel educativo de las participantes seleccionadas.

Tabla 8

Estrato Socioeconómico de las Participantes

Estrato	Número de Participantes	Porcentaje (%)
2	7	35%
3	8	40%
4	2	10%
5	3	15%
Total	20	100%

La mayoría de las participantes residen en barrios de la ciudad de Medellín o en municipios del Departamento de Antioquia, a partir de los resultados obtenidos en la encuesta se toman en consideración los estratos socioeconómicos del 1 al 5, obteniendo como resultado que la clasificación con mayor presencia es el **estrato 3** con un porcentaje del 40% correspondiente a 8 participantes de la muestra total, lo cual indica alta presencia del nivel económico intermedio, seguido por el **estrato 2** con un porcentaje del 35% correspondiente a 7 participantes, lo que indica un nivel económico más bajo, continuando con el **estrato 5** indicando un porcentaje del 15% que corresponde a un total de 3 personas, indicando el nivel económico más alto de la muestra seleccionada y finalizando con el **estrato 4** con un porcentaje de 10% que corresponde a 2 participantes, indicando un nivel económico medio alto.

Tabla 9

Nivel Educativo de las Participantes

Nivel Educativo	Número de Participante	Porcentaje (%)
Bachiller	4	20%
Técnico/Tecnólogo	5	25%

Pregrado/Posgrado	11	55%
Total	20	100%

En la recopilación de datos sociodemográficos de la muestra, teniendo como variable el nivel educativo, la frecuencia más recurrente corresponde a 11 participantes que a partir de sus respuestas se perfilan en el nivel educativo de **pregrado/postgrado** lo que equivale a un porcentaje del 55% de la muestra total, continuando con 5 participantes que corresponden al 15% de **técnico/tecnólogo** para finalizar con 4 participantes que equivalen a un porcentaje del 20% que se encuentran en un nivel educativo de **bachiller**.

A continuación, se presenta el análisis de las tablas obtenidas a partir de los del análisis de datos de la aplicación de la prueba *Perfil de Estrés*. Para la comprensión de estas y de acuerdo con el manual del instrumento psicométrico, los valores naturales obtenidos de la puntuación directa de la calificación de los cuestionarios aplicados a muestra seleccionada se convertirán en puntajes T, es decir, determinaron los niveles de gravedad en cada escala y subescala del cuestionario. Puntajes T 60 o superiores indican niveles altos de la presencia de alguna variable. Puntajes entre T 40 y T 59 indican niveles relativamente normales de alguna variable y puntajes por debajo de T 39 indican niveles bajo de la variable que se esté interpretando.

De acuerdo con la anterior explicación se analizan las siguientes tablas, correspondientes a cada escala que evalúa la prueba, iniciando con la Escala de Estrés compuesta por 6 reactivos.

Tabla 10

Escala de Estrés

Escala de Estrés	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	39	67	51,1

Los puntajes obtenidos en la escala de estrés establecen que de la media aritmética en puntajes T, en este caso, corresponde a 51.1, el valor mayor obtenido por la muestra fue 67 y el menor 39, lo cual, se traduce respecto a la media en la presencia de niveles relativamente normales de estrés percibido por parte de las participantes. Por tanto, las experiencias de incomodidad, molestias y frustración relacionadas con la salud, las finanzas, el trabajo, la familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales no representan una fuente de estrés significativo que pueda entenderse como patológico.

De manera similar, se presenta el análisis de la tabla de Hábitos de Salud compuesta por 6 subescalas como: Ejercicio con 3 reactivos, Descanso/Sueño correspondiente a 5 reactivos, Prevención con 8 reactivos, Alimentación/Nutrición para 5 reactivos y ARC (uso de alcohol, drogas recreativas y cigarrillo) evaluado en un conglomerado de 3 reactivos, para un total de 24 reactivos que juntos determinan los Hábitos saludables de las participantes evaluadas.

Tabla 11

Hábitos de Salud

Escala de Hábitos de Salud	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	25	81	71,65

La escala de Hábitos de Salud de acuerdo con los puntajes T obtenidos por las participantes nos arrojan un promedio de 71.65 indicando que la muestra se esmera por realizar conductas orientadas al mantenimiento de un buen estado de salud. De tal manera, el estrés percibido que se relaciona con un mal estado de salud por parte de las participantes es bajo, 81 fue el puntaje T más alto obtenido por parte de la muestra y el más bajo fue 25.

Sobre la base de lo expuesto y por motivos de rigurosidad en la investigación se hace conveniente ampliar y describir la subescala de ARC, que atañe a un conglomerado de reactivos que evalúan en las participantes la presencia y consumo de alcohol, drogas recreativas y cigarrillos.

Tabla 12

Conglomerado ARC

Subescala RAC	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	34	81	51,70

Los Reactivos ARC evalúan el riesgo en la salud respecto al uso de cigarrillos, tabaco y alcohol. De acuerdo con las puntuaciones T obtenidas por la muestra seleccionada, el promedio corresponde a un valor de 51.7 indicando que las participantes adoptan prácticas preventivas, regulan sus conductas frente al uso de las sustancias mencionadas que puedan incrementar el riesgo de enfermedad y la presencia de estrés. Los valores mínimos obtenidos fueron 34 y el máximo valor calificado fue 81.

De la misma forma y con base a las puntuaciones T se expone la escala de Red de Apoyo Social compuesta por un total de 15 reactivos.

Tabla 13

Red de Apoyo Social

Escala de Red de Apoyo Social	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	34	81	51,70

La evaluación del nivel de red de apoyo social por medio del *Perfil de estrés* arrojó como resultados una puntuación promedio de 51,70, una puntuación mínima de 34 y una puntuación máxima de 81. De acuerdo con las recomendaciones del Manual de Perfil de Estrés, las puntuaciones T60 o

mayores tienden a experimentar mayor satisfacción con la cantidad y calidad de su red de apoyo social que aquellos que puntúan por debajo de T40. Por tanto, de acuerdo con la puntuación obtenida en la media, la muestra seleccionada está dentro de un nivel intermedio.

En la siguiente tabla se analiza la variable de Conducta Tipo A, que se encuentra compuesta por un total de 12 reactivos.

Tabla 14

Conducta Tipo A

Escala de Conducta Tipo A	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	29	56	39

La evaluación del nivel de conducta tipo A por medio del *Perfil de Estrés*, describiendo la conducta tipo A como apresuramiento, ocupación, expresión de enojo, rudeza, cinismo, necesidad de logros/excelencia, impaciencia, tendencia a buscar hacer las cosas rápido, expresión de frustración y desconfianza, arrojó como resultados una media de 39, una puntuación mínima de 29 y una puntuación máxima de 56. De acuerdo con las recomendaciones del Manual de Perfil de Estrés, las puntuaciones T60 o mayores tienden a expresar conductas tipo A con mayor frecuencia e intensidad al enfrentar el estrés del trabajo y la vida cotidiana, frente a aquellas puntuaciones por debajo de T40. De acuerdo con lo anterior, la puntuación obtenida en la media, la muestra seleccionada está por debajo del nivel intermedio.

Tabla 15

Fuerza Cognitiva

Escala de Fuerza Cognitiva	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	20	43	34,6

Esta escala se encuentra compuesta por 30 reactivos que dan cuenta de las actitudes y creencias que tiene la persona evaluada. Para la aplicación de la prueba se obtuvo:

Un valor promedio de: 34,6 con una máxima de 43 y un mínimo de 20. De acuerdo con las indicaciones del manual de las puntuaciones T60 o mayores indica que las participantes experimentan altos niveles de compromiso en la ejecución de sus labores profesionales y académicas, así como una elevada participación, empeño familiar y compromiso consigo mismo. Por el contrario, una puntuación debajo de T40 indica que la persona que puntúa acá es propensa a sentirse perturbado tanto en su trabajo, academia, con su familia, como consigo mismo, son más propensos a ver los riesgos como peligrosos, experimentan mayor temor a perder el control, además, son individuos más propensos a enfermarse.

La Escala de Estilo de Afrontamiento evalúa los estrategias que más implementan las participantes para reducir el estrés y con ello los riesgos de presencia de diversas enfermedades, son cuatro estrategias de afrontamiento, diferentes entre sí en sus bases conceptuales, que juntas componen la escala, entre ellas se destacan las subescalas de: Valoración Positiva con 5 reactivos, Valoración Negativa para 5 reactivos, Minimización de la Amenaza con 5 reactivos y Concentración en el Problema con 4 reactivos, para un total de 19 reactivos, que dará cuenta del estilo de afrontamiento más implementado por cada una de las participantes evaluadas. Las puntuaciones T60 o mayores, indican el uso frecuente que tiene una persona para responder a las situaciones que enfrente a partir de un estilo destacado, las puntuaciones T39 o menos indican la escasa implementación de esta estrategia de afrontamiento.

Tabla 16

Estilos de Afrontamiento: Subescala Valoración Positiva

Subescala de Valoración Positiva	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	33	71	51

Para la evaluación **de esta subescala** y de acuerdo con las puntuaciones T se puede describir que la media obtenida con la evaluación de las 20 participantes es de 51, con un dato mínimo de 33 y un máximo de 71, esto quiere decir que las participantes que puntuaron por T60 o por encima tiene una perspectiva positiva frente a las dificultades a las que se enfrentan, visualizan con facilidad la solución a los problemas y reducen el impacto frente a los problemas, por el contrario, las participantes con puntuaciones T40 para abajo indican que suelen ver las situaciones como más agravantes y trágicas, por ende, se acercan más a el estilo de afrontamiento de valoración negativa.

Tabla 17

Estilo de Afrontamiento Subescala: Valoración Negativa

Subescala de Valoración Negativa	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	7	19	13,35

La subescala de **valoración negativa** se **caracteriza por** personas con estándares autocríticos y de exigencia muy altos, que suelen enfocarse en los problemas y los aspectos negativos de una situación vivida, para las puntuaciones T 40 o menos indican que la persona puntúa bajo en esta subescala, como lo mínima obtenida es de T7 y una máxima de T19 y en complemento con el análisis de la escala de valoración positiva, podemos observar que las participantes suelen tener en común en estilo de afrontamiento positivo, por lo cual, las puntuaciones para esta subescala son tan bajas, en la medida que es un estilo de afrontamiento menos implementado por la muestra evaluada.

Tabla 18*Estilo de Afrontamiento Subescala: Minimización de la Amenaza*

Subescala de Minimización de la Amenaza	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	38	75	52,1

Para **esta subescala** se obtuvo según las puntuaciones T un dato mínimo de 38 y un dato máximo de 75 con una desviación estándar de 52,1 lo que quiere decir que los participantes suelen estar muy próximos al lado central de la puntuación T40 y con una tendencia a puntajes superiores, indicando una alta aplicación por parte de las participantes a emplear este tipo de estrategia de afrontamiento, que se caracteriza porque las persona suele restarle importancia a una dificultad, problema, o situación conflictiva a partir de evitarla, es decir, buscar borrar la situación de la mente, hablar de otro tema, no enfocarse en el problema y mejor expresar un chiste, el fin último es disminuir, minimizar o aminorar la situación problema.

Tabla 19*Estilo de Afrontamiento Subescala: Concentración en el Problema*

Subescala de Concentración en el Problema	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	34	72	55,85

En esta escala las puntuaciones T60 o más indican que la persona suele enfocarse en las situaciones, conductas y elementos del ambiente a modificar, con el propósito de disminuir los eventos estresores y enfrentar de manera saludable el problema, suelen ser individuos que diseñan un plan de acción con el objetivo de resolver dificultades. Las puntuaciones T40 o menos ubican a personas con

pocas herramientas para enfrentar una situación y mayor énfasis en el problema. **Esta subescala es evaluada a partir de 4 reactivos que miden el curso eficaz para resolver y afrontar situaciones estresantes.**

Tabla 20*Bienestar Psicológico*

Escala de Bienestar Psicológico	Número de Participantes	Mínimo	Máximo	Media
Total	20	37	80	49,55

La escala de Bienestar Psicológico posee una media de 49.5 en puntajes T, lo cual se traduce en que el promedio de participantes en esta escala se encuentra experimentando una sensación leve de satisfacción consigo mismo y frente a la relación con su trabajo, familia, relaciones interpersonales y logros.

Tabla 21*Presencia (SI/NO) de los Síntomas Disautonómico*

Tipo de síntoma	Opción de Respuesta	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Fatiga	Si	20	100%
	No	0	0%
Sensación de Mareo	Si	20	100%
	No	0	0%
Sensación Visión borrosa	Si	18	90%
	No	2	10%
Sensación de Movimiento de Objetos Alrededor	Si	17	85%
	No	3	15%
Vértigo	Si	17	85%
	No	3	15%
Pérdida del control de los movimientos	Si	9	45%
	No	11	55%
Diaforesis	Si	18	90%
	No	2	10%
Náuseas	Si	18	90%
	No	2	10%

Hiperventilación	Si	16	80%
	No	4	20%
Dificultad para ponerse de pie o mantenerse de pie (Posición Sentado Acostado, después de estar en posición de sentado o acostado)	Si	16	80%
	No	4	20%
Presíncope	Si	19	95%
	No	1	5%
Tipo de síntoma	Opción de Respuesta	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Lipotimia	Si	19	95%
	No	1	5%
Síncope	Si	12	60%
	No	8	40%
Bradicardia	Si	15	75%
	No	5	25%
Sensación de Dolor Abdominal	Si	12	60%
	No	8	40%
Piel Pálida	Si	19	95%
	No	1	5%
Bostezo con Frecuencia	Si	16	80%
	No	4	20%
Síntomas Auditivos	Si	18	90%
	No	2	10%
Dificultad para Concentrarse	Si	19	95%
	No	1	5%
Necesidad de Irrigación Sanguínea	Si	16	80%
	No	4	20%
Disminución del Deseo Sexual	Si	16	80%
	No	4	20%
Pérdida de la Estabilidad	Si	17	85%
	No	3	15%
Pérdida de la Orientación Espacial (espacio/tiempo)	Si	9	45%
	No	11	55%
Parestesia	Si	20	100%
	No	0	0%
Desagrado o Dificultad ante el Ejercicio	Si	19	95%

	No	1	5%
Palpitaciones	Si	19	95%
	No	1	5%
Sensación de Temblor	Si	16	80%
	No	4	20%
Acrocianosis (coloración azul/ violácea de la piel)	Si	14	70%
	No	6	30%
Cefalea	Si	20	100%
	No	0	0%
Tipo de síntoma	Opción de Respuesta	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Dolor Muscular y Articular	Si	16	80%
	No	4	20%
Insomnio	Si	19	95%
	No	1	5%
Dificultad para Respirar o Sensación de Falta de Aire	Si	15	75%
	No	5	25%
Sensación de Intolerancia al Calor	Si	16	80%
	No	4	20%
Sensación de Frío sin causa aparente	Si	19	95%
	No	1	5%
Poliuria	Si	12	60%
	No	8	40%
Diarrea	Si	12	60%
	No	8	40%
Gastroparesia	Si	9	45%
	No	11	55%

En la encuesta aplicada se indaga si hay presencia o no de los síntomas disautonómicos. La muestra está compuesta por 20 mujeres que representan el 100% de las participantes. Los porcentajes obtenidos indican la totalidad de las participantes que han experimentado en algún momento uno o varios de los síntomas, estos son agrupados según los siguientes porcentajes: 100% de las participantes Fatiga, sensación de mareo, parestesia y cefalea; 95% de las participantes presíncope, piel pálida, dificultad para concentrarse, desagrado o dificultad ante el ejercicio, palpitaciones, insomnio, sensación

de frío sin causa aparente; 90% de las participantes sensación de visión borrosa, diaforesis, náuseas, síntomas auditivos; 85% de las participantes sensación de movimiento de objetos alrededor, vértigo, pérdida de la estabilidad; 80% de las participantes hiperventilación, dificultad para ponerse de pie o mantenerse de pie, bostezo con frecuencia, necesidad de irrigación sanguínea, disminución del deseo sexual, sensación de temblor, dolor muscular y articular, sensación de intolerancia al calor; 75% de las participantes bradicardia; 70% de las participantes acrocianosis, 60% de las participantes síncope, sensación de dolor abdominal, poliuria, diarrea; 45% de las participantes gastroparesia, pérdida de la orientación espacial, pérdida del control del movimiento.

Tabla 22

Presencia de los síntomas disautonómicos bajo situaciones de estrés

Tipo de Síntoma	Opción de Respuesta	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Fatiga	Nunca	0	0%
	Casi Nunca	1	5%
	Ocasionalmente	13	65%
	Casi todos los días	6	30%
	Todos los días	0	0%
Sensación de Mareo	Nunca	1	5%
	Casi Nunca	3	15%
	Ocasionalmente	13	65%
	Casi todos los días	3	15%
	Todos los días	0	0%
Sensación de Visión Borrosa	Nunca	2	10%
	Casi Nunca	7	35%
	Ocasionalmente	10	50%
	Casi todos los días	0	0%
	Todos los días	1	5%
Sensación de Movimiento de Objetos Alrededor	Nunca	5	25%
	Casi Nunca	4	20%
	Ocasionalmente	11	55%
	Casi todos los días	0	0%
	Todos los días	0	0%
Vértigo	Nunca	4	20%
	Casi Nunca	2	10%
	Ocasionalmente	11	55%
	Casi todos los días	3	15%
	Todos los días	0	0%
Pérdida del Control de los Movimientos	Nunca	13	65%
	Casi Nunca	0	0%
	Ocasionalmente	7	35%

	Casi todos los días	0	0%
	Todos los días	0	0%
Diaforesis	Nunca	4	20%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	6	30%
	Casi todos los días	4	20%
	Todos los días	1	5%
Náuseas	Nunca	4	20%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	9	45%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	0	0%
Hiperventilación	Nunca	5	25%
	Casi Nunca	3	15%
	Ocasionalmente	10	50%
	Casi todos los días	1	5%
	Todos los días	1	5%
Tipo de Síntoma	Opción de Respuesta	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Dificultad para Ponerse de Pie o Mantenerse de Pie	Nunca	5	25%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	7	35%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	1	5%
Presíncope	Nunca	3	15%
	Casi Nunca	8	40%
	Ocasionalmente	6	30%
	Casi todos los días	3	15%
	Todos los días	0	0%
Lipotimia	Nunca	3	15%
	Casi Nunca	6	30%
	Ocasionalmente	9	45%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	0	0%
Síncope	Nunca	10	50%
	Casi Nunca	4	20%
	Ocasionalmente	6	30%
	Casi todos los días	0	0%
	Todos los días	0	0%
Bradicardia	Nunca	7	35%
	Casi Nunca	4	20%
	Ocasionalmente	7	35%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	0	0%
Sensación de Dolor Abdominal	Nunca	7	35%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	5	25%
	Casi todos los días	3	15%
	Todos los días	0	0%
Piel Pálida	Nunca	1	5%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	10	50%

	Casi todos los días	3	15%
	Todos los días	1	5%
Bostezo con Frecuencia	Nunca	7	35%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	5	25%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	1	5%
Síntomas Auditivos	Nunca	4	20%
	Casi Nunca	9	45%
	Ocasionalmente	4	20%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	1	5%
Dificultad para Concentrarse	Nunca	0	0%
	Casi Nunca	2	10%
	Ocasionalmente	10	50%
	Casi todos los días	5	25%
	Todos los días	3	15%

Tipo de Síntoma	Opción de Respuesta	Número de Participantes	Porcentaje (%)
Necesidad de Irrigación Sanguínea	Nunca	4	20%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	7	35%
	Casi todos los días	4	20%
	Todos los días	0	0%
Disminución del Deseo Sexual	Nunca	5	25%
	Casi Nunca	2	10%
	Ocasionalmente	11	55%
	Casi todos los días	1	5%
	Todos los días	1	5%
Pérdida de Estabilidad	Nunca	6	30%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	8	40%
	Casi todos los días	1	5%
	Todos los días	0	0%
Pérdida de Orientación Espacial	Nunca	12	60%
	Casi Nunca	1	5%
	Ocasionalmente	6	30%
	Casi todos los días	1	5%
	Todos los días	0	0%
Parestesia	Nunca	2	10%
	Casi Nunca	10	50%
	Ocasionalmente	5	25%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	1	5%
Desagrado o Dificultad ante el Ejercicio	Nunca	2	10%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	6	30%
	Casi todos los días	5	25%
	Todos los días	2	10%
Palpitaciones	Nunca	2	10%
	Casi Nunca	1	5%
	Ocasionalmente	8	40%

	Casi todos los días	6	30%
	Todos los días	3	15%
Sensación de Temblor	Nunca	3	15%
	Casi Nunca	5	25%
	Ocasionalmente	9	45%
	Casi todos los días	3	15%
	Todos los días	0	0%
Cefalea	Nunca	1	100%
	Casi Nunca	0	0%
	Ocasionalmente	0	0%
	Casi todos los días	0	0%
	Todos los días	0	0%
Dolor Muscular y Articular	Nunca	3	15%
	Casi Nunca	6	30%
	Ocasionalmente	7	35%
	Casi todos los días	4	20%
	Todos los días	0	0%
Insomnio	Nunca	1	5%
	Casi Nunca	1	5%
	Ocasionalmente	11	55%
	Casi todos los días	5	25%
	Todos los días	2	10%
Dificultad para Respirar o Sensación de Falta de Aire	Nunca	4	20%
	Casi Nunca	10	50%
	Ocasionalmente	4	20%
	Casi todos los días	1	5%
	Todos los días	1	5%
Sensación de Intolerancia al Calor	Nunca	8	40%
	Casi Nunca	0	0%
	Ocasionalmente	6	30%
	Casi todos los días	5	25%
	Todos los días	1	5%
Sensación de Frío Sin Causa Aparente	Nunca	2	10%
	Casi Nunca	1	5%
	Ocasionalmente	12	60%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	3	15%
Poliuria	Nunca	9	45%
	Casi Nunca	2	10%
	Ocasionalmente	7	35%
	Casi todos los días	2	10%
	Todos los días	0	0%
Diarrea	Nunca	6	30%
	Casi Nunca	4	20%
	Ocasionalmente	9	45%
	Casi todos los días	0	0%
	Todos los días	1	5%
Gastroparesia	Nunca	11	55%
	Casi Nunca	3	15%
	Ocasionalmente	5	25%
	Casi todos los días	1	5%
	Todos los días	0	0%

Para determinar si ante la presencia del estrés en la muestra seleccionada se producía un incremento de las manifestaciones sintomatológicas de la disautonomía, se aplicó una encuesta con el fin de que las mismas participantes refirieron si habían percibido o no, un aumento en la frecuencia o intensidad del síntoma de manera simultánea mientras se percibían estresadas.

La estructura de la encuesta buscaba confirmar posterior a la definición de un síntoma característico de la disautonomía, si las participantes han experimentado dicho síntoma o no, en caso de que la respuesta sea confirmatoria, se indagó respecto a si han evidenciado que este síntoma se ha hecho más intenso o frecuente cuando se percibe estresada.

Un ejemplo de lo anterior es la siguiente pregunta:

1). La "Fatiga" se caracteriza por ser una sensación que ocasiona en la persona un cansancio, agotamiento, debilidad, falta de fuerza y/o energía, acompañado de un inminente deseo de descanso.

¿Usted ha experimentado fatiga?

Si

No

2). Si su respuesta anterior fue afirmativa (SI) ¿Cuándo usted se percibe estresado/a siente que la sensación de fatiga aumenta?

Nunca

Casi nunca

Ocasionalmente

Casi todos los días

Todos los días

Los datos descritos a continuación corresponden a los resultados obtenidos tras la calificación de la encuesta en el apartado de frecuencia e intensidad del síntoma.

Los siguientes son los síntomas que toda la muestra refirió haber experimentado. El síntoma **fatiga** fue marcado en la mayoría de las opciones de respuesta, excepto en las opciones **nunca** y **todos los días**. Todos los participantes refirieron haber percibido que la fatiga se intensificó ante la presencia de estrés, pese a esto no todos percibieron dicha intensificación con la misma frecuencia; **casi nunca** obtuvo un porcentaje de 5%, **ocasionalmente** 65% siendo el mayor de los porcentajes obtenidos en esta escala y “casi todos los días” obtuvo un 30%.

En el síntoma **sensación de mareo** el 95% de las participantes percibieron aumento del malestar ante la presencia de estrés, distribuido en diferentes temporalidades; **casi nunca** 15%, **ocasionalmente** 65% y **casi todos los días** 15%, por su parte, la opción **todos los días** no obtuvo ningún porcentaje y el 5% de las participantes refirieron no haber percibido aumento en la frecuencia e intensificación del síntoma.

Respecto a la **parestesia** sólo un 10% de las participantes refirió **nunca** haber percibido incremento del síntoma ante la presencia de estrés. El otro 90% refirió haber percibido dicho aumento con diferente frecuencia; **casi nunca** obtuvo un total de 50%, **ocasionalmente** se encuentra con un 25%, **casi todos los días** tiene un 10% y 5% de la muestra refiere que **todos los días** percibe aumento y frecuencia del síntoma ante la presencia de estrés.

La **cefalea** también es un síntoma que se halla presente en todas las participantes, de la misma forma, todas las participantes refirieron que el estrés no intensifica el síntoma, siendo **nunca** la única opción de respuesta con porcentaje; 100%.

Los síntomas relacionados con los porcentajes descritos **en este apartado** obtuvieron un porcentaje confirmatorio de 95% por parte de la muestra, lo que indica que un 5% de las participantes no han experimentado los síntomas enlistados a continuación, por tanto, sólo esté 95% respondió el apartado de frecuencia e intensidad.

“Presíncope” obtuvo valores en cuatro de cinco opciones de respuesta, siendo “todos los días” la única opción sin marcar. “Nunca” tiene un valor total de 15%, “casi nunca” 40%, “ocasionalmente” 30% y “casi todos los días” un 15%; es decir que, un 85% de las personas que han experimentado el síntoma han percibido que el presíncope deviene con mayor intensidad ante la presencia de estrés, aunque, no con la misma frecuencia en todas las participantes.

“Piel pálida” obtuvo valores en todas las opciones de respuesta, un 5% de las personas que han experimentado el síntoma refirieron que este no se ha hecho más intenso o frecuente con el estrés, no obstante, el otro 95% indica que, si ha percibido incremento de la intensidad del síntoma, encontrándose variaciones en la frecuencia, la cual también ha aumentado; “casi nunca” 25%, “ocasionalmente” 50%, “casi todos los días” 15% y “todos los días” 5%.

En el síntoma de “dificultad para concentrarse” todos los participantes que respondieron indicaron que han percibido que el estrés ha generado mayor manifestación del síntoma; 10% “casi nunca”, 50% “ocasionalmente”, 25% “casi todos los días” y 15% “todos los días”.

Respecto al síntoma de “desagrado o dificultad para hacer ejercicio” un 85% de las personas refirió que el estrés percibido intensifica dicho desagrado o dificultad revelando valores como; “casi nunca” 25%, “ocasionalmente” 30%, “casi todos los días” 25% y “todos los días” 15%, observándose que sólo 15% de los participantes indicaron que “nunca” han percibido un incremento en la manifestación de este síntoma de manera simultánea con el estrés.

“Insomnio” obtuvo valores en todas las opciones de respuesta. “Nunca” sólo se encuentra con un 5%, es decir que el otro 95% de los participantes han percibido aumento en la manifestación de este síntoma de con variación en las frecuencias; “casi nunca” 5%, “ocasionalmente” 55%, “casi todos los días” 25% y “todos los días” 10%.

El síntoma “Sensación de frío sin causa aparente” se compone de los siguientes valores “todos los días” 15%, “casi todos los días” 10%, “ocasionalmente” 60%, “casi nunca” 5%, lo que deja en

evidencia que la mayoría de las participantes que han experimentado el síntoma a su vez han percibido que la manifestación de este se hace más intenso con relativa frecuencia ante la presencia del estrés.

“Nunca” obtuvo un valor de 10%.

Los síntomas relacionados con los datos descritos en este apartado tuvieron un porcentaje confirmatorio de 90%, es decir, que 10% de la muestra seleccionada refirió no haber experimentado dichos síntomas.

Respecto al síntoma de “visión borrosa” sólo 10% de las participantes que respondieron de forma afirmativa indicaron que “nunca” han notado que ante la presencia de estrés el síntoma se hace más intenso o frecuente, por otro lado, el 90% refirió que sí; “casi nunca” 35%, “ocasionalmente” 50%, “todos los días” 5%, la opción de respuesta “casi todos los días” no fue seleccionada.

“Diaforesis” arrojó valores como que el 80% de las participantes que dijo haber experimentado diaforesis a su vez ha percibido que, ante el estrés, este se ha hecho más intenso y con relativa frecuencia; “casi nunca” 25%, “ocasionalmente” 25%, “casi todos los días” 20% y “todos los días” 5%. Sólo el 20% refirió “nunca” haber percibido dicho incremento.

En relación con el síntoma “Náuseas” el 20% de las participantes refirió “nunca” haber percibido incremento del síntoma debido al estrés, no obstante, 25% indicó que “casi nunca”, 45% “ocasionalmente” y 10% “casi todos los días”. “Los síntomas auditivos” revelan que 5% de las participantes han percibido incremento de la manifestación del síntoma simultáneamente con el estrés “todos los días, 10% “casi todos los días”, 20% “ocasionalmente”, 45% “casi nunca”, por su parte, 20% de la muestra refirió “nunca” haberlo percibido.

Del 85% de la muestra que dijo experimentar los siguientes síntomas, el 65% indicó que “nunca” han percibido un aumento en la manifestación “sensación de movimientos alrededor”, por su parte, 35% refirió que “ocasionalmente” han percibido dicho aumento. “Vértigo” arrojó que 80% de las

personas que confirmaron haberlo experimentado han notado incremento del síntoma bajo la presencia del estrés; 10% "casi nunca", 55% "ocasionalmente" y 15% "casi todos los días".

Por otro lado, 20% indicaron que "nunca" han notado un aumento de este. Respecto a "pérdida de la estabilidad" los datos evidenciados indican que un 30% de los participantes que confirmaron haber experimentado el síntoma refirieron que "nunca" han notado un aumento del mismo bajo la influencia del estrés. No obstante, valores en opciones como "casi nunca" 25%, "ocasionalmente" 4% y "casi todos los días" 5% permiten observar que un 70% de las participantes si han percibido aumento en la manifestación del síntoma.

Este apartado corresponde a los síntomas que obtuvieron un 80% de confirmación por parte de las participantes. Las respuestas en "Hiperventilación" arrojan que 25% de la muestra refirió "nunca" haber percibido un aumento del síntoma; 15% indicó que "casi nunca", 50% "ocasionalmente", 5% "casi todos los días" y "todos los días" también 5%. Respecto al síntoma "dificultad para ponerse de pie" la muestra 25% de los participantes refirieron "nunca" notar un incremento en la manifestación del síntoma.

Tabla 23*Tabla de Cruce de variables: Síntomas Disautonómicos Encuestados y Niveles de Estrés evaluados*

Tipo de Disautonomía	Opción de Respuesta	Niveles de Estrés			Totales	Porcentajes (%)
		Bajo	Promedio	Alto		
Fatiga	Nunca	0	0	0	0	0%
	Casi Nunca	0	1	0	1	5%
	Ocasionalmente	2	8	3	13	65%
	Casi Todos los días	0	5	1	6	30%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
	Totales	2	14	4	20	100%
Sensación de Mareo	Nunca	0	1	0	1	5%
	Casi Nunca	0	2	1	3	15%
	Ocasionalmente	2	8	3	13	65%
	Casi Todos los días	0	3	0	3	15%
	Todos los días	0	0	0	0	0
	Totales	2	14	4	20	100%
Sensación de Visión Borrosa	Nunca	0	2	0	2	10%
	Casi Nunca	1	4	2	7	35%
	Ocasionalmente	1	7	2	10	50%
	Casi Todos los días	0	0	0	0	0%
	Todos los días	0	1	0	1	5%
	Totales	2	14	4	20	100%
Sensación de Movimiento de Objetos Alrededor	Nunca	0	4	1	5	25%
	Casi Nunca	1	3	0	4	20%
	Ocasionalmente	1	7	3	11	55%
	Casi Todos los días	0	0	0	0	0%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
	Totales	2	14	4	20	100%

Vértigo	Nunca	0	3	1	4	20%
	Casi Nunca	0	2	0	2	10%
	Ocasionalmente	2	6	3	11	55%
	Casi Todos los días	0	3	0	3	15%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales	2	14	4	20	100%	
Pérdida del Control de los Movimientos	Nunca	1	9	3	13	65%
	Casi Nunca	0	0	0	0	0%
	Ocasionalmente	1	5	1	7	35%
	Casi Todos los días	0	0	0	0	0%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales	2	14	4	20	100%	
Diaforesis	Nunca	1	1	2	4	20%
	Casi Nunca	0	5	0	5	25%
	Ocasionalmente	1	3	2	6	30%
	Casi Todos los días	0	4	0	4	20%
	Todos los días	0	1	0	1	5%
Totales	2	14	4	20	100%	
Náuseas	Nunca	0	3	1	4	20%
	Casi Nunca	0	4	1	5	25%
	Ocasionalmente	2	5	2	9	45%
	Casi Todos los días	0	2	0	2	10%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales	2	14	4	20	100%	
Hiperventilación	Nunca	0	4	1	5	25%
	Casi Nunca	0	3	0	3	15%
	Ocasionalmente	2	5	3	10	50%
	Casi Todos los días	0	1	0	1	5%
	Todos los días	0	1	0	1	5%
Totales	2	14	4	20	100%	

Dificultad para Ponerse de Pie o Mantenerse de pie	Nunca	1	3	1	5	25%
	Casi Nunca	0	5	0	5	25%
	Ocasionalmente	1	3	3	7	35%
	Casi Todos los días	0	2	0	2	10%
	Todos los días	0	1	0	1	5%
Totales		2	14	4	20	100%
Presíncope	Nunca	0	2	1	3	15%
	Casi Nunca	1	5	2	8	40%
	Ocasionalmente	1	5	0	6	30%
	Casi Todos los días	0	2	1	3	15%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales		2	14	4	20	100%
Lipotimia	Nunca	0	3	0	3	15%
	Casi Nunca	0	4	2	6	30%
	Ocasionalmente	2	6	1	9	45%
	Casi Todos los días	0	1	1	2	10%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales		2	14	4	20	100%
Síncope	Nunca	0	8	2	10	50%
	Casi Nunca	1	2	1	4	20%
	Ocasionalmente	1	4	1	6	30%
	Casi Todos los días	0	0	0	0	0%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales		2	14	4	20	100%
Bradycardia	Nunca	0	5	2	7	35%
	Casi Nunca	0	3	1	4	20%
	Ocasionalmente	2	5	0	7	35%
	Casi Todos los días	0	1	1	2	10%
	Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales		2	14	4	20	100%
Sensación de Dolor Abdominal	Nunca	0	6	1	7	35%
	Casi Nunca	1	3	1	5	25%

Ocasionalmente	1	2	2	5	25%
Casi Todos los días	0	3	0	3	15%
Todos los días	0	0	0	0	0%
Totales	2	14	4	20	100%
Nunca	0	1	0	1	5%
Casi Nunca	0	5	0	5	25%

En este apartado se describirán las relaciones más relevantes entre la sintomatología disautonómica y estrés, en la sintomatología disautonómica algunos de estos síntomas son generalizados y otros característicos de los diferentes tipos de esta. Está organizada en diferentes niveles de frecuencia (Nunca, casi nunca, ocasionalmente, casi todos los días, todos los días), y respecto al estrés está dividido en tres niveles de intensidad (Bajo, promedio y alto), donde cualquiera de los tres niveles implica que la persona ha experimentado estrés. Cabe resaltar que la muestra no fue evaluada bajo fuentes significativas de estrés y este estudio no hizo manipulación de variables.

Fatiga: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 65% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio**, caso similar al 30% que respondió **casi todos los días** y se encuentra en el mismo nivel.

Sensación de mareo: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 65% de la muestra en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio**, caso similar al 15% que respondió **casi todos los días** y el 15% que respondió **casi nunca** y se encuentran en el mismo nivel.

Sensación de visión borrosa: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio**, caso similar al 35% que respondió **casi Nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Sensación de movimiento de objetos alrededor: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 55% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 25% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Vértigo: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 55% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 20% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Pérdida del control de los movimientos: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 65% de la muestra, en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 30% que respondió **ocasionalmente** y se encuentra en el mismo nivel.

Diaforesis: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 30% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **Promedio**, caso similar al 25% que respondió **casi nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Náuseas: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 45% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio**, caso similar al 25% que respondió "Casi nunca" y se encuentra en el mismo nivel.

Hiperventilación: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 25% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Dificultad para ponerse de pie o mantenerse de pie: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 35% de la muestra en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel promedio, caso similar al 25% que respondió casi **todos los días** y el 25% que respondió **nunca** y se encuentran en el mismo nivel.

Presíncope: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 40% de la muestra, en su mayoría respondió que casi **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 30% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Lipotimia: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 45% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 30% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Síncope: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 25% que respondió **ocasionalmente** y se encuentra en el mismo nivel.

Bradycardia: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 35% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 35% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Sensación de dolor abdominal: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 35% de la muestra en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio**, el 25% que respondió **casi todos los días** y el 25% que respondió **ocasionalmente** y se encuentran en el mismo nivel.

Piel pálida: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 25% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Bostezo con frecuencia: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 35% de la muestra en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio**, el 25% que respondió casi **nunca** y el 25% que respondió **ocasionalmente** y se encuentran en el mismo nivel.

Síntomas auditivos: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 45% de la muestra en su mayoría respondió que **casi nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio**, el 20% que respondió **nunca** y el 20% que respondió **ocasionalmente** y se encuentran en el mismo nivel.

Dificultad para concentrarse: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 25% que respondió **casi todos los días** y se encuentra en el mismo nivel.

Necesidad de irrigación sanguínea: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 35% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 25% que respondió **casi nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Disminución del deseo sexual: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 55% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 25% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Pérdida de la estabilidad: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 40% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 30% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Pérdida de la orientación espacial: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 60% de la muestra, en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 30% que respondió **ocasionalmente** y se encuentra en el mismo nivel.

Parestesia: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **casi nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 25% que respondió **ocasionalmente** y se encuentra en el mismo nivel.

Desagrado o dificultad ante el ejercicio: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 30% de la muestra en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 25% que respondió **casi nunca** y el 25% que respondió **casi todos los días** y se encuentran en el mismo nivel.

Palpitaciones: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 40% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 30% que respondió **casi todos los días** y se encuentra en el mismo nivel.

Sensación de temblor: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 45% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 25% que respondió **casi nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Acrocianosis: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 20% que respondió **casi nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Cefalea: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 35% que respondió **casi todos los días** y se encuentra en el mismo nivel.

Dolor muscular y articular: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 35% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 30% que respondió **casi nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Insomnio: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 55% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 25% que respondió **casi todos los días** y se encuentra en el mismo nivel.

Dificultad para respirar o sensación de falta de aire: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 50% de la muestra en su mayoría respondió que **casi nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 20% que respondió **ocasionalmente** y el 20% que respondió **nunca** y se encuentran en el mismo nivel.

Sensación de intolerancia al **calor: Insomnio**: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 40% de la muestra, en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 30% que respondió **ocasionalmente** y se encuentra en el mismo nivel.

Sensación de frío sin causa aparente: Insomnio: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 60% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** caso similar al 15% que respondió **todos los días** y se encuentra en el mismo nivel.

Poliuria: Insomnio: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 45% de la muestra, en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 35% que respondió **ocasionalmente** y se encuentra en el mismo nivel.

Diarrea: Insomnio: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 45% de la muestra, en su mayoría respondió que **ocasionalmente** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel "Promedio" y el 30% que respondió **nunca** y se encuentra en el mismo nivel.

Gastroparesia: Insomnio: Se puede visualizar en la tabla de acuerdo con los datos, que el 55% de la muestra, en su mayoría respondió que **nunca** percibe un aumento del síntoma debido al estrés, el cual tiene un nivel **promedio** y el 25% que respondió **ocasionalmente** y se encuentra en el mismo nivel.

8 Discusión

La hipótesis de esta investigación surge a partir de la revisión de la escasa documentación hallada respecto a la disautonomía, en la cual, se plantea que la sintomatología de esta enfermedad incrementa ante la presencia de trastornos del estado de ánimo o alteraciones emocionales. Es así que para esta investigación tras la revisión se pudo evidenciar con los autores Solís y García (2016) en su libro *Un síndrome llamado disautonomía* que la sintomatología se agrava o se incrementa cuando hay presencia del estrés en el entorno del sujeto, lo que ejemplifican con la fibromialgia (FM) que tiende a tener un sistema nervioso simpático (SNS) muy activo y funcional que ante fuentes de estrés disminuye

notablemente la actividad simpática del sistema nervioso, generando una descompensación en el sujeto debido a la acción simpática sostenida.

Caso similar ocurre en el Síndrome de Colon Irritable (SCI) el cual es un trastorno disautonómico gastrointestinal que genera distensión abdominal, estreñimiento y diarrea cuyos síntomas se agravan cuando el enfermo presenta lapsos de estrés físico o emocional. La exacerbación del estrés en este caso incrementa el incorrecto funcionamiento del intestino delgado y tiende a normalizarse con sueño reparador (Solís y García, 2016). Frente a los trastornos anímicos presentes en la disautonomía el autor menciona que, “el paciente se encuentra en un círculo vicioso en el cual los malestares físicos no ayudan al estado anímico, además de que el estrés exagera los malestares físicos” (Solís y García, 2016, p. 19).

Partiendo de lo anterior Hernández et al. (2004) mencionan que el estrés es un proceso fisicoquímico emocional inductor de tensión que favorece la liberación de sustancias y neurotransmisores que incluso pueden inducir a la aparición de alteraciones conductuales. Además de eso Según Lazarus (2000) esta se origina bajo la complejidad de las diferencias individuales, condiciones del entorno que posee cada individuo y la particular relación entre las personas y el medio, lo que hace que padecerlo hoy en día sea tan común hasta el punto de normalizar, pero aun así no podemos evadir las consecuencias psíquicas y/o somáticas que esto acarrea.

Es así como surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son los niveles de estrés y su relación con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en departamento de Antioquia?, cuyo género y número de la muestra se configuraron de forma conveniente, teniendo presente que la participación en esta investigación fue de manera voluntaria, sin ánimo de lucro y cumpliendo criterios establecidos de inclusión y exclusión.

Por otra parte, las experiencias de incomodidad, molestias y frustración relacionadas con la salud, las finanzas, el trabajo, la familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales no representan una fuente de estrés significativo que pueda entenderse como patológico.

Al calcular los niveles de estrés, de acuerdo con los autores consultados la manifestación de los diferentes síntomas disautonómicos se incrementa en intensidad y frecuencia ante la presencia de trastornos del estado de ánimo o desregulaciones emocionales como ya se mencionó. Varios autores concuerdan en que el estrés es uno de los factores que más incide en el incremento del padecimiento de los síntomas.

Lazarus y Folkman 1986, como se citó en Boyero, (2017) son importantes teóricos del estrés, ellos plantean que el estrés genera respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y psicológicas. Se origina debido a la valoración subjetiva de situaciones entendidas como potencialmente estresantes. A su vez, los autores aclaran que las fuentes de estrés son variadas y comprenden factores individuales, sociales y alteraciones en el correcto funcionamiento del organismo.

El cuestionario *perfil de estrés* desarrollado con base en la teoría de Richard Lazarus y Folkman se centra en evaluar los niveles de estrés en diferentes áreas de la vida de las personas, como lo es la salud física y mental, su ambiente social, laboral y respecto al funcionamiento cognitivo. A través de dicho cuestionario evaluamos a la muestra seleccionada a conveniencia para el desarrollo de este proyecto, con el fin de calcular los niveles de estrés en las participantes, el cual es uno de los objetivos específicos propuestos para esta investigación.

Es importante aclarar que la escala de estrés en el cuestionario comprende estrés relacionado con el estado de salud, trabajo, finanzas, familia, entorno social y ambiente (Nowack,2002). Los resultados de la evaluación de esta variable reflejan un nivel de estrés promedio, siendo la media 51.1, respecto a los puntajes T, es importante aclarar que a partir de un valor de 60 en los puntajes T se considera que hay un nivel de estrés relativamente alto, por lo cual, los puntajes en esta variable sugieren que, si hay estrés en las participantes, no obstante, no son determinante del surgimiento de síntomas patológicos característicos de un nivel de estrés más alto; a saber, incomodidad, molestia, cansancio emocional y físico, frustración, falta de energía, entre otros, cuya percepción representen un

malestar subjetivo significativo. Si bien no hay presencia de niveles altos de estrés, existe, sin embargo, gran posibilidad de que a partir de estos niveles las participantes manifiesten síntomas psicofísicos; pues como señala Lazarus y Folkman, como se citó en (1986) ante el estrés se pueden producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas; síntomas psicósomáticos, tales como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento e indigestión e incluso se plantea que las respuestas emocionales y conductuales tengan algún efecto sobre los síntomas.

Al relacionar los niveles de estrés con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en la ciudad de Medellín basados en las afirmaciones de Solís y García (2016), de que el estrés aumenta la manifestación sintomatológica de la Fibromialgia, el síndrome de Colon irritable y diferentes tipos de Disautonomías se ha evidenciado que tanto el ejercicio cómo el estrés exacerba los síntomas. Frente a ello, en los resultados de esta investigación efectivamente las participantes han notado un incremento en la manifestación de los diferentes síntomas que padecen debido al estrés. Más del 50% de las participantes manifestó haber percibido un aumento ocasional de fatiga, sensación de mareo, sensación de visión borrosa, sensación de movimiento de objetos alrededor, vértigo, hiperventilación, piel pálida, dificultad para concentrarse, disminución del deseo sexual, cefalea, insomnio, sensación de frío sin causa aparente, los cuales son un conjunto de síntomas que corresponde al 32.4 % del total de los síntomas encuestados (37).

Por otro lado, los resultados del cuestionario sugieren que las participantes se encuentran bajo un nivel de estrés promedio, sin representar malestares significativos, aunque siendo lo suficientemente fuerte para generar tensión. De manera similar, tras la sumatoria de los porcentajes de las opciones de respuesta en casa síntoma, con excepción de la opción “nunca”, dado que está significa que nunca se ha percibido un aumento del síntoma, se halló que los síntomas; diaforesis, náuseas, dificultad para ponerse o mantenerse de pie, presíncope, lipotimia, bradicardia, sensación de dolor

abdominal, bostezo con frecuencia, síntomas auditivos, necesidad de mayor irrigación sanguínea, pérdida de estabilidad, parestesia, desagrado o dificultad ante el ejercicio, palpitaciones, sensación de temblor, dolor muscular y articular, dificultad o sensación de falta de aire, sensación de intolerancia al calor, poliuria, diarrea, han sido percibidos como exacerbados por parte de las participantes a raíz de la percepción simultánea de estrés y representan el 54.% del total de los síntomas encuestados, si bien los niveles de estrés son variados y oscilan entre bajo y alto, la confirmación de intensificación del síntoma, indica que ante los bajos niveles de estrés percibido también se producen incrementos del síntoma.

Ahora bien, fueron pocos los síntomas en los que la muestra según los porcentajes obtenidos; refirió en un valor de 50% o mayor “nunca” haber experimentado aumento del síntoma debido al estrés (pérdida de control en los movimientos, síncope, pérdida de orientación espacial, acrocianosis, gastroparesia), este pequeño conjunto síntomas corresponde al 13.5% del total de los síntomas. De tal manera, la tensión producida por los niveles de estrés en la muestra, según las participantes lo indican han sido influyentes respecto al aumento de la sensación del síntoma. Hecho que respalda la afirmación de González y Landero (2008) en la cual señalan que ante la percepción de estrés se pueden producir síntomas psicósomáticos, explicando de manera complementaria que las respuestas emocionales y conductuales ante el estrés también tienen efecto sobre los síntomas. Del mismo modo, dicho resultado está en concordancia con la descripción que hace del estrés Pruessner et al., 2007, como se citó en Ortega, (2019) indicando que el estrés es similar a un sistema de activación emocional que genera reacciones fisiológicas que afecta las propiedades de las células cerebrales, el funcionamiento del sistema nervioso y los procesos conductuales y cognitivos. Teniendo en cuenta las apreciaciones de Dickerson y Kemeny 2004, como se citó en Ortega, (2019) “Esta reacción se produce por el efecto de los estímulos estresores, condiciones que afectan la homeóstasis y la fisiología de un organismo” (P.2). Por tanto, según los resultados hallados, es viable pensar que el estrés sí aumenta el padecimiento del síntoma en la muestra evaluada.

Finalmente, el 86.4% del total de los **síntomas utilizados para el desarrollo** de la encuesta fueron identificados por parte de las participantes como exacerbados tras la percepción de estrés, difieren en la frecuencia con la que se incrementa su manifestación y el nivel de estrés que influye en dicho aumento, sin embargo, las respuestas de la muestra reflejan que incluso, ante bajos niveles de estrés, han percibido incremento en la manifestación sintomatológica del porcentaje de los síntomas señalado.

Por otra parte, se exponen las comparaciones entre los antecedentes investigativos y los resultados obtenidos en esta investigación.

De acuerdo con lo expuesto por **Fernández Esther** en su estudio “Perfil de Estrés en la Fibromialgia: una aproximación Biopsicosocial” quien aborda la **disautonomía** a partir del estudio de mujeres con **fibromialgia** en comparación con mujeres sin la condición, y propone que “el estrés es un factor clave en el proceso de desarrollo y mantenimiento de los síntomas asociados a la **fibromialgia**” (p.99). A partir de su estudio la autora concluyó que: “Las mujeres con FM en comparación con las sanas presentaron significativamente mayor disfunción del SNA, mayores niveles de distrés emocional y de estrés social”. Lo anterior expuesto, en **comparación** con los resultados obtenidos en la presente investigación, se relaciona en la medida en que, los síntomas disautonómicos característicos de la **fibromialgia** que ante la percepción del estrés aumentan en el 50% o más de la muestra, con una frecuencia de “ocasionalmente” son: fatiga, cefalea, insomnio y dificultad para concentrarse.

La relación y diferencia metodológica entre el estudio de Fernández Esther del (2019) y la presente investigación es: ambas investigaciones tienen como grupo poblacional a mujeres, se diferencia en que Esther sólo aborda a población con FM y para este estudio se consideró cualquier tipo de disautonomía. Para medir el estrés, Fernández implementó la Escala de Sucesos Vitales SRRS y el presente estudio utilizó el Perfil del Estrés, en ambos estudios se realizó un cuestionario para evaluar las variables sociodemográficas de la muestra.

Con base a la misma muestra Lledó Ana y Fernández Esther (2019) realizaron un estudio titulado “El papel del apoyo social en la regulación fisiológica del estrés: El caso de la fibromialgia” con el objetivo de evaluar la estructura de la red de apoyo social en mujeres con FM, concluyeron que la red de apoyo principal es la familiar y que a mayor apoyo mayores son los elementos de la persona para afrontar una situación, además, en su investigación expresaron.

“Llama la atención los escasos estudios realizados en los últimos años sobre el apoyo social en población con fibromialgia. Asimismo, los pocos trabajos realizados evalúan principalmente la dimensión estructural y ninguno incluye la dimensión cualitativa como la satisfacción percibida” (p. 65).

Con lo anteriormente expuesto, el desarrollo de esta investigación aborda la falencia investigativa formulada por Lledó y Fernández, demostrando que, para las 20 mujeres con diversos tipos de disautonomías evaluadas con el Perfil del Estrés, en la escala de Red de Apoyo Social que determina el grado en el que la persona siente que puede contar con otros individuos para obtener un apoyo emocional, consejo, ayuda, amor incondicional e información, su nivel de satisfacción con el apoyo, la frecuencia en la que se percibe apoyado y la intensidad con la que utiliza el apoyo. Esta escala se enfoca en cinco categorías de personas para el nivel de apoyo, estas son: jefe y personas del trabajo, pareja, familia nuclear, extendida y amigos. Los resultados obtenidos arrojaron que la muestra se encuentra en un nivel intermedio de satisfacción con el apoyo, lo que indica que naturalmente se sienten apoyados.

Para el último antecedente investigativo se encuentra la tesis formulada por Agudelo et al., (2016) de universidad del CES de Medellín titulada *Caracterización De la Población con Disautonomía Residentes en la Ciudad de Medellín* que tiene como objetivo caracterizar a pacientes con disautonomía, sus manifestaciones clínicas y las estrategias que implementaron para disminuirlas. En relación con lo propuesto, para la presente investigación, en los resultados se obtuvieron que los síntomas que aumentan en un 50% o más, con una frecuencia de **ocasionalmente** para todos los tipos de **disautonomía** evaluados, son: fatiga, sensación de mareo, sensación de visión borrosa, sensación de

movimiento de objetos alrededor, vértigo, hiperventilación, piel pálida, dificultad para concentrarse, disminución del deseo sexual, cefalea, insomnio, sensación de frío sin causa aparente.

Para las estrategias que implementan los participantes con el fin de disminuir los síntomas, se consideran para este estudio la Escala de Estilos de Afrontamiento con las subescalas de: **Valoración Positiva** con un dato medio de (51) correspondiente a 15 participantes de las 20 totales, **Valoración Negativa** con un dato medio de (13,35) indicando que ninguna de las 20 participantes puntúan ni medio ni alto en esta subescala, en donde se aclara que no se perciben a sí mismas de manera autocrítica y fatalista, **Minimización de la Amenaza** su dato medio de (52,1) con un número de 14 participantes de 20 y **Concentración en el Problema** con un dato medio de (55,85) indicando a 8 participantes de las totales. Estos resultados permiten analizar que en el dato genera obtenido por la muestra, se haya un estilo de afrontamiento con una alta tendencia a autoexigirse y motivarse para enfrentar las amenazas, con una mirada muy poco fatalista frente a los sucesos y más bien una tendencia a evitar los estresores como una manera de mitigar los síntomas productos del estrés, para concentrarse en el problema con el objetivo de diseñar un plan de acción que le permita a la persona afrontar la situación que le genera estrés.

9 Conclusiones

Dentro de los principales elementos concluyentes de esta investigación, después de haber observado escasa evidencia científica, empírica y vacíos teóricos sobre la disautonomía, algunos autores como Solís y García (2016) mencionan una relación del estrés con el aumento de la sintomatología disautonómica, sin embargo, no profundizan lo suficiente en dicha relación, por lo cual se construye la pregunta de investigación, partir de esta, se genera la hipótesis de que ante la presencia del estrés se aumenta la sintomatología de la enfermedad, que se corrobora mediante la aplicación e interpretación del perfil de estrés de Kenneth M. Nowack y una encuesta en la que se relacionan los

niveles de estrés y la frecuencia de la sintomatología, lo cual, permitió concluir que, el 86.4% de los síntomas fueron identificados por parte de las participantes como exacerbados tras percibirse estresadas, generando un precedente investigativo que afirma la hipótesis inicial con base en las pruebas suficientes y el rigor necesario, generando bases sólidas a partir de las cuales pueden surgir nuevas investigaciones.

El total de la muestra son mujeres con un promedio de edad de 31 años pertenecientes a la clase económica media baja cuyo nivel educativo promedia la educación superior, en su mayoría son solteras y sin hijos.

Por otro lado, el tipo de disautonomía más encontrado fue el **síncope mediado neuralmente**. Los niveles de estrés en las participantes son niveles no patológicos; tienen implicaciones, más no son consideradas altamente negativas. La mayoría de las mujeres que participaron en la investigación han experimentado diversidad de síntomas disautonómicos, muchos característicos de su diagnóstico, otros por su parte, se hallan descritos en la bibliografía como correspondientes a otros tipos de disautonomía. La mayor frecuencia con la que las participantes notan un aumento del síntoma es *ocasionalmente* y la mayoría refirió haber percibido un aumento en la intensidad o frecuencia del síntoma cuando se perciben estresadas. Menos del 15% de los síntomas fueron advertidos por la muestra como exentos de la influencia del estrés entendido como influyente respecto a su incremento.

Al no existir suficiente fundamento teórico ni evidencia científica sobre las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la disautonomía, esta investigación aporta la visibilización de las características sintomatológicas del síndrome disautonómico y sus diferentes manifestaciones. Del mismo modo contribuye a la comprensión de la relación entre variables psicológicas y el correcto funcionamiento orgánico, independientemente de si este se encuentra sano o no, proporcionando conocimiento sobre las implicaciones que tiene la interrelación entre ambos aspectos. Por otro lado,

aporta al incremento de la escasa evidencia empírica que hay sobre la influencia que tiene los trastornos del estado de ánimo o las desregulaciones emocionales en el correcto funcionamiento fisiológico.

La participación e interés de profesionales de la salud frente al proceso de la obtención de conocimiento sobre la disautonomía; qué es, cómo surge, cuáles son sus síntomas e implicaciones, cómo se diagnostica y cuál es el tratamiento ideal, actualmente es muy escaso. Por tanto, esta investigación a través de la visibilización de la enfermedad en el ámbito académico de la psicología, pondrá en evidencia dicha escasez, como también la necesidad de incrementar los esfuerzos por conocer acerca de esta olvidada enfermedad y, sobre todo, servirá de estímulo para que incentiven procesos investigativos que a largo plazo signifiquen mayor cualificación del personal de salud frente la atención de este síndrome y de esa manera se logré disminuir vacíos de conocimiento científico al respecto, el número de personas mal diagnosticadas, los procesos largos y tediosos de diagnóstico y la fatídica noticia para el paciente en la que se le informa que para su padecimiento no hay tratamiento y debe conformarse con aumentar su ingesta de sal, hacer deporte, tomar agua y adaptarse a los síntomas.

Se recomienda implementar una metodología experimental que permita trabajar con variables como estrés, con el propósito de obtener más información sobre las características del incremento y variación de los síntomas disautonómicos que puede presentar una población evaluada, tanto en situaciones estresantes como aquellas que no lo son. A partir de la búsqueda documental se sugiere a futuros investigadores, especialmente a psicólogos, iniciar indagaciones sobre la posible relación entre la disautonomía y la ansiedad.

Otra de las posibles relaciones que se pueden construir a partir de los hallazgos de este estudio es evaluar la importancia e implicaciones que tiene la Red de Apoyo y las Estrategias de Afrontamiento en personas con Disautonomía, con el fin de observar si existen una disminución de los síntomas o una mayor adaptabilidad a los mismos. Por último, entre las diversas hipótesis futuras, aún cabe una

pregunta por hacerse ¿por qué la mayoría de la población con disautonomía son mujeres? Estas y muchas otras preguntas aguardan ser respondidas por los científicos presentes y los venideros.

Para futuros investigadores y lectores es importante expresar que las limitaciones a fin de llevar a cabo la presente investigación fueron muchas, iniciando por la escasez de contenido científico frente al tema, el desconocimiento de múltiples disciplinas respecto a la condición disautonómica, hecho que incrementa el abandono de la población, aumenta el descontento y la incredulidad de los posibles participantes. A pesar de estar diagnosticadas muchas de las participantes desconocen su tipo de disautonomía e implicaciones. El arduo trabajo investigativo que se debe considerar para la búsqueda de instrumentos psicométricos sobre estrés en la población colombiana, debido a que son pocos los validados en el país, y los encontrados se encuentran con precios muy elevados.

Todas estas limitaciones hacen del proceso investigativo una labor de mayor compromiso, sin embargo, siendo algunos de los pioneros frente al tema, especialmente en la ciudad de Medellín, se convierte en todo un reto y un honor darle voz a esta población, arrojar conocimientos en medio de tanto silencio investigativo y concluir satisfactoriamente con este aporte a la ciencia.

10 Discusión

La hipótesis de esta investigación surge a partir de la revisión de la escasa documentación hallada respecto a la disautonomía, en la cual, se plantea que la sintomatología de esta enfermedad incrementa ante la presencia de trastornos del estado de ánimo o alteraciones emocionales. Es así que para esta investigación tras la revisión se pudo evidenciar con los autores Solís y García (2016) en su libro *Un síndrome llamado disautonomía* que la sintomatología se agrava o se incrementa cuando hay presencia del estrés en el entorno del sujeto, lo que ejemplifican con la fibromialgia (FM) que tiende a tener un sistema nervioso simpático (SNS) muy activo y funcional que ante fuentes de estrés disminuye

notablemente la actividad simpática del sistema nervioso, generando una descompensación en el sujeto debido a la acción simpática sostenida.

Caso similar ocurre en el Síndrome de Colon Irritable (SCI) el cual es un trastorno disautonómico gastrointestinal que genera distensión abdominal, estreñimiento y diarrea cuyos síntomas se agravan cuando el enfermo presenta lapsos de estrés físico o emocional. La exacerbación del estrés en este caso incrementa el incorrecto funcionamiento del intestino delgado y tiende a normalizarse con sueño reparador (Solís y García, 2016). Frente a los trastornos anímicos presentes en la disautonomía el autor menciona que, “el paciente se encuentra en un círculo vicioso en el cual los malestares físicos no ayudan al estado anímico, además de que el estrés exagera los malestares físicos” (Solís y García, 2016, p. 19).

Partiendo de lo anterior Hernández et al. (2004) mencionan que el estrés es un proceso fisicoquímico emocional inductor de tensión que favorece la liberación de sustancias y neurotransmisores que incluso pueden inducir a la aparición de alteraciones conductuales. Además de eso Según Lazarus (2000) esta se origina bajo la complejidad de las diferencias individuales, condiciones del entorno que posee cada individuo y la particular relación entre las personas y el medio, lo que hace que padecerlo hoy en día sea tan común hasta el punto de normalizar, pero aun así no podemos evadir las consecuencias psíquicas y/o somáticas que esto acarrea.

Es así como surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son los niveles de estrés y su relación con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en la ciudad de Medellín?, cuyo género y número de la muestra se configuraron de forma conveniente, teniendo presente que la participación en esta investigación fue de manera voluntaria, sin ánimo de lucro y cumpliendo criterios establecidos de inclusión y exclusión.

Por tanto, las experiencias de incomodidad, molestias y frustración relacionadas con la salud, las finanzas, el trabajo, la familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales no representan una fuente de estrés significativo que pueda entenderse como patológico.

Al calcular los niveles de estrés, de acuerdo con los autores consultados la manifestación de los diferentes síntomas disautonómicos se incrementa en intensidad y frecuencia ante la presencia de trastornos del estado de ánimo o desregulaciones emocionales como ya se mencionó. Varios autores concuerdan en que el estrés es uno de los factores que más incide en el incremento del padecimiento de los síntomas.

Lazarus y Folkman 1986, como se citó en Boyero, (2017) son importantes teóricos del estrés, ellos plantean que el estrés genera respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y psicológicas. Se origina debido a la valoración subjetiva de situaciones entendidas como potencialmente estresantes. A su vez, los autores aclaran que las fuentes de estrés son variadas y comprenden factores individuales, sociales y alteraciones en el correcto funcionamiento del organismo.

El cuestionario *perfil de estrés* desarrollado con base en la teoría de Richard Lazarus y Folkman se centra en evaluar los niveles de estrés en diferentes áreas de la vida de las personas, como lo es la salud física y mental, su ambiente social, laboral y respecto al funcionamiento cognitivo. A través de dicho cuestionario evaluamos a la muestra seleccionada a conveniencia para el desarrollo de este proyecto, con el fin de calcular los niveles de estrés en las participantes, el cual es uno de los objetivos específicos propuestos para esta investigación.

Es importante aclarar que la escala de estrés en el cuestionario comprende estrés relacionado con el estado de salud, trabajo, finanzas, familia, entorno social y ambiente (Nowack,2002). Los resultados de la evaluación de esta variable reflejan un nivel de estrés promedio, siendo la media 51.1, respecto a los puntajes T, es importante aclarar que a partir de un valor de 60 en los puntajes T se considera que hay un nivel de estrés relativamente alto, por lo cual, los puntajes en esta variable

sugieren que, si hay estrés en las participantes, no obstante, no son determinante del surgimiento de síntomas patológicos característicos de un nivel de estrés más alto; a saber, incomodidad, molestia, cansancio emocional y físico, frustración, falta de energía, entre otros, cuya percepción representen un malestar subjetivo significativo. Si bien no hay presencia de niveles altos de estrés, existe, sin embargo, gran posibilidad de que a partir de estos niveles las participantes manifiesten síntomas psicofísicos; pues como señala Lazarus y Folkman, como se citó en (1986) ante el estrés se pueden producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas; síntomas psicósomáticos, tales como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento e indigestión e incluso se plantea que las respuestas emocionales y conductuales tengan algún efecto sobre los síntomas.

Al relacionar los niveles de estrés con la sintomatología disautonómica en un grupo de 20 mujeres diagnosticadas con disautonomía en la ciudad de Medellín basados en las afirmaciones de Solís y García (2016), de que el estrés aumenta la manifestación sintomatológica de la Fibromialgia, el síndrome de colon irritable y diferentes tipos de Disautonomías se ha evidenciado que tanto el ejercicio como el estrés exacerba los síntomas. Frente a ello, en los resultados de esta investigación efectivamente las participantes han notado un incremento en la manifestación de los diferentes síntomas que padecen debido al estrés. Más del 50% de las participantes manifestó haber percibido un aumento ocasional de fatiga, sensación de mareo, sensación de visión borrosa, sensación de movimiento de objetos alrededor, vértigo, hiperventilación, piel pálida, dificultad para concentrarse, disminución del deseo sexual, cefalea, insomnio, sensación de frío sin causa aparente, los cuales son un conjunto de síntomas que corresponde al 32.4 % del total de los síntomas encuestados (37).

Por otro lado, los resultados del cuestionario sugieren que las participantes se encuentran bajo un nivel de estrés promedio, sin representar malestares significativos, aunque siendo lo suficientemente fuerte para generar tensión. De manera similar, tras la sumatoria de los porcentajes de

las opciones de respuesta en casa síntoma, con excepción de la opción “nunca”, dado que está significa que nunca se ha percibido un aumento del síntoma, se halló que los síntomas; diaforesis, náuseas, dificultad para ponerse o mantenerse de pie, presíncope, lipotimia, bradicardia, sensación de dolor abdominal, bostezo con frecuencia, síntomas auditivos, necesidad de mayor irrigación sanguínea, pérdida de estabilidad, parestesia, desagrado o dificultad ante el ejercicio, palpitaciones, sensación de temblor, dolor muscular y articular, dificultad o sensación de falta de aire, sensación de intolerancia al calor, poliuria, diarrea, han sido percibidos como exacerbados por parte de las participantes a raíz de la percepción simultánea de estrés y representan el 54.% del total de los síntomas encuestados, si bien los niveles de estrés son variados y oscilan entre bajo y alto, la confirmación de intensificación del síntoma, indica que ante los bajos niveles de estrés percibido también se producen incrementos del síntoma.

Ahora bien, fueron pocos los síntomas en los que la muestra según los porcentajes obtenidos; refirió en un valor de 50% o mayor “nunca” haber experimentado aumento del síntoma debido al estrés (pérdida de control en los movimientos, síncope, pérdida de orientación espacial, acrocianosis, gastroparesia), este pequeño conjunto síntomas corresponde al 13.5% del total de los síntomas. De tal manera, la tensión producida por los niveles de estrés en la muestra, según las participantes lo indican han sido influyentes respecto al aumento de la sensación del síntoma. Hecho que respalda la afirmación de González y Landero (2008) en la cual señalan que ante la percepción de estrés se pueden producir síntomas psicósomáticos, explicando de manera complementaria que las respuestas emocionales y conductuales ante el estrés también tienen efecto sobre los síntomas. Del mismo modo, dicho resultado está en concordancia con la descripción que hace del estrés Pruessner et al., 2007, como se citó en Ortega, (2019) indicando que el estrés es similar a un sistema de activación emocional que genera reacciones fisiológicas que afecta las propiedades de las células cerebrales, el funcionamiento del sistema nervioso y los procesos conductuales y cognitivos. Teniendo en cuenta las apreciaciones de Dickerson y Kemeny 2004, como se citó en Ortega, (2019) “Esta reacción se produce

por el efecto de los estímulos estresores, condiciones que afectan la homeóstasis y la fisiología de un organismo” (P.2). Por tanto, según los resultados hallados, es lógico pensar que el estrés sí aumenta el padecimiento del síntoma en la muestra evaluada.

Finalmente, el 86.4% del total de los síntomas utilizados para el desarrollo de la encuesta fueron identificados por parte de las participantes como exacerbados tras la percepción de estrés, difieren en la frecuencia con la que se incrementa su manifestación y el nivel de estrés que influye en dicho aumento, sin embargo, las respuestas de la muestra reflejan que incluso, ante bajos niveles de estrés, han percibido incremento en la manifestación sintomatológica del porcentaje de los síntomas señalado.

Por otra parte, se exponen las comparaciones entre los antecedentes investigativos y los resultados obtenidos en esta investigación.

De acuerdo con lo expuesto por Fernández Esther en su estudio “Perfil de Estrés en la Fibromialgia: una aproximación Biopsicosocial” quien aborda la disautonomía a partir del estudio de mujeres con fibromialgia en comparación con mujeres sin la condición, y propone que “el estrés es un factor clave en el proceso de desarrollo y mantenimiento de los síntomas asociados a la fibromialgia” (p.99). A partir de su estudio la autora concluyó que: “Las mujeres con FM en comparación con las sanas presentaron significativamente mayor disfunción del SNA, mayores niveles de distrés emocional y de estrés social”. Lo anterior expuesto, en comparación con los resultados obtenidos en la presente investigación, se relaciona en la medida en que, los síntomas disautonómicos característicos de la fibromialgia que ante la percepción del estrés aumentan en el 50% o más de la muestra, con una frecuencia de “ocasionalmente” son: fatiga, cefalea, insomnio y dificultad para concentrarse.

La relación y diferencia metodológica entre el estudio de Fernández Esther del (2019) y la presente investigación es: ambas investigaciones tienen como grupo poblacional a mujeres, se diferencia en que Esther sólo aborda a población con FM y para este estudio se consideró cualquier tipo de disautonomía. Para medir el estrés, Fernández implementó la Escala de Sucesos Vitales SRRS y el

presente estudio utilizó el Perfil del Estrés, en ambos estudios se realizó un cuestionario para evaluar las variables sociodemográficas de la muestra.

Con base a la misma muestra Lledó Ana y Fernández Esther (2019) realizaron un estudio titulado “El papel del apoyo social en la regulación fisiológica del estrés: El caso de la fibromialgia” con el objetivo de evaluar la estructura de la red de apoyo social en mujeres con FM, concluyeron que la red de apoyo principal es la familiar y que a mayor apoyo mayores son los elementos de la persona para afrontar una situación, además, en su investigación expresaron.

“Llama la atención los escasos estudios realizados en los últimos años sobre el apoyo social en población con fibromialgia. Asimismo, los pocos trabajos realizados evalúan principalmente la dimensión estructural y ninguno incluye la dimensión cualitativa como la satisfacción percibida” (p. 65).

Con lo anteriormente expuesto, el desarrollo de esta investigación aborda la falencia investigativa formulada por Lledó y Fernández, demostrando que, para las 20 mujeres con diversos tipos de disautonomías evaluadas con el Perfil del Estrés, en la escala de Red de Apoyo Social que determina el grado en el que la persona siente que puede contar con otros individuos para obtener un apoyo emocional, consejo, ayuda, amor incondicional e información, su nivel de satisfacción con el apoyo, la frecuencia en la que se percibe apoyado y la intensidad con la que utiliza el apoyo. Esta escala se enfoca en cinco categorías de personas para el nivel de apoyo, estas son: jefe y personas del trabajo, pareja, familia nuclear, extendida y amigos. Los resultados obtenidos arrojaron que la muestra se encuentra en un nivel intermedio de satisfacción con el apoyo, lo que indica que naturalmente se sienten apoyados.

Para el último antecedente investigativo se encuentra la tesis formulada por Agudelo et al., (2016) de universidad del CES de Medellín titulada *Caracterización De la Población con Disautonomía Residentes en la Ciudad de Medellín* que tiene como objetivo caracterizar a pacientes con disautonomía, sus manifestaciones clínicas y las estrategias que implementaron para disminuirlas. En relación con lo propuesto, para la presente investigación, en los resultados se obtuvieron que los síntomas que

aumentan en un 50% o más con una frecuencia de **ocasionalmente** para todos los tipos de disautonomía evaluados son: fatiga, sensación de mareo, sensación de visión borrosa, sensación de movimiento de objetos alrededor, vértigo, hiperventilación, piel pálida, dificultad para concentrarse, disminución del deseo sexual, cefalea, insomnio, sensación de frío sin causa aparente.

Para las estrategias que implementan los participantes con el fin de disminuir los síntomas, se consideran para este estudio la Escala de Estilos de Afrontamiento con las subescalas de: **Valoración Positiva** con un dato medio de (51) correspondiente a 15 participantes de las 20 totales, **Valoración Negativa** con un dato medio de (13,35) indicando que ninguna de las 20 participantes puntúan ni medio ni alto en esta subescala, en donde se aclara que no se perciben a sí mismas de manera autocrítica y fatalista, **Minimización de la Amenaza** su dato medio de (52,1) con un número de 14 participantes de 20 y **Concentración en el Problema** con un dato medio de (55,85) indicando a 8 participantes de las totales. Estos resultados permiten analizar que en el dato genera obtenido por la muestra, se haya un estilo de afrontamiento con una alta tendencia a autoexigirse y motivarse para enfrentar las amenazas, con una mirada muy poco fatalista frente a los sucesos y más bien una tendencia a evitar las situaciones estresoras como una manera de mitigar los síntomas productos del estrés, para concentrarse en el problema con el objetivo de diseñar un plan de acción que le permita a la persona afrontar la situación que le genera estrés.

11 Conclusiones

Dentro de los principales elementos concluyentes de esta investigación, después de haber observado escasa evidencia científica, empírica y vacíos teóricos sobre la disautonomía, algunos autores como Solís y García (2016) mencionan una relación del estrés con el aumento de la sintomatología disautonómica, sin embargo, no profundizan lo suficiente en dicha relación, por lo cual se construye la pregunta de investigación, partir de esta, se genera la hipótesis de que ante la presencia

del estrés se aumenta la sintomatología de la enfermedad, que se corrobora mediante la aplicación e interpretación del perfil de estrés de Kenneth M. Nowack y una encuesta en la que se relacionan los niveles de estrés y la frecuencia de la sintomatología, lo cual, permitió concluir que, el 86.4% de los síntomas fueron identificados por parte de las participantes como exacerbados tras percibirse estresadas, generando un precedente investigativo que afirma la hipótesis inicial con base en las pruebas suficientes y el rigor necesario, generando bases sólidas a partir de las cuales pueden surgir nuevas investigaciones.

El total de la muestra son mujeres con un promedio de edad de 31 años pertenecientes a la clase económica media baja cuyo nivel educativo promedia la educación superior, en su mayoría son solteras y sin hijos.

Por otro lado, el tipo de disautonomía más encontrado fue el **síncope mediado neuralmente**. Los niveles de estrés en las participantes son niveles no patológicos; tienen implicaciones, más no son consideradas altamente negativas. La mayoría de las mujeres que participaron en la investigación han experimentado diversidad de síntomas disautonómicos, muchos característicos de su diagnóstico, otros por su parte, se hallan descritos en la bibliografía como correspondientes a otros tipos de disautonomía. La mayor frecuencia con la que las participantes notan un aumento del síntoma es *ocasionalmente* y la mayoría refirió haber percibido un aumento en la intensidad o frecuencia del síntoma cuando se perciben estresadas. Menos del 15% de los síntomas fueron advertidos por la muestra como exentos de la influencia del estrés entendido como influyente respecto a su incremento.

Al no existir suficiente fundamento teórico ni evidencia científica sobre las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la disautonomía, esta investigación aporta la visibilización de las características sintomatológicas del síndrome disautonómico y sus diferentes manifestaciones. Del mismo modo contribuye a la comprensión de la relación entre variables psicológicas y el correcto funcionamiento orgánico, independientemente de si este se encuentra sano o no, proporcionando

conocimiento sobre las implicaciones que tiene la interrelación entre ambos aspectos. Por otro lado, aporta al incremento de la escasa evidencia empírica que hay sobre la influencia que tiene los trastornos del estado de ánimo o las desregulaciones emocionales en el correcto funcionamiento fisiológico.

La participación e interés de profesionales de la salud frente al proceso de la obtención de conocimiento sobre la disautonomía; qué es, cómo surge, cuáles son sus síntomas e implicaciones, cómo se diagnostica y cuál es el tratamiento ideal, actualmente es muy escaso. Por tanto, esta investigación a través de la visibilización de la enfermedad en el ámbito académico de la psicología, pondrá en evidencia dicha escasez, como también la necesidad de incrementar los esfuerzos por conocer acerca de esta olvidada enfermedad y, sobre todo, servirá de estímulo para que incentiven procesos investigativos que a largo plazo signifiquen mayor cualificación del personal de salud frente la atención de este síndrome y de esa manera se logré disminuir vacíos de conocimiento científico al respecto, el número de personas mal diagnosticadas, los procesos largos y tediosos de diagnóstico y la fatídica noticia para el paciente en la que se le informa que para su padecimiento no hay tratamiento y debe conformarse con aumentar su ingesta de sal, hacer deporte, tomar agua y adaptarse a los síntomas.

De la investigación propuesta, pueden surgir múltiples hipótesis de investigaciones futuras, tantas como lectores tenga este estudio, lo anterior tienen lugar porque la Disautonomía es un tema poco abordado por todas las ciencias, incluyendo a la psicología, por lo tanto, si bien este estudio contribuye a marcar precedentes investigativos, a continuación, se proponen algunos posibles temas a abordar para futuras investigaciones. Se recomienda implementar una metodología experimental que permita manipular variables como estrés, con el propósito de obtener más información sobre las características del incremento y variación de los síntomas disautonómicos que puede presentar una población evaluada, tanto en situaciones estresantes como aquellas que no lo son. A partir de la búsqueda documental se sugiere a futuros investigadores, especialmente a psicólogos, iniciar indagaciones sobre la posible relación entre la disautonomía y la ansiedad.

Otra de las posibles relaciones que se pueden construir a partir de los hallazgos de este estudio es evaluar la importancia e implicaciones que tiene la Red de Apoyo y las Estrategias de Afrontamiento en personas con Disautonomía, con el fin de observar si existen una disminución de los síntomas o una mayor adaptabilidad a los mismos. Por último, entre las diversas hipótesis futuras, aún cabe una pregunta por hacerse ¿por qué la mayoría de la población con disautonomía son mujeres? Estas y muchas otras preguntas aguardan ser respondidas por los científicos presentes y los venideros.

Para futuros investigadores y lectores es importante expresar que las limitaciones a fin de llevar a cabo la presente investigación fueron muchas, iniciando por la escasez de contenido científico frente al tema, el desconocimiento de múltiples disciplinas respecto a la condición disautonómica, hecho que incrementa el abandono de la población, aumenta el descontento y la incredulidad de los posibles participantes. A pesar de estar diagnosticadas muchas de las participantes desconocen su tipo de disautonomía e implicaciones. El arduo trabajo investigativo que se debe considerar para la búsqueda de instrumentos psicométricos sobre estrés en la población colombiana, debido a que son pocos los validados en el país, y los encontrados se encuentran con precios muy elevados.

Todas estas limitaciones hacen del proceso investigativo una labor de mayor compromiso, sin embargo, siendo algunos de los pioneros frente al tema, especialmente en la ciudad de Medellín, se convierte en todo un reto y un honor darle voz a esta población, arrojar conocimientos en medio de tanto silencio investigativo y concluir satisfactoriamente con este aporte a la ciencia.

Referencias

- Agudelo, E., Agudelo, J., Bolivar, S., y Salazar, N. (2016). *Caracterización de la Población con Disautonomía Residentes en la Ciudad de Medellín* [Trabajo de Grado, Universidad del CES]. Repositorio Institucional Universidad del CES. https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2740/1/Poblacion_Disautomia_Medelin..pdf
- Alonso-Moreno, F.J. (2010). Atlas de neurociencia, D.L. Felten, A.N. Shetty, Netter. 2.a edición, Elsevier España SL, Barcelona (2010). *Elsiver*, 36(9), 553. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-critica-bibliografica-S1138359310002376>
- Álvaro, T., Traver, F. (2010) Una visión psiconeuroinmunológica de la fibromialgia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(3), 149-163. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4094>
- Avellaneda, A., Pérez, A., Izquierdo, M., Aruti, M., Barbado, F.J., Labrado, J.C., Díaz-Delgado, R., Gutiérrez, E., Palacín, C., Ramón, J.R. y Rivera, J. (2009). Síndrome de fatiga crónica. *Atención primaria*, 41(10), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.06.016>
- Bordas, J., Domínguez, M.A., Vázquez, A., Pedrote, A., Chavés, R. y Álvarez, R. (2009). Síndrome de taquicardia ortostática postural. *Revista española de geriatría y gerontología*, 44(6), 356-7. DOI: 10.1016/j.regg.2009.06.003
- Botero-Rosas, P.A, Acero-Mondragon, E.J., Maldonado-Arango, M.I., López-De Mesa, C., Camero, G. y Rios-Barbosa, F. (2010). Nueva metodología para probar el sistema autónomo en individuos hipertensos. *Revista universidad industrial de Santander*, 42(3), 240-247. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000300007
- Bravo, J. (2012). Dificultades en el diagnóstico y tratamiento de la disautonomía. *Revista chilena reumatología*, 28(3), 152-158. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-691037>
- Clasificación Internacional de Enfermedades. (S.F). Trastornos del Sistema Nervioso Autónomo. *CIE-11*. Recuperado en marzo 12, 2021 de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1683005789>
- Debón, F.T., Francés, C. (2019). Valoración de la calidad de vida en pacientes contrastprnos funcionales digestivos mediante intervención enfermera. *Revista científica del colegio oficial de enfermería de Valencia*, (121), 39-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6923989>
- Fernández Díez, E., y Lledó Boyer, A. (2017). *La Fibromialgia como un Problema de Regulación del Estrés* [Tesis Doctoral]. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=136287>
- Solís Ayala, E., y Garcia-Frade Ruiz, L.F. (2016) *Un síndrome llamado disautonomía*. Alfíl. <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/117527?prev=bf>
- García-Frade Ruiz, L.F. (2019). *Cerebro al Límite Hasta Ahora Llamado Disautonomía*. Editorial Alfíl. <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/132184>
- García, L.F. (2017). Propuesta acerca de los trastornos funcionales: ¿disautonomía?. *Medicina interna de México*, 33(6), 813-817. <https://doi.org/10.24245/mim.v33i6.1493>

- García, L.F., Martínez, A.P. (2006). Intolerancia ortostática. *Medicina interna México*, 22(6), 542-554. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=23952057&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- García Martínez, E. (2010). Sistema Nervioso Autónomo. En Jesús A. Fernández Tresguerres (Ed.), *Fisiología Humana* (4ª ed., pp 159-167). Editorial MacGrawHill Education. <https://ebooks724.bibliofumc.elogim.com:443/?il=1672&pg=186>
- González, M.T., Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(1), 45-61. https://scholar.google.com.co/scholar?q=S%C3%8DNTOMAS+PSICOSOM%C3%81TICOS+Y+TEOR%C3%8DA+TRANSACCIONAL+DEL+ESTR%C3%89S&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart
- González, M.T., y Landero, R. (2007). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista panamericana de salud pública*, 23(1), 7-18. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7746>
- Gutiérrez Herrera, C., y Pizzeghello, J. (4 de mayo de 2020). Disautonomía: Una Patología Confundida y Relegada Efectos Psicosociales y Propuestas de Intervención PSI. *Universidad Diego Portales*, 1-15. https://www.researchgate.net/publication/341685055_DISAUTONOMIA_UNA_PATOLOGIA_CONFUNDIDA_Y_RELEGADA_EFECTOS_PSICOSOCIALES_Y_PROPUUESTAS_DE_INTERVENCION_PSI
- Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación [archivo pdf]. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández Trejo, C. (2008). *La importancia clínica del cortisol*. El cid. <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/28451>
- Juárez, D.M., Landero, R., y González, M.T., Jaime, L. (2016). Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cancer de mama. *Acta colombiana de psicología*, 19(1), 103-112. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.6>
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. DESCLÉE DE BROUWER. <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/47645?prev=bf&ticket=5WzVGBjOJNSSI6SSRgZS44kV>
- Navarro, X. (2002). Fisiología del sistema nervioso. *Revista de neurología*, 35(6), 553-562. DOI: 10.33588 / rn.3506.2002013
- Ortega, S. (2019). Activación emocional en sujetos humanos: procedimientos para la inducción experimental del estrés. *Psicología USP*, 30(e180176), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e20180176>
- Pavón, L., Hernández, M.E., Loría, F., Sandoval, G. (2004). Interacciones neuroendocrinoinmunológicas. *Salud Mental*, 27(3), 19-25. <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=1392568>
- Pérez Mejía, C. (2005). Tratamiento de la hipotensión Ortostática. En Morrillo Zárate, C.A Y Medina Durango, E (Ed.), *Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* (pp.107-110). Panamericana. <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/LIBRO-SINCOPE.pdf>

- Porter, R.S., Kaplan, J.L., y Homeier, B.P. (2010). *Manual de signos y síntomas: Diagnóstico y tratamiento*. Editorial médica panamericana.
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1267.%20Manual%20Merck%20de%20signos%20y%20s%C3%ADntomas%20del%20paciente.%20Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento.pdf>
- Redolar, d. (2015). *El Estrés*. Editorial UOC. <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/57717>
Real Academia Española. (S.F). Síncope. *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado en marzo 13, 2021. <https://dle.rae.es/debida>
- Roman, J.A., Londono, E., y Cardona, M. (s.f). Perfil del estrés de Nowack [diapositivas Prezi].
https://prezi.com/zr5c6yu_xzd1/perfil-de-estres-de-nowack/?frame=20c17ea625ec61ecea42383e5ccb9d3d09673a9f
- Ruelas Barajas, E., Lifshitz Guinzberg, A., y Heizen Martin. G. (2013-2014). *Estado del Arte de la Medicina*. CONACYT. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L10-Estado-del-arte-medicina.pdf>
- Ruiz Berra, E., Muñoz Maldonado, S., Vega Valero, C., Silva Rodríguez, A., y Gómez Escobar, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Redalyc*, 16(1), 37-57.
- Snell, R.S. (2014). *Neuroanatomía clínica*. Wolters Kluwer Health.
https://www.academia.edu/43658636/Neuroanatomia_Clinica_Snell_7a_Edicion_booksmedicos
- Tojo, R., Suarez, A., Rúas, P. Macebo, A., Pipa, M., Barreiro, E., Roman, F.J., Moro, M.C., Arce, M.M., Villegas, M.F., Mosquera, E., Ruiz, M. (2015). Síndrome del intestino irritable, papel de la microbiota y probiótico-terapia. *Nutrición hospitalaria*, 31(1), 83-88. DOI: 10.3305/nh.2015.31.sup1.8713
- Velásco Caicedo, V. M. (2005). Tratamiento de la hipotensión Ortostática. En Morrillo Zárata, C.A Y Medina Durango, E (Ed.), *Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* (pp.79-83). Panamerica. <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/LIBRO-SINCOPE.pdf>
- Vinyoles, E. (2013). La detección de la hipotensión ortostática. *Hipertensión y riesgo cardiovascular*, 30(1), 1.3. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2012.09.002>
- Willard, F.H. (2003). Sistema nervioso autónomo. En American Osteopathic Association (Ed), *Fundamentos de medicina osteopática* (2ª ed., pp. 95-125). Editorial Médica Panamericana.
https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=8oMDkdPP_cwC&oi=fnd&pg=PA94&dq=sistema+nervioso+aut%C3%B3nomo&ots=Vt8ruTL0xb&sig=6RS0_TXeCCGcrO7dRoJr8Ef4cG4#v=onepage&q=sistema%20nervioso%20aut%C3%B3nomo&f=false
- American Psychological Association. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association. The official guide to APA Style (7 ed.). <https://apastyle.apa.org/>

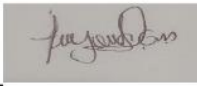
Anexos

Formato de Consentimiento Informado

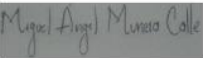
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR
VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN TITULADA:**

CONSENTIMIENTO
<p>Partiendo de la resolución 8430 de 1993 “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” en su artículo 14, establece: “Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación mayor de edad, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”.</p> <p>Ley 1090 de 2006 artículo 2º, numeral 5º: “los psicólogos tienen la obligación de ejercer confidencialidad. Revelarán tal información sólo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto cuando la persona va a atentar contra su vida, en caso de abuso sexual y cuando está en un proceso jurídico”.</p> <p>Decreto 2364 de 2012”Por medio del cual se reglamenta el artículo 7º de la Ley 527 de 1999, sobre el uso de la firma electrónica. De acuerdo con la ley 1581 de 2012 sobre “Tratamiento y protección de datos personales” por medio de la cual se permite entender que todos los participantes tienen derecho de conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido de su participación en la investigación, además, de acuerdo con el artículo 3º, sobre la transferencia y protección de datos sensibles.</p> <p style="text-align: right;">_____ identificado con c.c _____ expedido en _____</p> <p>_____ he sido informado que haré parte de un procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se me ha informado el objetivo general del estudio. Si ___ no ___ no aplica _____ <ul style="list-style-type: none"> • Relacionar los niveles de estrés con la sintomatología disautonómica en un grupo de 30 personas diagnosticadas con disautonomía en Colombia. 2. Se me ha informado los objetivos específicos de la investigación. Si ___ no ___ no aplica _____ <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los niveles de estrés en un grupo de 30 personas diagnosticadas con disautonomía en Colombia. • Describir las características sintomatológicas presentes en un grupo de 30 personas diagnosticadas con disautonomía en Colombia. • Comparar los resultados obtenidos entre los niveles de estrés con los síntomas disautonómicos de un grupo de 30 personas diagnosticadas con disautonomía. 3. Se me ha informado de manera verbal la justificación del estudio. Si ___ no ___ no aplica _____ 4. Se me ha explicado de manera verbal los procedimientos. Si ___ no ___ no aplica _____ 5. La información del proceso de investigación es confidencial y mi identidad será respetada, únicamente mis datos personales y resultados de evaluación e intervención serán entregados a la persona o entidad que se encuentra en el documento de manejo de datos sensibles. Si ___ no ___ no aplica _____ 6. Comprendo que los resultados de la investigación serán difundidos con fines académicos sin que mi identidad sea revelada, únicamente mis datos personales y resultados de evaluación e intervención serán entregados a la persona o entidad que se encuentra en el documento de manejo de datos. Si ___ no ___ no aplica _____ 7. Entiendo que tanto los participantes como el investigador tiene libertad de retirar el consentimiento y no continuar en el estudio en cualquier momento y que ello no me trae ningún tipo de consecuencia negativa. Si ___ no ___ no aplica _____ 8. Para el caso de la aplicación de la encuesta y aplicación del instrumento psicométrico. Se tiene en cuenta la correspondiente firma electrónica por parte del usuario. Si ___ no ___ no aplica _____ 9. Se me ha explicado que el riesgo de la investigación es bajo. Si ___ no ___ 10. Se me ha informado y estoy de acuerdo en que la intervención realizada a mí sea publicada en una revista indexada y/o expuesta en un evento académico conservando mi anonimato. Si ___ no ___ no aplica _____ 11. Se me ha informado que no tendré ningún beneficio económico, ni se me hará reconocimiento de pasajes y / o alimentación. Si ___ no ___ no aplica _____

12. Se me ha informado de se grabarán las sesiones de encuentro con el fin de verificar la validez del procedimiento realizado. Si
 _ no _no aplica _


Firma del participante voluntario _____
 Nombre _____
 Cédula _____

Firma de la estudiante investigadora *Valentina Hincapié Rúa*
 Nombre Valentina Hincapié Rúa
 Cédula 1017.269.254


Firma del estudiante investigador
 Nombre Miguel Ángel Munera Calle
 Cédula 1006.373.281

Firma del estudiante investigador *Nixon Mosquera*
 Nombre Nixon Andrés Mosquera Loaiza
 Cédula 1020.450.063

Este consentimiento se realiza en cumplimiento a la ley 1090 de 2006/ ley 1098 de 2006/ artículo 36 /resolución número 8430 de 1993. / Ley 1581 de 2012 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. / diseño y evaluación de una lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado mediante el proceso de interpretación reinterpretación en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia.

Enlace de Encuesta Sociodemográfica

https://docs.google.com/forms/d/1oB2PrxpQ7OZd8LnQxqlbqiL_USBkyTB_6nTImuK24E/edit

Enlace de Encuesta de Síntomas Disautonómicos Ante la Presencia del Estrés

<https://docs.google.com/forms/d/1lju2C0cyNMjfmG3uerahnHoYqqd4TxGUSY4gTGsJ2X0/edit>