

Artículo de Investigación

## Ansiedad Estado/Rasgo en pacientes con enfermedades crónicas

### State/Trait anxiety in patients with chronic diseases

Silene Sofía Díaz <sup>a\*</sup> González & Liliana Negrete Díaz <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidad del Sinú, (Montería, Colombia)

#### D A T O S   A R T I C U L O

*Para citar este artículo:*

Díaz, S. & Negrete, L. (2015). Ansiedad Estado/Rasgo en pacientes con enfermedades crónicas. *Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 3(2), 18-24.

*Palabras clave:*

Diabetes, Hipertensión Arterial, VIH/SIDA, Ansiedad, pacientes crónicos

*Keywords:*

Diabetes, Hypertension, HIV/AIDS, Anxiety, Chronic patients

*Historial:*

Recibido: 4 octubre de 2015

Revisado: 22 noviembre de 2015

Aceptado: 26 diciembre de 2015

\*Correspondencia: Cra. 1W N° 38-153 Juan XXIII, Montería, Colombia. E-mail:

#### R E S U M E N

Este estudio buscó identificar manifestaciones de Ansiedad Estado/Rasgo en personas que presentan enfermedades de tipo crónico como diabetes, hipertensión arterial y VIH/SIDA. Se evaluaron 3 grupos clínicos cada uno de ellos conformados por 20 pacientes mediante un diseño correlacional, transversal, cuantitativo. Las manifestaciones de ansiedad se midieron mediante la aplicación del STAI (A/R) y los datos se analizaron mediante análisis descriptivos y Chi cuadrado ( $\chi^2$ ). Se observó una prevalencia del 41% de AE y 73% de AR, siendo los pacientes con VIH/SIDA los de mayor frecuencia de aparición de ambas condiciones ansiosas. La ansiedad rasgo se asoció significativamente con los diagnósticos de los participantes ( $p < .05$ ).

#### A B S T R A C T

This study sought to identify *State/Trait anxiety* manifestations in individuals with chronic diseases such as diabetes, Hypertension (HTN) and HIV/AIDS. Three clinical groups of 20 patients were evaluated through a correlational, quantitative, transversal design. Anxiety symptoms were measured by the application of STAI (T/A) and data was analyzed with descriptive analysis and Chi-squared ( $\chi^2$ ) tests. A prevalence of 41% TA and 73% SA was observed, both conditions appearing more frequently in HIV/AIDS patients. Trait anxiety was significantly associated to the patients' diagnostics ( $p < .05$ ).

#### Introducción

Las enfermedades crónicas son un problema de salud pública (Velázquez-Monroy et al., 2003). Por su causa, los pacientes pueden percibir que sus condiciones de vida disminuyen y que la enfermedad los limita para su desempeño funcional e independencia (García, Castel & Vidal, 2006). En este estudio el interés se centra en tres enfermedades crónicas frecuentes: Diabetes, la Hipertensión arterial (HTA) y VIH/SIDA. La selección de estos padeci-

mientos se asocia con su relevancia en el contexto y a la problemática internacional que comportan (OPS, 2007; OMS, 2009a, 2009b; 2010; ONUSIDA-OMS, 2007).

En Colombia, alrededor del 7% de la población mayor de 30 años tiene diabetes Tipo 2, mientras que 30-40 % de los afectados desconocen que la padecen (Pinilla et al., 2007). En el caso de la HTA, la prevalencia oscila entre 10 y 73 % siendo a su vez la primera causa de enfermedad coronaria y eventos cerebrovasculares, así como la segunda causa de falla renal

(Varela, 2007). El VIH/SIDA por su parte, desde 1985 hasta 2012 alcanzó un registro de 95.187 personas contagiadas; en 2012 el reporte de casos fue de 8.196, de los cuales 5.914 (72.2 %) fueron hombres y 2.282 (27.8 %) mujeres (Osorio, Luque & Ávila, 2013).

La adaptación a una enfermedad crónica puede depender de diversos factores como la edad, el género, el nivel apoyo, la educación, los patrones de personalidad, los estilos de afrontamiento, el equilibrio y control emocional (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez & Otalvaro, 2009). Sin embargo, en términos generales estas enfermedades tienen una alta carga psicosocial sobre los pacientes, afectando el bienestar y la capacidad de ajuste psicológico (Vinaccia & Orozco, 2005; Villa & Vinaccia), pero sustancialmente la esfera emocional (Gil-Róales, 2004), puesto que la persona se ve obligada a un proceso de rápida adaptación que genera una serie de emociones comúnmente negativas como el miedo, la ira y principalmente la ansiedad.

En pacientes con diferentes enfermedades crónicas son comunes los síntomas ansiosos (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez, 2005; Teva, Bermúdez, Hernández-Quero & Buena-Casa, 2005; Velázquez, Vázquez & Alvarado, 2009; Vinaccia, Contreras, et al., 2005), si bien la intensidad de la manifestación ansiosa varía de acuerdo con la mediación de variables como la fortaleza individual (Zavala & Whetsell, 2007) y el bienestar espiritual (Zavala, Vázquez & Whetsell, 2006), mientras que contrariamente, la ansiedad reduce los sentimientos de vitalidad y energía (Vinaccia, Fernández et al., 2005).

La ansiedad está ligada a los diagnósticos de enfermedad crónica de una persona ya sea en mayor o menor proporción; podría decirse que las manifestaciones ansiosas suelen ocupar el primer lugar entre las condiciones negativas que generan deterioro de la calidad de vida de los pacientes crónicos, ya se ha visto en el VIH/SIDA en gran medida (Arrivillaga, López & Ossa, 2006; Edo & Ballester, 2006; Vera, Pérez, Moreno & Allende, 2003), y en los pacientes hipertensos con relativa intensidad (Álvarez et al., 2006; Corrêa & Valadão, 2004; Huh, Poston, Kimball, Jeor & Foreyt, 2001; Molerio & García, 2004), así mismo, las diversas condiciones crónicas suelen estar íntimamente relacionadas con la ansiedad incluyendo entre ellas la Diabetes Mellitus (Fabián, García & Cobo 2010; Roupá et al., 2009). Las evidencias empíricas destacan que algunos factores psicológicos negativos como la ansiedad y depresión pueden afectar significativamente la adaptación o el nivel de adhesión requerido para el desarrollo del tratamiento de esta patología, lo cual puede afectar el nivel de vida del paciente y genera pérdida potencial de años de vida.

De acuerdo con lo descrito, el objetivo de este trabajo consistió en identificar la presencia de síntomas ansiosos ya sea como condición asociada con la enfermedad (estado), o bien como una propiedad individual más permanente e identitaria (rasgo), en pacientes con VIH/SIDA, HTA y Diabetes.

## Método

### Participantes

En un estudio es de tipo correlacional, de corte transversal y de enfoque cuantitativo, se evaluó a 60 participantes divididos en 3 grupos de 20 individuos cada uno, de acuerdo con la condición clínica presentada. La obtención de los grupos se hizo de la siguiente forma: 20 participantes Diabetes Mellitus seleccionados por casos clínicos hospitalarios con grupo especial, constituido en una unidad médica de la ciudad de Montería; 20 participantes con VIH/SIDA seleccionados por casos clínicos con grupo especial, constituido por parte de una fundación especializada en la atención de estos pacientes; 20 participantes con HTA seleccionados por muestra clínica poblacional mediante estrategia puerta a puerta.

Sus edades oscilaban entre 19 y 86 años ( $M=53.08$ ;  $DT=17.95$ ); en su mayoría fueron mujeres (63.3%;  $n=38$ ). Del total de participantes, 35% ( $n=21$ ) eran solteros, 28.3% ( $n=17$ ) casados, 1.7% ( $n=1$ ) vivían en unión libre con su pareja, 21.7% ( $n=13$ ) estaban separados y 13.3% ( $n=8$ ) había enviudado. El tiempo de diagnóstico de los participantes osciló entre 3 y 408 meses ( $M=55.68$ ;  $DT=58.825$ ).

### Instrumentos

Se empleó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), ampliamente usado a nivel mundial para el estudio de la ansiedad tanto estado como rasgo.

En el STAI la Escala A (Ansiedad Estado A/E) consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir cómo se siente *en un momento particular*, entre tanto, la Escala R (Ansiedad rasgo A/R) consta de igual número de frases que representan cómo se siente el sujeto *generalmente*. Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación y consta de una escala de medición tipo Likert que va de 0 a 3 puntos en cada ítem. En la escala A/E las puntuaciones tienen la siguiente equivalencia: 0= nada, 1= algo, 2= bastante, 3=mucho; En la escala A/R la equivalencia de las puntuaciones es la siguiente: 0= casi nunca, 1=a veces, 2= a menudo, 3= casi siempre.

## Procedimiento

Inicialmente se realizó el acercamiento a las dos instituciones que facilitaron el acceso a la población mediante un comunicado oficial explicando los alcances del estudio y las implicaciones éticas. Obtenida la aprobación, se procedió al contacto con los pacientes, esta tarea fue desarrollada por los responsables de cada institución de forma que la unidad de investigación solo tuvo contacto con los participantes cuando estos dieron una aprobación inicial para el estudio.

Posteriormente se procedió a hacer la respectiva explicación a los participantes de cuáles eran los propósitos del estudio, sus alcances y limitaciones así como los compromisos éticos relacionados. Se aclaró además que el procedimiento no revestía ningún riesgo para la salud o la integridad física y moral de los participantes y que su información e identidad sería guardada con absoluta reserva. Tras aceptar el protocolo del estudio los participantes firmaron el consentimiento informado y se procedió a la aplicación del STAI; los subgrupos de pacientes nunca tuvieron contacto entre sí.

Tras la aplicación del instrumento se procedió al análisis de los datos mediante el SPSS 18.0 para Windows con el cual se desarrolló un análisis descriptivo convencional y posteriormente se desarrolló la prueba no paramétrica Chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ).

## Resultados

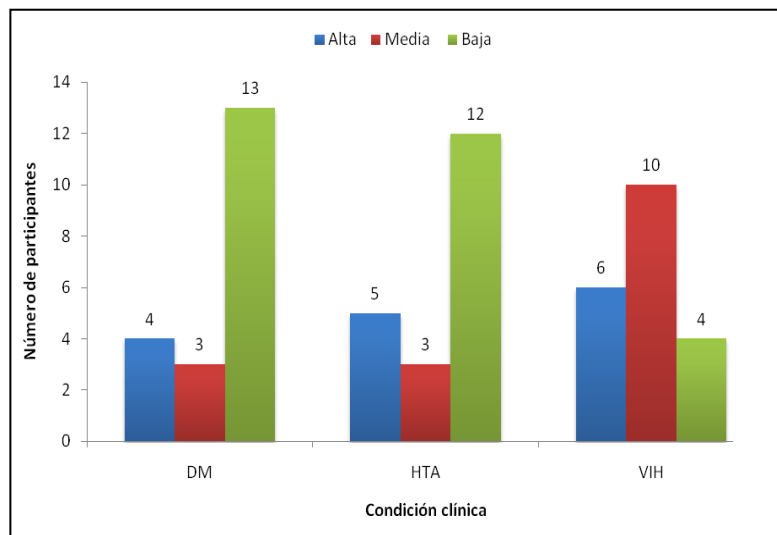
Según el género de los participantes, los

datos indican una mayor prevalencia de enfermedades como la Diabetes y la HTA entre las mujeres. Respecto a la diabetes se reportaron 4 casos de hombres frente a 16 mujeres, en la HTA los valores fueron 5/15 en el mismo orden de género, mientras que en relación con el VIH/SIDA la cifra se invierte, siendo mayoritario el número de varones contagiados con una diferencia de 13/7.

El reporte de la AE permitió identificar valores importantes de ésta condición. Alrededor del 25% ( $n=15$ ) de la muestra puntuó para un nivel *Alto*, mientras que 26.7% ( $n=16$ ) obtuvo una calificación en el nivel *medio*, lo cual indica que la mayor parte de la muestra presentó ansiedad como estado, mientras tanto, 48.3% ( $n=27$ ) de los participantes obtuvo un nivel de *bajo* o compatible con la normalidad.

La revisión de los promedios de AE de acuerdo con el género permitió identificar una mayor prevalencia entre los hombres; 9 de ellos mostraron un *nivel alto de AE* frente a 6 mujeres, mientras que en el *nivel medio de AE* aparecieron 8 hombres e igual número de mujeres, sin embargo, ésta últimas son quienes en su mayoría muestra un *nivel de AE bajo* o compatible con normalidad al registrarse 22 mujeres frente a 5 hombres. La distribución de la intensidad de AE según el género mostró resultados estadísticamente significativos ( $\chi^2=8.415$ ;  $p=.01<.05$ ).

La intensidad de la AE también se asoció con el tipo de diagnóstico o enfermedad padecida ( $\chi^2=10.425$ ;  $p=.03<.05$ ), sobresaliendo el reporte de 15 pacientes (25%) con *AE alta* discriminados en 4 pacientes con Diabetes, 5 con HTA y 6 con VIH (Figura 1).



**Figura 1.** Distribución del nivel de intensidad de la AE de acuerdo con la condición clínica.

Entre tanto, en el nivel de *AE Media* se identificaron 16 pacientes (27%), de los cuales 3 presentaban Diabetes, 3 HTA y 10 VIH, siendo los pacientes con el virus los de mayor tendencia a mostrar niveles regulares de AE. Por su parte, los pacientes con menos tendencia a mostrar AE son tanto los que presentaban Diabetes ( $n=13$  casos) como los pacientes hipertensos ( $n=12$  casos), y finalmente las personas con VIH que fueron en total 4 casos. Los pacientes con baja AE representaban en total el 48% de la muestra.

Contrario a los esperado, la AR mostró valores más elevados que la AE, sobresaliendo un 18.3% ( $n=11$ ) de los participantes con *AR alta*, mientras que 55% ( $n=33$ ) obtuvo puntuaciones para *AR Media* y finalmente 26.7% ( $n=15$ ) fue identificado con *AR Baja* o compatible con normalidad. En este caso, 73.3% de los participantes mostró AR en comparación con el 41.7% que puntuó para AE.

En relación con la distribución por género resalta señalar que 18.3% ( $n= 11$ ) de la

muestra presentó *AR Alta* (5 hombres y 6 mujeres), mientras que 55% ( $n=33$ ) obtuvo una medición de *AR Media* (13 hombres y 20 mujeres), finalmente, 26.7% de los participantes ( $n= 16$ ; 4 hombres y 12 mujeres) presentó *AR Baja* o compatible con la normalidad. Ahora bien, ésta distribución según el género no mostró una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2=1.100$ .  $p= .177$ ).

De acuerdo con la condición clínica (Figura 2) sobresalen en un *nivel alto de AR*, 7 pacientes hipertensos y 4 con VIH, mientras que con *nivel medio de AR* se identificaron 10 pacientes con diabetes, 8 con HTA y 15 con VIH los cuales nuevamente sobresalen como aquellos a quienes con mayor frecuencia se asocia la ansiedad tanto estado como rasgo. Por último, 10 pacientes con Diabetes, 5 con HTA y solo uno (1) con VIH aparecen sin el rasgo ansioso. La relación entre la condición clínica y el nivel de intensidad de la AR mostró significatividad estadística ( $\chi^2 15.558$ ;  $p=.00<.05$ ).

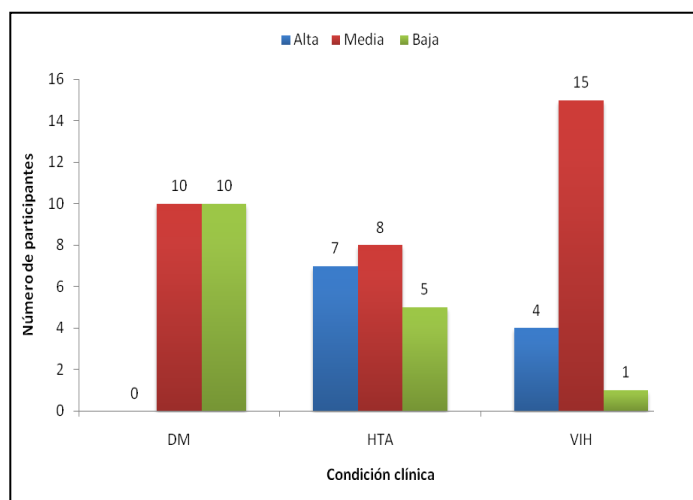


Figura 2. Distribución del nivel de intensidad de la AR de acuerdo con la condición clínica.

Finalmente, la distribución por género también mostró un comportamiento particular dado que se observó una mayor tendencia a que los hombres mostraran ansiedad estado mientras que entre las mujeres esta condición (la ansiedad) se apreció como un rasgo constitutivo de su conducta (Figura 3).

### Discusión

La evaluación de la ansiedad en la muestra permitió identificar niveles que oscilan entre medios y altos de acuerdo con la forma de ansiedad identificada. La Ansiedad Estado es una condición emocional que se presentó en el 41% de la muestra, mientras que la Ansiedad Rasgo

fue reportada en el 73% de los participantes, lo que deja ver la elevada incidencia de esta condición. El promedio de individuos con Ansiedad Rasgo en la muestra coincide con los datos reportados por Zavala y Whetsell (2007) quienes también hallaron un 73% de prevalencia de dicha condición en pacientes crónicos, lo cual demuestra la elevada frecuencia con que las manifestaciones de aprehensión emocional ansiosa se da entre pacientes con ésta clase de enfermedades. Precisamente, los elevados valores porcentuales alcanzados por la Ansiedad Rasgo permiten asumir que gran parte de la población percibe como amenazantes muchas de las situaciones experimentadas en la vida cotidiana, a esto hay que sumarle la condición

médica que presentan puesto que por esta razón se hacen más propensos a experimentar este tipo de alteraciones psicológicas.

Respecto a la Ansiedad Estado, vista como una condición emocional transitoria, encontramos que un porcentaje importante de la muestra presentó este tipo de ansiedad, dividiéndose en los niveles de intensidad medio y alto, mientras que la población restante experimenta niveles normales de ansiedad por lo cual la mayor parte de la población se ubica en el nivel de intensidad bajo.

Por otra parte, en cuanto al diagnóstico encontramos que en las tres enfermedades estu-

diadas la Ansiedad Estado mantiene una similitud estadística, esta similitud se hace presente entre la Hipertensión Arterial y la Diabetes en los niveles de intensidad medio y bajo, mientras que los pacientes con VIH/SIDA representan el grupo más afectado con niveles altos y medios. Por su parte, parece ser que existe una mayor tendencia a que sea el sexo masculino el más propenso a experimentar la Ansiedad Estado, dado que el mismo representa el mayor promedio de integrantes de la muestra con dicha condición, lo que coincide con otros trabajos (Teva et al., 2005).

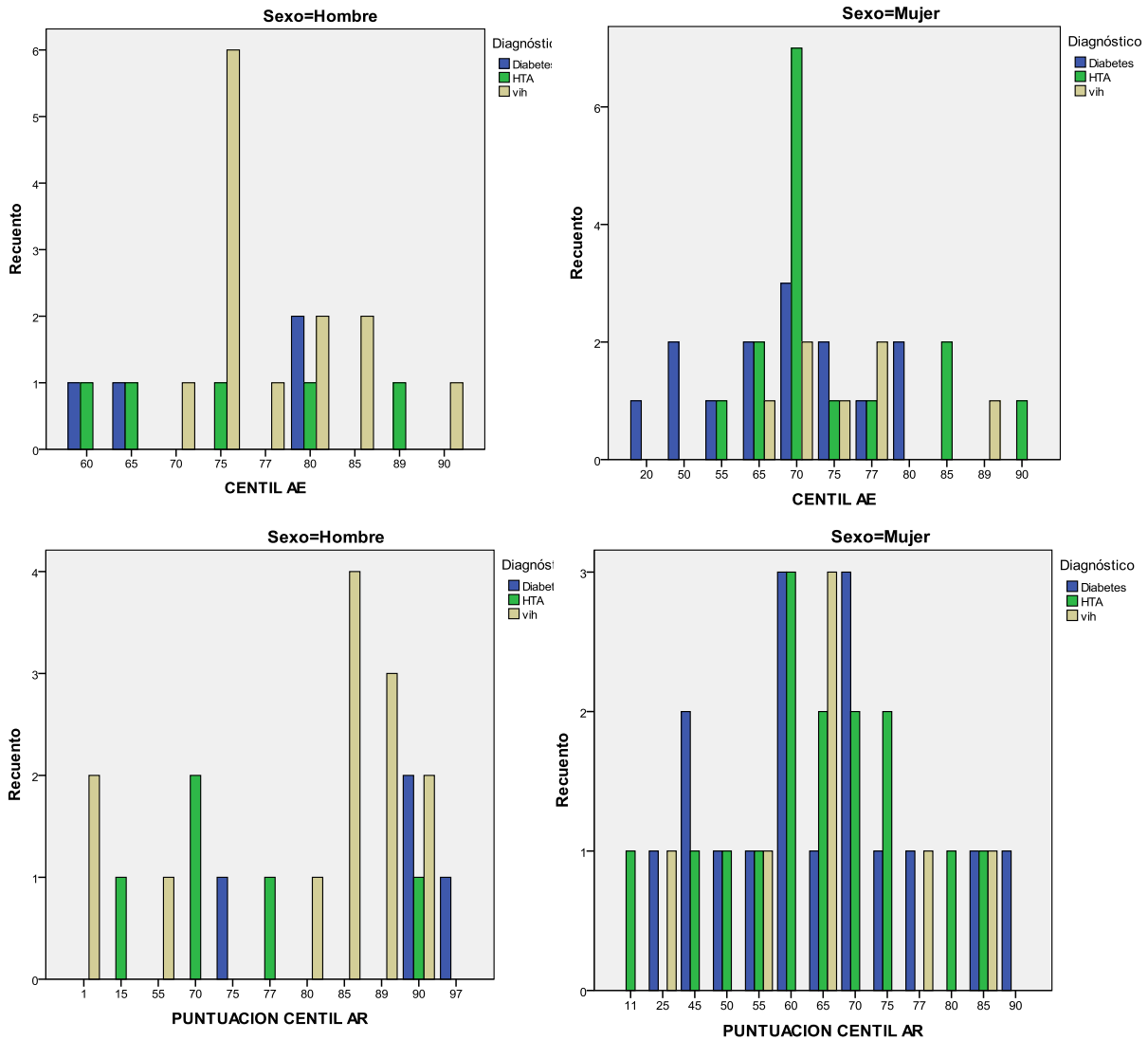


Figura 3. Perfiles de hombres y mujeres de acuerdo con su distribución Centil de las puntuaciones obtenidas en el STAI para AE/R.

Entre tanto, la Ansiedad Rasgo muestra picos más elevados sobresaliendo los niveles medios en pacientes con Diabetes Mellitus seguido de un alto promedio de pacientes

seropositivos que presentan esta condición ansiosa, mientras que los pacientes con HTA presentaron promedios similares de ansiedad media y alta así como de ansiedad baja lo cual

contrasta con los reportes de Molerio y García (2004) para quien los pacientes con esta enfermedad no aparecieron con niveles bajos de ansiedad rasgo, sin embargo, los datos del presente estudio son más precisos en relación con los hallazgos de Corrêa y Valadão (2004) para quienes la presencia de ansiedad rasgo en pacientes con HTA suele darse en niveles moderados.

El análisis de los datos de ansiedad asociada con VIH/SIDA merece una evaluación particular. En el estudio desarrollado, los pacientes suelen experimentar manifestaciones de Ansiedad Rasgo y Estado en niveles de intensidad medios representando la mayor cantidad de individuos que cursan con ansiedad, esto parece indicar que los pacientes con VIH/SIDA experimentan en su vida cotidiana manifestaciones ansiosas más frecuentes que los pacientes con otro tipo de diagnóstico, sobresaliendo la ansiedad como un rasgo de la personalidad, lo cual hace que la forma ansiosa sea mucho más perdurable y que probablemente afecte de forma negativa el curso de la enfermedad por las implicaciones psicológicas y cognitivas que conlleva y que pueden afectar a los individuos a nivel físico, social, psicológico y espiritual (Vinaccia & Orozco, 2005).

En conclusión, los pacientes con enfermedad crónica y en particular con VIH, HTA y Diabetes se ven abocados a una serie de circunstancias que influyen en la experiencia de episodios ansiosos que pueden constituirse en condiciones que afectan su estabilidad sumando una presión más para la vida de los individuos afectados.

Esta realidad plantea la necesidad de formular una atención óptima e integral para el paciente crónico que convine los esfuerzos y conocimientos médicos junto a la orientación o tratamiento psicológico, con el fin de reforzar los recursos emocionales que le permitan al paciente mejorar su ajuste a la enfermedad. De acuerdo con esto, tanto las instituciones encargadas de los cuidados de la salud como los organismos en los que recae la responsabilidad de la salud pública deben formular estrategias apropiadas para el cuidado y la prevención.

La salud general de las personas es un indicador preciso de la salud y las posibilidades de desarrollo de una sociedad, precisamente por ello es indispensable generar estrategias de atención que superen lo estrictamente médico y encuadren la atención física con el adecuado cuidado y tratamiento de los componentes afectivos y emocionales de los pacientes en estado de cronicidad. Generar dichas estrategias contribuye con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y de la sociedad en general, permitiendo además un mayor aprovechamiento de recursos en consideración del elevado costo

económico y social que representan las enfermedades crónicas.

Estudios como el presentado, son necesarios tanto para la descripción y asociación de variables que permitan mayor conocimiento sobre la salud mental del paciente crónico, como para la generación de líneas específicas de intervención desde lo humano y hasta los niveles estructurales de la organización del sistema de salud social de nuestro contexto y país. Ahora bien, las nuevas investigaciones deben apuntar a la consolidación de muestras amplias y diversas en donde los resultados puedan ser evaluados paramétricamente con fines de ampliación de los resultados al resto de la población, así mismo, deben centrarse en la inclusión de diversas variables como los patrones de personalidad, la adherencia al tratamiento, la espiritualidad, los estilos de afrontamiento, el apoyo sociofamiliar y diversas condiciones psicosociales y biológicas que pueden interactuar en la dinámica que complejiza los padecimientos crónicos y las alteraciones emocionales y afectivas.

Sin duda alguna, el estudio de la salud mental y su relación con las enfermedades crónicas o viceversa, constituye un amplio campo de análisis en el cual es necesario generar muchos más frutos que permitan la comprensión de estos fenómenos y contribuyan también a la intervención y mejoramiento de las condiciones de salud pública de una sociedad.

## Referencias

- Álvarez, D., Benavidez, J., Bueno, O., Cuadros, V., Echeverri, D., Gómez (...) Aristizábal, J. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Archivos de Medicina*, 6 (13), 51-67.
- Arrivillaga, M., López, J. & Ossa, A. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticada con VIH/SIDA. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 55-71.
- Corrêa, E. & Valadão, N. (2004). Efectos de la ansiedad sobre la presión arterial en mujeres con hipertensión. *Revista Latino-am Enfermagem*, 12(2), 162-7.
- Edo, M. & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 79-90.
- García, V., Castel, B. & Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología clínica*, 2(1), 38-43.

- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L. & Ojalvaro, M. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida, *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13.
- Gil-Róales, J. (2004) *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Huh, E., Poston, W., Kimball, K., Jeor, S. & Foreyt, J. (2001). Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: a prospective study. *American Journal of Hypertension*, 14, 660-664.
- Molerio, O. & García, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*, 43(2-3), 1-9.
- Organización Mundial de la Salud (2009a). *Nota descriptiva N°312*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2009b). *Estadísticas sanitarias mundiales. OMS. 1-149*. Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2010). VIH/SIDA. Disponible en [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007). *Salud en las Américas*, 1-2. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- Osorio, E., Luque, R. & Ávila, S. (2013). Boletín epidemiológico, situación del VIH/Sida Colombia 2013. Bogotá: Ministerio de salud.
- Pinilla, A., Lancheros, L., Viasus, D., Agudelo, C., Pardo, R., Gaitan (...) Pineda, F. (2007). *Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitiva conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of clinical and health psychology*, 5(3), 445-462.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI*. Madrid. TEA Ediciones.
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández-Quero, J. & Buela-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28(5), 44-49.
- Varela, E. (2007). Aspectos epidemiológicos. *Revista Colombiana de Cardiología*, 13(Suppl. 1), 189-194.
- Velázquez-Monroy, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Sánchez, C., Attie, F. & Tapia, R. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*, 73(1), 62-77.
- Velázquez, N., Vázquez, L. & Alvarado, S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología*, 4, 19-29.
- Vera, P., Pérez, V., Moreno, E. & Allende, F., (2003). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 55-67.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Psicología y salud*, 16(1), 51-62.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M., Carrillo, L., Cuartas, M., López, N. & Cano, E. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 14(1), 31-41.
- Vinaccia, S. & Orozco, M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en psicología*, 1(2), 125-137.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A., Tobón, S. & Moreno, E. (2005). Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia psicológica*, 23(1), 15-24.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R., Vásquez, A., Contreras (...) Sandín, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia psicológica*, 23(2), 65-74.
- Zavala, M., Vázquez, O. & Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual y Ansiedad en pacientes Diabéticos. *Aquichán*, 6(1), 8-21.
- Zavala, M. & Whetsell, M. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichán*, 7(2), 174-188.