

El hospital como estresor

Jesús Rodríguez, Abilio Reig y José J. Mira

Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Medicina. Universidad de Alicante

1. LAS ORGANIZACIONES SOCIALES COMO ESTRESORES

En los últimos años ha habido una aparición creciente de trabajos que han proporcionado evidencia más que suficiente de cómo las sociedades, sus instituciones y organizaciones diversas tienen consecuencias estresantes para las personas que se ubican en ellas (Pearlin & Radabaugh, 1976; Katz & Kahn, 1978); Pearlín, 1980). La lista de tópicos a ese respecto puede ser interminable. Aquí basta señalar que las personas incorporadas en la corriente de la vida institucional de la sociedad pueden ser estresadas como un resultado de las estructuras organizacionales de estas instituciones y los cambios que normalmente ocurren dentro de ellas. Desde esa perspectiva el estrés es la consecuencia del compromiso en las instituciones sociales cuyas estructuras y funcionamiento pueden engendrar y sostener pautas de conflicto, confusión y distrés (Pearlin, 1982).

Las experiencias estresantes generales en los marcos sociales e institucionales se producen, igual que las generadas en los marcos más individuales, en forma puntual y/o en forma crónica (Pearlin, 1982). También le son aplicables las características que, en general, aumentan la potencialidad estresante de cualquier acontecimiento: la involuntariedad, indeseabilidad, el carácter de no programado y la incapacidad de control por parte del sujeto que lo padece (Pearlin et al. 1971). Los acontecimientos no programados, sobre todo, como es el caso de la enfermedad y hospitalización, precisamente, están asociados con el estrés de una forma importante.

La enfermedad y la hospitalización constituyen acontecimientos de cambio de vida en el seno del sistema social y son determinados por éste hasta el punto de suponer la adopción de un nuevo rol en cada caso, y un impacto disruptivo de los demás papeles sociales representados por la persona durante su interacción social. Se trata además de acontecimientos puntuales, normalmente involuntarios, indeseados y no programados. Podemos, incluir por tanto, a la hospitalización entre los acontecimientos con cualidades estresógenas, y que implican además la adopción de una posición social (y su correspondiente papel) que tiene igualmente efectos estresantes.

2. EL IMPACTO ESTRESANTE DE LA HOSPITALIZACIÓN

Rachman & Phillips (1975) han señalado cinco respuestas al acontecimiento: ansiedad o miedo, incremento de irritabilidad, pérdida del interés en el mundo externo, infelicidad y preocupación con los procesos corporales. De hecho, quizá tendríamos que distinguir algo más entre ansiedad y miedo, y añadir la depresión, algunas de cuyas manifestaciones están indicadas ya en la lista. En cualquier caso, son respuestas que claramente pueden clasificarse como «respuestas de estrés».

Podemos preguntarnos ahora qué características concretas del hospital y de la hospitalización son las que los hacen estresantes, además de las ya mencionadas de forma general. En primer lugar, no hay que olvidar que la persona está enferma ya antes de su ingreso en el hospital, y que el período de enfermedad, sufrida o sospechada, reduce la resistencia

del individuo ante el aumento suplementario de estrés vital que va a suponer la hospitalización. A menudo es un agravamiento más o menos súbito de la enfermedad, que puede ser alienante y desorientador, el que hace necesaria la hospitalización, cuando la fatiga y la capacidad de afrontamiento disminuida no son las condiciones ideales para enfrentarse con tal acontecimiento (Taylor, 1986; Leventhal, 1975; Engel, 1968; 1977).

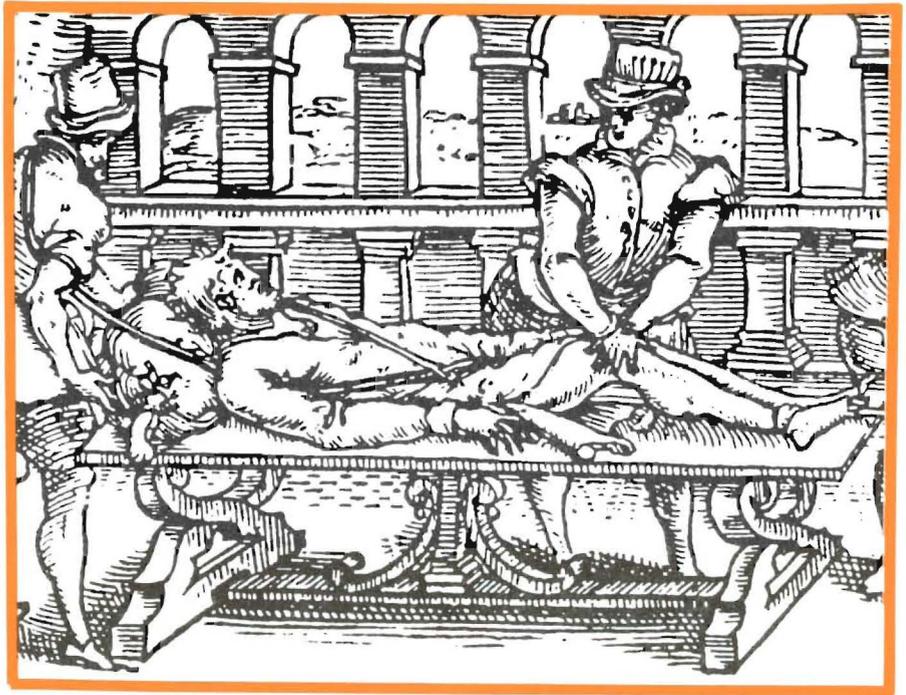
Así pues, el paciente llega al hospital con la ansiedad y/o depresión derivada de su estar enfermo, con la perspectiva de una agravación de su enfermedad, y con todas las obligaciones de sus diferentes roles sociales que dejará sin cumplir. Cualquiera de haya tenido una experiencia hospitalaria, directa o vicaria, puede comprender fácilmente que los procedimientos de admisión más usuales hacen muy poco para mitigar tales estados emocionales negativos y, en general, es más probable que los incremente (Franklin, 1974).

Los procedimientos de admisión dejan bien claro cuáles son las prioridades del personal del hospital. Normalmente producen más preocupación que tranquilidad (Robinson, 1972). De hecho, todas las características que son usualmente identificadores sociales de la persona se ven anuladas en el hospital (ropas, pertenencias personales, objetos de adorno, etc.) El ingreso, además, habitualmente es dirigido por un personal administrativo y distante que pregunta por la orden de ingreso, la tarjeta del seguro, o la forma de pago, y datos de identificación sociodemográfica, en el mejor de los casos. El paciente debe vestir el camisón o pijama reglamentario, de forma que se torna uno más

entre otros muchos iguales. Además, en muchos casos, el paciente es inmediatamente sentado en una silla de ruedas o acostado en una camilla o en la cama correspondiente, cumpliendo una rutina que señala ya la preferencia que tiene el hospital por un comportamiento «pasivo» del paciente, y su adopción del papel de «buen paciente» lo antes posible (Robinson, 1972). Después será acomodado en una habitación extraña (pero prácticamente igual a todas las demás del hospital), en compañía de otros pacientes desconocidos hasta ese momento, pero que, a partir de entonces, se introducirán en el círculo de su vida privada (sin títulos sociales para ello). De esa forma, el enfermo ve desaparecer totalmente su mundo privado e íntimo y se torna totalmente accesible a un conjunto de personas completamente extrañas para él, algunas de las cuales someten a pruebas y análisis peculiares, sobre los que el enfermo no tiene ninguna información, y cuyos resultados probablemente nunca conocerá.

Inmerso en esa dinámica, el paciente hospitalizado aprende pronto que el hospital está organizado más para conveniencia del personal que para la atención del enfermo. La imposición de tales procedimientos en el momento del ingreso implica la renuncia por parte del paciente de su iniciativa, sus derechos y, por supuesto, de su reclamación activa. Aprendí, igualmente, que sus pensamientos y emociones no interesan demasiado, que son los síntomas corporales los que tienen importancia, y que sus necesidades se verán atendidas si pueden traducirse o comunicarse como quejas físicas. Por todo ello, no es extraño que encontremos en los pacientes hospitalizados problemas psicológicos, especialmente ansiedad y depresión, que pueden verse potenciados si se van a sufrir pruebas específicas o cirugía. Por otro lado, hay muchos procedimientos hospitalarios que aíslan al paciente del contacto social, y/o lo inmovilizan en un entorno sin cambios aparentes (por ejemplo, pacientes en unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios), y eso puede producir efectos negativos importantes.

Finalmente, durante el tiempo de hospitalización, el apaciente suele recibir una atención muy fragmentada. El personal del hospital es muy diverso, y el enfermo no tiene información de quién es quién, qué diferencias



netas existen o cuáles son las jerarquías.

Así pues, la hospitalización constituye un acontecimiento vital estresante, y hay una evidencia sustancial de que existe una relación significativa entre los acontecimientos vitales estresantes y síntomas físicos y emocionales, sin que eso signifique ignorar las cuestiones planteadas acerca de la dirección causal y de los mecanismos psicosociales que median la relación (Dohrenwed & Dohrenwed, 1978; Billings & Moos, 1982).

A pesar de una relativa evidencia, hay pocos estudios sistemáticos de las respuestas emocionales al ingreso en el hospital. En 1964, Hugh-Jones, Tanser & Whitby estudiaron a 275 pacientes admitidos en un hospital docente de Londres, y encontraron que el tipo de preocupaciones que los pacientes expresaron fue muy heterogéneo, abarcando una gama que iba desde miedos específicos a algunos tratamientos hospitalarios hasta preocupación por el empleo. Los hombres mostraron mayores preocupaciones sobre problemas extrahospitalarios que las mujeres. Franklin (1974) midió la ansiedad en pacientes hospitalizados y trató de establecer su relación con la calidad de cuidado ofrecido por las enfermeras. Aunque esa relación pareció confirmarse, hay que tomar en consideración que las dos variables sujetas a estudio estaban contaminadas. Los que estaban más ansiosos y deprimidos tendían a ser más críticos y ver

su mundo con un mayor pesimismo. En cualquier caso, como causas más importantes de la anestesia estableció: la ignorancia de lo que espera al paciente, la preocupación por la intervención quirúrgica, la preocupación por la ansiedad, la preocupación por la familia, y disgusto general por el hospital.

Mucho más recientemente, Wilson-Barnett & Carrigy (1978) registraron las reacciones emocionales de los pacientes en una sala general desde su ingreso hasta el momento del alta (n=202). Las puntuaciones en ansiedad y depresión fueron más altas en las 24 horas siguientes al ingreso que la media durante toda su estancia. No se encontraron diferencias significativas en sexo y edad. Los informes diarios de los pacientes permitieron una descripción longitudinal del ajuste, definido en términos de pérdida de las reacciones emocionales iniciales. Se demostró una importante relación directa entre los rasgos emocionales y el tiempo de ajuste.

Otra manera de acceder a las consecuencias negativas de la hospitalización es a través de los cuestionarios de actitudes y opiniones de los pacientes. El estudio clásico en este área es el de Cartwright (1964; Cartwright & Anderson, 1981), que puso de relieve muchas de las áreas básicas de queja de los pacientes: ruidos, molestias nocturnas, toses u otros aspectos molestos de otros enfermos, rutinas rígidas, demasiadas caras nuevas, desconocimiento del tipo

adecuado de personal para la pregunta correcta, uso excesivo de la «jerga médica», o de excesiva terminología médica. Cartwright ya indicó que los pacientes no podían resolver estos problemas con facilidad, que los más jóvenes eran más críticos que los más viejos, y las mujeres más que los hombres. Sus resultados fueron globalmente confirmados por diversos estudios posteriores (Raphael, 1969; Volicer & Bohanon, 1973; Volicer, 1974; Volicer & Bohanon, 1975; Wilson-Barnett, 1976). En particular, los resultados del estudio de Wilson-Barnett (1976) fueron inequívocos. Los pacientes dieron más respuestas positivas que negativas al preguntar sobre sus reacciones a una larga lista de ítems relacionados con su estancia en el hospital. La autora explicaba esa valencia en las respuestas de los pacientes apelando a la deseabilidad social. Las mujeres dieron más respuestas negativas que los hombres. Eso podría explicarse de varias maneras. Por supuesto una razón posible sería que socialmente es más aceptable que las mujeres expresen emociones tales como el miedo o la ansiedad. Otra razón, sin embargo, podría ser la existencia de una mayor morbilidad psiquiátrica entre las mujeres, o la posibilidad de que las salas de mujeres tengan una atmósfera más deprimente o distresante (Wilson-Barnett, 1979). Por otro lado, también en este estudio los pacientes jóvenes se mostraron más críticos que los mayores.

Naturalmente, cabe pensar que los factores, rasgos o dimensiones de la personalidad influyen igualmente en las reacciones a la enfermedad, en el papel de enfermo y en la recuperación, y parece importante evaluar en qué medida tales factores influyen en las reacciones de los pacientes a los acontecimientos hospitalarios. Uno de los estudios que ha abordado esa cuestión ha sido el ya mencionado de Wilson-Barnett & Carrigy (1978). Utilizaron una muestra de 202 pacientes que fueron entrevistados diariamente y a los que se administró un cuestionario sobre respuestas a los acontecimientos hospitalarios, un inventario sobre estados de ánimo y el inventario de personalidad de Eysenck. De los resultados obtenidos quedaba claro qué tipo particular de pacientes manifestaba más ansiedad y depresión durante su estancia en el hospital. Por ejemplo, los pacientes con una alta puntuación en emocionalidad (medida por el EPI) eran los que manifestaban mayores y más

fuertes emociones negativas y los que con más probabilidad hacían comentarios negativos mientras estaban hospitalizados.

En general, los estudios de Wilson-Barnett señalan que los pacientes que manifiestan niveles más altos de ansiedad y depresión durante su estancia hospitalaria serían:

1. Mujeres menores de 40 años.
2. Pacientes que han sido ingresados para investigación, y realización de pruebas en busca de un diagnóstico.
3. Pacientes oncológicos, infecciosos o con enfermedad desconocida.
4. Pacientes con alto nivel de neuroticismo, bajo control emocional y proclives a la ansiedad y a la depresión.

Hay, pues, evidencia suficiente para afirmar que la hospitalización produce en los pacientes respuestas emocionales negativas, y que una de ellas es la ansiedad. Cabe decir, con



Wilson-Barnett (1981), que la situación es comparable a lo que uno siente el día que va a la escuela por vez primera, el primer día de trabajo, o, de una forma más extrema, quizás, cuando se ingresa en la cárcel. Las razones para que aparezca la ansiedad están fuertemente relacionadas con aspectos nuevos de una experiencia potencialmente estresante. Precisamente tales aspectos están presentes en la experiencia de la hospitalización.

Otro de los elementos de las respuestas emocionales negativas a la hospitalización es la depresión. Mofic & Paykel (1975) han encontrado que a un mismo nivel de depresión, los depresivos médicos muestran diferentes características de los depresivos psiquiátricos: informan de menos sentimientos suicidas, de más sentimientos pesimistas, de desamparo, más agitación y más autopiedad. En un estudio sistemático sobre la depresión y conducta de enfermedad en seis salas diferentes de un hospital general, FAVA y sus colaboradores (1982) encontraron que 6 de cada 10 pacientes puntuaban por encima de la media en una escala de depresión, y que 1 de cada 4 puntuaba de forma equivalente a pacientes con desórdenes depresivos importantes claramente diagnosticados. El análisis factorial de los resultados apoyaba la hipótesis de la existencia de un factor general subyacente a los síntomas de depresión y conducta de enfermedad en la población hospitalizada (sin tomar en cuenta las salas psiquiátricas, claro está). Ese factor se caracterizaba sobre todo por afecto deprimido, síntomas somáticos y retardo psicomotor, hipocondría y convicción de enfermedad.

No sólo se producen respuestas de ansiedad y depresión en la hospitalización, sino que puede haber otras asociadas a la reactancia, fundamentalmente la ira, que puede manifestarse de una forma expresa o que puede quedar implícita y desplazarse a otros objetivos, o dirigirse contra el paciente mismo, en una especie de autoagresión oculta. El hospital ofrece muchos aspectos que pueden incitar a tal tipo de respuestas. El paciente hospitalizado pierde muchas libertades cuando ingresa en el hospital. En algunos casos, esa retirada tiene un claro fundamento médico, tal como el de un paciente al que se está alimentando por vía intravenosa, y al que se ordena guardar cama. En otros casos, la retirada de libertades

tiene el objetivo de proteger las libertades de otros pacientes o mejorar las posibilidades de que el personal del hospital pueda realizar su trabajo más eficazmente. Sin embargo, muchas restricciones de la libertad del paciente tienen, en otros casos, una base racional poco clara.

Esa amenaza a la libertad rara vez cuenta mucho por ella misma, pero cuando se combina con el contra-tiempo de estar enfermo, puede crear problemas. El paciente ya ha tenido que suspender sus actividades normales por causa de la hospitalización para poder tratar su enfermedad. La naturaleza misma de ésta, y la falta de información acerca de ella, pueden exacerbar su irritabilidad y su inclinación a criticar a la autoridad si ésta le impone más restricción de la libertad. Además, dada su situación de reclusión e inmovilidad, el paciente tiene tiempo para meditar en todas las cosas que no puede hacer, en las consecuencias de su inactividad y en su propia enfermedad. Así, la inmovilidad es una fuente continua de frustración.

La incidencia de la ira entre las personas hospitalizadas es, a menudo, subestimada. Se ha sugerido que las auténticas reacciones emocionales pueden ser enmascaradas por el estrés de la crisis (Lindemann, 1941). Durante la fase aguda de la enfermedad, el miedo a estar serio y verdaderamente enfermo puede hacer que, incluso el paciente más airado, se presente como el más sumiso. Después de la crisis, sin embargo, el paciente puede tener muy diferentes reacciones. Puede irritarse por lo que se hizo sin dársele las explicaciones adecuadas. Puede desear que se le hubiera ofrecido elección de tratamiento, etc. En muchos casos, la irritación realmente interfiere en el propio tratamiento, y genera posibles riesgos de salud (Taylor, 1966).

Los efectos estresantes de la hospitalización parecen tener, como, por otra parte, es corriente en todos los incidentes estresantes, manifestaciones fisiológicas. Varios estudios han identificado cambios físicos mensurables asociados con la hospitalización, desde los años setenta. En el estudio de Mason y cols. (1965), los sujetos de ingreso reciente exhibían un incremento en los niveles de corticosteroides en orina, que disminuía hasta los niveles normales durante la primera semana de hospitalización. Diversos autores han establecido que los pacientes tenían unos elevados niveles de potasio en la orina el

día del ingreso comparados con los obtenidos en el segundo día de hospitalización; además, el descenso era mayor entre sujetos que recibieron una intervención experimental por parte del personal de enfermería diseñado para reducir el estrés de la hospitalización; otros establecieron, por su parte, que el tiempo de agregación de plaquetas fue más rápido y la presión sanguínea sistólica y diastólica fueron más altas un poco antes de la hospitalización para una intervención quirúrgica de menor importancia, en comparación con las mismas medidas tomadas justo antes de la intervención y justo antes del alta; finalmente, también encontraron aumentos en la presión sanguínea sistólica en el momento de ingreso en el hospital. Por su parte, Volicer & Volicer (1978), utilizando su escala de evaluación del estrés hospitalario (HSRS), estudiaron los cambios en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea durante la hospitalización

y encontraron correlaciones significativas entre esos parámetros y las puntuaciones obtenidas en la HSRS. Las correlaciones fueron en la dirección prevista en la hipótesis: el incremento del estrés se correlaciona con el incremento de presión sanguínea y tasa cardíaca.

Así pues, existe una masa importante de evidencia que sugiere que la hospitalización produce estrés (manifestado a través de respuestas emocionales negativas), que está asociado con cambios fisiológicos observables y mensurables que se presume que son resultado del estrés fisiológico.

Para terminar, abordando el punto de vista de una perspectiva que es bien diferente de aquella en la que me he situado para abordar el problema, y a manera de contraste teórico, aunque con coincidencia en las conclusiones, puede ser interesante exponer aquí que, desde una perspectiva psicodinámica, la ansiedad sentida por el paciente hospitalizado responde, en parte, a preocupaciones «legítimas», pero, por otra, es influenciada por su inconsciente. El inconsciente es entendido aquí como el residuo no recordado de experiencias previas. Tales experiencias tienen un efecto poderoso en la manera como una persona percibe y experimenta un acontecimiento. Dado que el inconsciente es irracional por naturaleza, las creencias inconscientes no pueden ser sometidas a revisión racional, y las respuestas emocionales a la enfermedad y a la hospitalización serán muy difíciles de cambiar. El hospital sumará a la ansiedad básica producida por la enfermedad siete tipos principales de factores estresantes:

1. La amenaza básica a la integridad narcisista. Las creencias universales, pero irracionales, de que el hombre es siempre capaz, autosuficiente e independiente, de que el cuerpo de una persona es indestructible, de que puede controlar el mundo en derredor y de que es dueño de su propio destino, son creencias que se ven desafiadas y dramáticamente desmontadas por la enfermedad primero y, después, por la hospitalización.
2. Miedo a lo desconocido (y a los desconocidos).
3. Separación de las personas y cosas importantes de la vida del paciente (que produce ansiedad de separación).
4. Miedo a perder el amor y la aprobación, a través de la pérdida del



atractivo o de la capacidad para actuar de la forma acostumbrada.

5. Miedo a la pérdida del control de funciones adquiridas evolutivamente (como las de la vejiga).

6. Miedo a la pérdida o herida de partes corporales (temor a la castración).

7. Reactivación de sentimientos de culpa y vergüenza, que acompaña al miedo a revanchas o castigos por transgresiones previas.

Strain & Grosman (1975) señalan que hay que añadir a todos ellos el miedo al dolor. Cada uno de estos factores puede, de hecho, constituir una experiencia dolorosa básica y, a la inversa, el dolor grave puede aumentar la magnitud de cada uno de ellos.

Las consecuencias del estrés que se indican desde este punto de vista

son similares a las indicadas por otros autores desde otros presupuestos teóricos: el paciente responde inicialmente con una pérdida universal de la autoestima acompañada por estados afectivos negativos, así como niveles muy variados de depresión, ansiedad, vergüenza, culpa y sentimientos de desamparo. Si tales estados afectivos negativos persisten, o son particularmente intensos, el paciente puede reemplazarlos con estados afectivos desagradables mediante el uso de mecanismos psicológicos inapropiados o faltos de realismo.

Por otro lado, la hospitalización que implica habitualmente el hecho de colocar al paciente en una cama, y esperar que mantenga un papel pasivo, es un acontecimiento regresivo por naturaleza, dado que se produce,

de hecho, una regresión física y comportamental, se facilita también la regresión psicológica. El paciente hospitalizado regresa temporalmente a modos infantiles, cuando sus defensas, conflictos, pensamiento y relaciones con los demás eran más primitivos, menos discriminantes y menos orientados hacia la realidad. Esto hace que sus miedos psicológicos sean más reales y más difíciles de manejar.

Así pues, no sólo desde una perspectiva teórica comportamentalista y psicométrica, sino también desde una orientación dinámica, la conclusión es la misma: la hospitalización es un acontecimiento estresante que produce reacciones psicológicas (emocionales y comportamentales) negativas.

BIBLIOGRAFIA

- BILLINGS, A. G., & MOOS, R. H. (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J. of Behav. Med.*, 4: 139-157.
- CARTWRIGHT, A. (1964): *Human Relations and Hospital Care*. London: Routledge & Kegan Paul.
- CARTWRIGHT, A., & ANDERSON, R. (1981): *General Practice Revisited*. London: Tavistock Pub. Ltd.
- DOHRENWED, B. S., & DOHRENWED, B. P. (1978): *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: Wiley & Sons.
- ENGEL, G. L. (1968): A Life Setting Conducive to Illness: The Giving Up-Given Up Complex. *Bulletin of Menninger Clinic*, 32: 355-365.
- ENGEL, G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.
- FAVA, G. A.; PILOWSKY, I.; PIERFEDER, A.; BERNARDI, M.; PATHAK, D. (1982): Depression and illness behavior in a general hospital: a prevalence study. *Psychoter, Psychosom.*, 38 (1): 141-153.
- FRANKLIN, B. L. (1974): *Patient Anxiety on Admission to Hospital*. London: Rcn Study of Nursing Care Project.
- HUGH-JONES, P. TANSER, A. R. & WHITBY, C. (1964): Patients view of admission to a London Teaching Hospital. *British Medical Journal*, 2: 660-
- KATZ, D., & KAHN, R. L. (1978): *The Social Psychology of Organizations*. New York: Wiley.
- LEVENTHAL, H. (1975): The consequences of depersonalization during illness and treatment. En J. Howard & A. Strauss (eds.): *Humanizing Health Care*. New York: Wiley.
- LINDEMANN, E. (1941): Observations on psychiatric sequelae to surgical operations in women. *American J. of Psychiatry*, 98: 132-137.
- MASON, J. W.; SACHAR, E. J.; FISHMAN, J. R.; HAMBURG, D. A., & HANDLON, J. H. (1965): Corticosteroid responses to hospital admission. *Archives of General Psychiatry*, 13: 1-8.
- MOFFIC, H. S., & PAYKEL, E. S. (1975): Depression in medical in-patients. *British J. of Psychiatry*, 126: 346-353.
- PEARLIN, L. I. (1980): The life cycle and life strains. In H. M. Blalock (ed.); *Sociological Theory and Research: A Critical Approach*. New York: Free Press.
- PEARLIN, L. I. (1982): The Social context of stress. En L. Goldberger & Sh. Breznitz (eds.): *Handbook of Stress*. New York: Free press.
- PEARLIN, L. I.; LIEBERMAN, M. I. (1981): The stress process. *J. of Health and Social Behavior*, 22: 337-356.
- PEARLIN, L. I., & RABADUCH, C. (1976): Economic Strains and the Coping functions of alcohol. *American J. of Sociology*, 85: 652-663.
- RACHMAN, S. J., & PHILIPS, C. (1975): *Psychology and Medicine*. London: Temple Smith.
- RAPHAEL, W. (1969): *Patients and their Hospitals*. London: King Edward Fund.
- ROBINSON, L. (1972): *Psychological Aspects of the Care of Hospitalized Patients*. Philadelphia: Davis, 1972.
- STRAIN, J. J., & GROSSMAN, S. (eds.) (1975): *Psychological Care of the Medically Ill*. New York: Appleton-Century Crofts.
- TAYLOR, S. H. (1986): *Psychology of health*. New York: Random House.
- VOLICER, B. J. (1974): Patients perceptions of stressful events associated with hospitalization. *Nursing Research*, 23 (3): 235-238.
- VOLICER, B. J., & BOHANNON, M. W. (1973): Perceived stress levels of events associated with the experience of hospitalization. *Nursing Research*, 22 (6): 491-497.
- VOLICER, B. J., & BOHANNON, M. W. (1975): A Hospital Stress Rating Scale. *Nursing Research*, 24 (5): 352-359.
- VOLICER, B. J., & VOLICER, L. (1978): Cardiovascular changes associated with stress during hospitalization. *Journal of Psychosomatic Research*, 22 (3): 153-168.
- WILSON-BARNETT, J. (1976): Patients' emotional reactions to hospitalization: and exploratory study. *J. of Advanced Nursing*, 1: 351-358.
- WILSON-BARNETT, J. (1981): Anxiety in hospitalized patients. *R. Soc. Health, J.* 101 (3): 118-122.
- WILSON-BARNETT, J., & CARRIGY, A. (1978): Factors affecting patients responses to hospitalization. *J. Advanced Nursing*, 3 (3): 221-223.