

# ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS EN MUJERES CON TRASTORNO AFECTIVO TRATADAS AMBULATORIAMENTE POR RIESGO SUICIDA EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN SANTIAGO DE CHILE

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF RELIGIOUS BELIEFS IN WOMEN WITH AFFECTIVE DISORDERS TREATED BY SUICIDE RISK IN A PSYCHIATRY SERVICE IN SANTIAGO DE CHILE

Ramón Florenzano U.\* \*\*,  
Carolina Aspillaga H.\* , Claudia Musalem A.\* ,  
Lucia Alliende\* , Eny Cataldo\*\*  
y Claudia Aratto\*\*

### Resumen

Se comparan características socio-demográficas y clínicas de mujeres con diagnóstico de trastorno afectivo y suicidalidad tratadas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (Santiago de Chile). Se analizó la base de datos de mujeres tratadas ambulatoriamente entre 2003 y 2010 ( $n=214$ ), comparando adscripción religiosa, tipo de riesgo suicida, diagnóstico de trastorno afectivo, comorbilidad y puntajes del OQ-45.2 al ingreso. Las pacientes no creyentes tratadas eran más jóvenes ( $M=38$  años) que las creyentes ( $M=38,36$  años). No diferían en otras características socio-demográficas ni diagnósticas. Tampoco en la ausencia o presencia de ideación o intentos suicidas. La principal diferencia encontrada entre mujeres con trastorno afectivo y riesgo suicida fue la mayor severidad del cuadro clínico entre las no creyentes ambulatorias.

**Palabras claves:** mujeres, depresión, religiosidad, suicidio, trastornos afectivos.

### Abstract

Socio-demographic and clinical characteristics are compared among women with affective disorder diagnosis and suicidality, treated in the Psychiatry Service of the Hospital del Salvador (SPHDS) in Santiago de Chile. The database of the SPHDS about women treated as outpatients between 2003 and 2010, was analyzed ( $n=214$ ), comparing religious affiliation, suicidal risk type, affective disorder diagnoses, comorbidity with personality disorder and OQ 45.2 score. Non-believers treated patients were younger ( $M=38$ ) than believers ( $M=39,36$ ). They didn't differ in other sociodemographic or clinical characteristics, neither in presence or absence of suicidal ideation or attempts. The main difference found among women with affective disorder and suicidal risk was the greater severity of the clinical condition among the outpatient non-believers.

**Key words:** women, depression, religiosity, suicide, affective disorder.

Recibido: 14-11-12 | Aceptado: 20-01-14

\* Ramón Florenzano U., Carolina Aspillaga H., Claudia Musalem A.,  
Lucia Alliende, Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo,  
Santiago, Chile

\*\* Ramón Florenzano U., Eny Cataldo y Claudia Aratto, Hospital Del  
Salvador

E-Mail: rflorenzano@udd.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIV p.p. 223-230

© 2015 Fundación AIGLÉ.

## Introducción

El riesgo suicida, ya sea la ideación o el intento suicida, aumenta en las mujeres con trastorno afectivo (Oquendo et al., 2007). El incremento de este riesgo es un problema creciente de salud pública en Chile y otros países. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido desarrollar programas efectivos de prevención y tratamiento (Knox, Yeates y Caine, 2004) de la "suicidalidad", término que incluye la ideación y el riesgo suicida. Dervic et al. (2004), entre otros, ha relacionado la menor afiliación religiosa con mayor número de intentos. El considerar estos aspectos forma parte de un modelo "bio-psico-social" ampliado, que integra los aspectos biomédicos de la psiquiatría (como las neurociencias y la psicofarmacología), con los componentes psicosociales. Huguelet y Koenig (2009) han señalado la necesidad de indagar sobre éstos en la entrevista psiquiátrica, y de analizar la psicopatología desde la perspectiva de las creencias del paciente. Los mismos autores han planteado que una psicoterapia que considere estas creencias, en algunos casos, puede ayudar a un paciente depresivo a no intentar suicidarse.

El aumento de la suicidalidad ha sido documentado en la última década a nivel global (Bertolote y Fleischmann, 2002) y también en Chile (Monreal, 2009), con especial énfasis en los adolescentes (Florenzano, et al., 2009). Este aumento está ligado a diversas conductas de riesgo y problemas de salud mental, en especial la depresión, cuya prevalencia en la población adulta chilena es de un 7,5 a 10% (Vicente, Rioseco, Saldívia, Kohn y Torres 2002). El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) propone integrar las terapias farmacológicas con las psicosociales en sus Guías de Tratamiento de la Depresión (MINSAL, 2006). La medición sistemática de la mejoría tanto de los trastornos depresivos como del riesgo suicida ha sido objeto de diversos trabajos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (Florenzano, Labra, San Juan, Calderón, y Vaccarezza, 2008a). Sin embargo, no se ha documentado la relación entre trastorno afectivo, suicidalidad y creencias religiosas. Esta correlación es el objetivo de un proyecto de investigación financiado por FONDECYT (proyecto No 1100731).

Este estudio muestra las características sociodemográficas y clínicas de mujeres tratadas ambulatoriamente en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (un Hospital General en Santiago de Chile), en una muestra de 214 mujeres con edad

promedio de 42 años, con sucesivas mediciones del OQ-45.2, con tratamiento farmacológico en todos los casos y combinado con psicoterapia en el 54% de ellos. Los pacientes referidos a esta unidad especializada desde los niveles primario y secundario de atención presentan formas específicas de depresión severa (Florenzano, et al, 2008a): bipolaridad (38,1%); refractariedad al tratamiento (32,1%); suicidalidad (23%); psicosis (2,7%); y dependencia al alcohol (2,5%).

La observancia y prácticas espirituales y religiosas pueden disminuir los problemas emocionales en mujeres depresivas, especialmente adolescentes (Florenzano et al 2008c). De allí, ha surgido interés por incluir componentes espirituales en las intervenciones de salud mental más complejas (Hefti, 2009, citado en Huguelet y Koenig, 2009., Florenzano, 2005). La búsqueda de sentido vital es un elemento importante para muchas personas, y las diversas espiritualidades y religiones ofrecen esto. Una reciente revisión sistemática de la literatura reporta que el reconocimiento y la inclusión de elementos espirituales/religiosos en un tratamiento, contribuyen a la adherencia al tratamiento y a la mejoría clínica de los pacientes (Smith, Bartz y Richards, 2007). Se plantea que la espiritualidad y la religiosidad permiten a las personas enfrentar y dar un sentido a situaciones estresantes, constituyendo un factor protector, colaborando así en la disminución de los síntomas e incidiendo positivamente en la adherencia de la persona al tratamiento.

Entre las intervenciones psicosociales más comunes en las depresiones se encuentran las psicoterapias. La evaluación de los resultados de éstas puede centrarse en el proceso o en el resultado terapéutico. Uno de los principales problemas para documentar la efectividad de ellas es el elevado porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento antes del alta. La medición de estos resultados es un desafío metodológico, habiéndose validado en Chile diversas escalas destinadas a medir procesos (Florenzano, 2002) y resultados (Florenzano et al., 2010; Correa et al, 2006).

**Tabla 1. Características sociodemográficas comparadas de mujeres creyentes y no creyentes (169 mujeres depresivas con suicidalidad, tratadas ambulatoriamente en Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador, Santiago de Chile, 2004-2011)**

	CREYENTES		NO CREYENTES		SIGNIFICANCIA Estadística
	Promedio	D.E.	Promedio	D.E.	
Edad	39,96	14,197	38	15,233	t=0,836,213gl,p=0,404
Años escolaridad	10,53	3,37	10,52	2,93	t=-0,16,203gl,p=0,987
Estado Civil	N	%	N	%	
Casado/ convive	63	38%	20	39%	X <sup>2</sup> = 9,552,4gl, p=0,5
Soltero	24	47%	24	47%	
Separado	8	12%	6	12%	
Viudo	1	2%	1	2%	
Tipo Familia	N	%	N	%	X <sup>2</sup> = 11,108,4gl, p=0,025
Familia de Origen	31	19%	4	8%	
Familia Extendida	40	24%	18	37%	
Familia Nuclear	80	41%	19	39%	
Solo	4	2%	6	12%	
Otros	8	5%	2	4%	
Ocupación	N	%	N	%	X <sup>2</sup> = 2,680,4gl, p=0,613
Trabaja	78	47,60%	20	39,20%	
Estudiante	15	9%	4	8%	
Dueña de Casa	39	24%	11	22%	
Cesante	30	18%	15	29%	
Jubilado	2	1%	1	2%	
Religión					X <sup>2</sup> = 215,5gl, p=0,0001
Católica	144	67%	0	0%	
Evangélica	20	9%	0	0%	
Otra Religión	6	2%	0	0%	
Ninguna	0		46	21,40%	

**Tabla 2. Puntajes en Cuestionario OQ-45.2 al ingreso, según religiosidad pacientes depresivas tratadas ambulatoriamente en Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador, Santiago de Chile 2004-2011**

	TIPO DE SUICIDALIDAD	PROMEDIO	DS	SIGNIFICANCIA
No creyentes	Ideación	124,07	28,341	t=2,305,20 gl
	Intento	89,15	42,768	p=0,021
Creyentes	Ideación	112,26	28,291	t=1.989,86gl
	Intento	98,77	35,883	p=0,05
Total	Ideación	115,31	28,535	t=3,04,116gl
	Intento	96,68	37,307	p=0,003

## Método

### *Sujetos e Instrumentos*

En este estudio de tipo retrospectivo, se analizaron pacientes mujeres ingresadas a tratamiento ambulatorio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS), información que se obtuvo de las bases de datos de la Unidad de Triage del SPHDS. A los sujetos de estudio se les aplicó el Cuestionario BDPS 1.1. (Florenzano et al, 2008b) y el Outcome Questionnaire (OQ-45.2) desarrollado por Lambert y su equipo (Lambert y Finch, 1999) y validado en Chile por Von Bergen y De la Parra (2002). El Cuestionario BPDS es un registro de características socio-demográficas (edad, educación, estado civil, ocupación, familia nuclear, extensa u otra, religión) y clínicas (diagnóstico ICD, tipo de suicidalidad) que se aplica de rutina en los pacientes que ingresan al SPHDS. El cuestionario OQ-45.2 de Lambert mide salud mental global y tiene tres sub-escalas que miden síntomas, relaciones interpersonales y rol social. La primera aplicación de este instrumentos (M1) se realiza cuando el paciente es admitido en el SPHDS. Si bien son cuestionarios de autoadministración, dada la baja escolaridad de muchos pacientes, hay un evaluador que lee las instrucciones y registra las respuestas. Dentro del BPDS se explora qué religión dicen profesar o si se declaran ateos, agnósticos, sin preferencia o sin ninguna religión.

El SPHDS cuenta con un completo registro de los pacientes que han consultado ambulatoriamente desde el año 2004 en adelante (Florenzano et al., 2008a). De estos registros, se seleccionaron para el presente estudio a 214 pacientes mujeres que, en primer lugar, hayan sido diagnosticadas con algún trastorno afectivo al momento de la consulta, en

segundo lugar, que tuvieran al menos una medición OQ-45.2 y, finalmente, que hubieran respondido a la pregunta sobre su religiosidad. Las creencias fueron agrupadas en dos grupos: creyentes (aquellas que declararon pertenecer a alguna religión) y no creyentes (las que declararon ser agnósticas, ateas, o sin ninguna religión). La variable "Suicidalidad" incluyó a las pacientes con ideación o intento suicida, separándolas de las pacientes que no presentaban esta variable. La tabla 1 muestra las características socio-demográficas de la muestra. Las edades van desde los 15 hasta los 81 años, con un promedio de 39,5 años (DE 12,4 años).

Las participantes dieron su consentimiento informado para este estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital del Salvador previa revisión del formato de consentimiento informado y las medidas para preservar la confidencialidad de los datos.

Se realizaron análisis descriptivos de todas las variables sociodemográficas y clínicas. Se comparó la severidad de la medición de ingreso del OQ-45.2 tanto por clasificación diagnóstica como por Adscripción mediante la prueba t de Student para la diferencia de medias (muestras independientes) con un intervalo de confianza para la diferencia del 95%. Se realizó la prueba de Levene para la igualdad de varianzas. Para verificar si existía una asociación significativa entre la adscripción religiosa y el tipo de suicidalidad, se calculó una tabla de contingencia con el estadístico chi cuadrado a un nivel de significancia de = 0,05. Para todos los análisis estadísticos los valores perdidos se excluyeron de a parejas. El programa estadístico utilizado fue SPSS en su versión 18.0.

**Tabla 3. Diagnóstico de tipo de cuadro afectivo, comparación entre mujeres depresivas creyentes o no creyentes tratadas ambulatoriamente en SPHDS, 2004-2011**

TIPO TRASTORNO	CREYENTES		NO CREYENTES		
	Afectivo	n	%	n	%
Manía		1	6%	1	2%
T Bipolar		32	20%	9	20%
Episodio Depresivo		102	62%	26	57%
Trastorno Depresivo		26	16%	7	15%
Distimia Depresiva		3	2%	3	7%
TOTAL		164	100%	46	100%

$\chi^2=1,296;4GL;T=0,862$

**Tabla 4. Diagnóstico de tipo de cuadro afectivo, comparación entre mujeres depresivas creyentes o no creyentes tratadas ambulatoriamente en SPHDS, 2004-2011**

TIPO TRASTORNO	CREYENTES		NO CREYENTES		
	Personalidad	n	%	n	%
T. Paranoide		5	9%	1	6%
T. Limite		22	38%	9	53%
T. Histriónico		1	2%	1	6%
T. Dependiente		3	5%	2	12%
T. Narcisista		1	2%	0	0%
T. Mixto		26	45%	4	24%
TOTAL		58	100%	17	100%

$\chi^2=7,088;5GL;T=0,214$

## Resultados

Las pacientes ambulatorias promedian 39,5 años de edad (DE 12,4), en la M1 su puntaje promedio es de 109,99 (DE 34,6), con un mínimo de 15 y un máximo de 169 puntos, es decir, moderadamente alto, pues el puntaje de corte del OQ-45.2 es de 73 puntos en su validación chilena; en otras palabras, consultan ambulatoriamente casos de severidad moderada. No hubo diferencias significativas entre las pacientes creyentes y las no creyentes, tampoco las hubo en los años de escolaridad, en el estado civil, el tipo de familia ni en su ocupación. La religión predominante entre los creyentes fue la católica (90%), seguida por los cristianos evangélicos (10%).

La diferencia entre creyentes y no creyentes aparece al comparar el tipo de suicidalidad en puntajes del OQ-45.2 de ingreso: los puntajes de las no creyentes fueron más altos en los casos con ideación suicida (Promedio: 124,07, DE 28,341) que en los con intento suicida (Promedio: 89,15 DE 42,77) en forma significativa ( $p=0,02$ ). La misma diferencia se encontró entre los creyentes con ideación suicida (Promedio: 112,26, DE 28,291) que en los con intento (98,77 DE 35,88). La misma diferencia se encontró entre los creyentes (Promedio: 112,26, DE 28,291) que en los con intento (98,77 DE 35,88). Los puntajes más elevados según religiosidad en Cuestionario OQ-45.2 se dieron en los pacientes no creyentes con ideación suicida, como se observa en la Tabla 2.

Al comparar los tipos de trastorno afectivo entre creyentes y no creyentes no aparecen diferencias significativas, como se ve en la tabla 3. En ambos grupos predominan los episodios y trastornos depresivos, luego, con un porcentaje menor aparecen los trastornos bipolares, y finalmente, le siguen las distimias. Al realizar la misma comparación estudiando el porcentaje de casos con co-morbilidad con trastorno de personalidad, hay un mayor porcentaje de casos con trastorno límite entre los no creyentes (53%) que entre los creyentes (38%), sin embargo, esta diferencia no alcanza significancia estadística.

## Discusión

Este estudio, como todos los diseños retrospectivos, tiene el problema de la calidad de la información: ésta fue recopilada de fichas clínicas que registran en forma muy variable los diagnósticos clínicos y los puntajes de los cuestionarios de medición de resultados. La información sobre religiosidad, en un país donde la gran mayoría de la población se auto-define cristiana, puede darse por aceptabilidad

social más que por real observancia de la religión. Esta última requeriría de cuestionarios más especializados. Ambos problemas pueden ser subsanados por estudios prospectivos, que recolecten la información en la medida que los pacientes entran a tratamiento, lo que permitiría una comparación más detallada de la influencia de la religión en el riesgo suicida de las pacientes.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre creyentes y no creyentes en sus características socio-demográficas, por lo que ambos se pueden considerar semejantes. Tampoco hay diferencias significativas en el tipo de diagnósticos formulados, ya sean sintomáticos o de personalidad. En este sentido la religiosidad no parece influir en las características diagnósticas de las pacientes, y el estudio confirma el hecho de que la auto-adescripción religiosa no diferencia subgrupos que sean diversos ni poblacional ni clínicamente. En Chile creyentes y no creyentes tienen la misma exposición al riesgo de presentar trastorno afectivo o suicidalidad, si los datos de esta población fueran generalizables,

Por otra parte, el estudio muestra una tendencia a que las pacientes sin creencias religiosas presenten depresiones más severas que las creyentes. Las diferencias no alcanzan sin embargo significación estadística, lo que puede relacionarse a la severidad de los cuadros depresivos tratados en un servicio especializado hospitalario: los promedios de ambos grupos y en ambas mediciones están muy por sobre el punto de corte, lo que muestra que se trata de pacientes extremadamente graves. La mayor severidad de los cuadros clínicos puede ser evidencia indirecta acerca de la pregunta acerca del sentido de la vida: uno de las explicaciones prevalentes en los estudios sobre espiritualidad como factor protector, apunta a que las creencias dan certeza u sentido a la vida. La mayor suicidalidad de pacientes severamente depresivas puede interpretarse como falta de este sentido, y por modelamiento de roles, que llevan a que los pacientes que consultan por trastorno afectivo e ideación/riesgo suicida, lleguen a niveles más profundos (medidos en puntaje de escalas clínicas sensibles al cambio), de trastornos afectivos, lo que conlleva mayor ideación suicida. También, en casos donde predomina la enfermedad afectiva "endógena", ligada neuroquímicamente a factores cerebrales y neurotransmisores, puede plantearse que elementos socio-culturales tales como la religiosidad pierden su centralidad durante los episodios depresivos.

Otro hecho que llama la atención es que los pacientes no creyentes tienen mayores puntajes en el OQ-45,2 cuando solo presentan ideación suicida, y menores cuando hacen intentos. Esta tendencia se invierte, y aquí la diferencia es estadísticamente significativa, en el caso de los creyentes, que tienen menores puntajes cuando presentan solo ideación, y mayores que los no creyentes cuando hacen intentos. Una interpretación de esta diferencia es que los pacientes creyentes, dada su enfermedad afectiva, presentan un mayor umbral para pasar del pensamiento a la acción, dada la influencia de su religión, que limita el recurso a la conducta autolesiva. Los no creyentes, que no tienen esta sanción grupal, recurren al suicidio más fácilmente.

Finalmente, volvemos a señalar que este es un corte transversal retrospectivo en poblaciones clínicas con casos severos. Un diseño longitudinal prospectivo con casos consultantes en nivel primario de atención, y no en un centro terciario especializado, podría ayudar a iluminar mejor estas hipótesis. En futuros estudios esperamos volver sobre estos hallazgos.

## REFERENCIAS

- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7, 6-8.
- Correa, J. Florenzano, R. Rojas, P. Labra, J.F. del Río, V. y Pastén, J.A. (2006). El uso del Cuestionario OQ-45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44 (4), 258-262.
- Dervic, K. Oquendo, M.A. Grunebaum, M.F. Ellis, S. Burke, A.S., & Mann, J.J. (2004). Religious Affiliation and Suicidal Attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2302-2308.
- Florenzano, R. (2002). Evaluación de Servicios de Salud Mental: El caso de la evaluación de las psicoterapias. *Psiquiatría y Salud Integral* 2 (3), 55-63.
- Florenzano, R. (2005). Espiritualidad y Salud Mental. En R. Alarcón, M. Mazotti y H. Nicolini, (Eds). *Psiquiatría*. México D.F.: Manual Moderno.
- Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S. Santander, S. y Casassus, M. (2009). Conductas de Riesgo, síntomas depresivos, auto y heteroagresión en una muestra de adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana de Santiago, 2007. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 47(1), 24-33.
- Florenzano, R., Labra, J. F. San Juan, K. Calderón, A. y Vaccarezza, A. (2008a). El Monitoreo de Rutina de los Resultados de Tratamientos Psicoterapéuticos: Atrición, Cambio Estadístico y Clínico en un Servicio de Psiquiatría de Hospital General. *Revista Gaceta Psiquiatría Universitaria* 4 (1), 111-117.
- Florenzano, R., Matta, F. Ruiz -Tagle, A. Hasbún, V. Perales, P. y Fasani, R. (2008b). Desarrollo de un sistema de registro y almacenamiento de información de los pacientes atendidos en un hospital general (BDPS 1.1). *Revista Gaceta Psiquiatría Universitaria* 4 (2), 226-29.
- Florenzano, R., Valdés, M. Cáceres, E. Santander S. Armijo I. Bergman, V. y Trapp, A. (2008c). Religiosidad, Conductas de Riesgo y salud mental en adolescentes de Santiago de Chile. *Revista Chilena Salud Pública* 12 (2), 83-90.
- Florenzano, R., Tolosa, P. Donoso, A. Casassus, M. Figueroa, G. Vacarezza, A. y Calderón, A. (2010). Comparación de la Efectividad del Tratamiento de Depresión en un Servicio Público de la Región Metropolitana. *Psiquiatría y Salud Mental* 25 (4), 26-36.
- Hefti, R. (2009). Integrating Spiritual Issues into Therapy. En Huguelet P., & H. Koenig (Eds.) *Religion and Spirituality in Psychiatry* (pp. 244- 267). New York: Cambridge University Press.
- Huguelet P. y Koenig H.G. (2009). *Religion and Spirituality in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Knox, K.L., Yeates C., & Caine E.D. (2004). If Suicide is a Mental Health Problem, What are we doing to Prevent It? *American Journal of Public Health*, 94 (1), 37-45.
- Ministerio de Salud, (2006). Serie guías clínicas MINSAL n°20. Extraído el 10 de mayo desde <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>.
- Monreal M. (2009). Epidemiología del suicidio. Chile 2000-2002. *Cuadernos Médico Sociales*, 49 (3), 209-219.
- Oquendo M.A., Bongiovi-García M.E., Galfalvy H., Goldberg P.H., Grunebaum M.F., Burke. A.K., & Mann I.J. (2007). Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts after Major. Depression: A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry* 164 (1), 134-141.

- Smith, T.B., Bartz, J., Richards, P.S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17(6), 643-655.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., Torres, S. (2002) Estudio Chileno de Prevalencia de patología psiquiátrica. *Revista Médica Chile*, 130, 527-536.
- Von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20 (2).38, 161-176.