

# EL SOPORTE ASISTENCIAL A LOS ENFERMOS DE CÁNCER FALLECIDOS EN SU DOMICILIO EN MALLORCA\*

Onofre Pons Sureda / Gustavo Catalán Fernández / Antoni Avellà Mestre / Andrés Recober Martínez / José María Carbonero Malberti / Isabel Garau Llinás  
Sección de Oncología. Hospital General de Mallorca

## Resumen

Se estudian las condiciones de fallecimiento en un grupo de pacientes oncológicos fallecidos en su domicilio. Mediante una entrevista realizada a las personas, familiares o no, que asumieron la responsabilidad principal del cuidado del fallecido, se recabó información sobre distintos aspectos de la vida del paciente en su período terminal. En este estudio se recogen los datos referentes al tipo de asistencia médica que se le brindó al enfermo tumoral en su domicilio e intensidad de la misma.

De un total de 182 pacientes, se entrevistó a los cuidadores primarios en 151 casos. De éstos, el 78% era visitado por el médico de cabecera regular o esporádicamente. Tanto el grado de información del médico de asistencia primaria como la frecuencia de visitas de éste al paciente se relacionan con el lugar de residencia (mayor conocimiento de la enfermedad y frecuencia de visitas en medio rural).

El 70% de los pacientes que estuvieron ingresados alguna vez (127) siguieron en contacto con el hospital que les atendió. Este contacto era personal (el paciente acudía a consulta) en el 46% de los casos.

Los factores dependientes de la enfermedad (diagnóstico y sintomatología) no mostraron influencia en la intensidad del soporte asistencial.

**Palabras clave:** Mortalidad. Asistencia domiciliaria. Cuidado terminal.

## HEALTH CARE SUPPORT IN CANCER PATIENTS DYING AT HOME IN MALLORCA

### Summary

The conditions of death are studied in a sample of oncological patients who died at home. By interviewing people, relatives or not, who assumed the main responsibility for the patient's care, information was gathered about different aspects of the patient's life in its terminal period. In this study, information was collected about the kind of medical assistance offered at home, and its intensity.

Among 182 cases, 151 primary caregivers were interviewed; 78% of them were visited by the family doctor, on a regular or sporadic basis. Both the degree of family doctor information and the frequency of his/her visits to the patient, were related to the place of residence (better knowledge of the disease and higher frequency of visits in non-urban areas).

70% of the patients who were hospitalised at any time (127), maintained contact in some way with the attending hospital. This contact was direct (the patient attended the hospital) in 46% of cases.

The factors dependent on the disease (diagnosis and symptoms) did not show any influence on the intensity of health care support.

**Key words:** Mortality. Home care. Terminal care.

## Introducción

El estudio de las condiciones actuales de fallecimiento de los pacientes oncológicos constituye la etapa previa al diseño de alternativas asistenciales para la fase final de la enfermedad que mejoren la calidad de vida en este período y ayuden a la distribución óptima de los recursos existentes.

Entre los múltiples factores que, en compleja interrelación<sup>1,2,3,4,5,6</sup>, condicionan el grado de soporte a enfermos y familiares son básicos aquellos que dependen de la organización asistencial<sup>3,5,7,8,9</sup>.

Con el fin de estudiar las condiciones de fallecimiento de los enfermos oncológicos en nuestro ámbito, así como el tipo y grado de soporte de los mismos, se inició en 1986 un estudio con-

sistente en entrevistar a domicilio a las personas que habían ejercido como *cuidadores primarios* de los pacientes asistidos por el Servicio de Oncología del Hospital General de Mallorca (HPG), y que habían fallecido en los 30 meses previos al inicio de la investigación (abril de 1984-agosto de 1986).

Los resultados de la encuesta aplicada a los familiares de los pacientes fallecidos en su domicilio aportan infor-

\* Este trabajo ha sido financiado con una beca de la Conselleria de Serveis Socials. Consell Insular de Mallorca.

Correspondencia: Onofre Pons Sureda. Hospital General. Plaza del Hospital 3. 07012 PALMA DE MALLORCA.  
Este artículo fue recibido el 16 de mayo de 1989 y fue aceptado, tras revisión, el 14 de febrero de 1990.

mación respecto al grado de relación que el paciente seguía manteniendo con el hospital, con el médico de cabecera y respecto a la coordinación entre ambos niveles asistenciales.

## Material y método

El HPG es un centro sanitario dependiente del Consell Insular de Mallorca, con una capacidad de 200 camas, y atiende en su mayoría a pacientes de la Seguridad Social, aunque es el responsable de la atención médica a pacientes de la Beneficencia Municipal. El servicio de Oncología tiene una capacidad de 23 camas, y atiende de 600 a 700 ingresos hospitalarios al año, desde su creación en 1984.

A través del Registro de Tumores del servicio de Oncología, se extrajo el censo total de pacientes que, asistidos por el mismo, habían fallecido en los 30 meses previos al inicio del estudio.

Se elaboró, previa revisión bibliográfica, un cuestionario al que debían contestar las personas que ejercieron como cuidadores primarios, definidos como aquellas personas, en general familiares, con mayor dedicación al cuidado del enfermo.

El cuestionario completo (74 ítems) se pretestó antes de iniciarse el trabajo de campo en un grupo de trabajadores no sanitarios del propio hospital, con el objeto de valorar la comprensión de las preguntas. Se adiestró un equipo de seis encuestadoras, asistentes sociales femeninas, que, previo un cursillo de entrenamiento, se encargaron de rellenar la encuesta mediante entrevista personal en el propio domicilio del encuestado.

Con los datos referentes al domicilio del paciente recogidos en la historia clínica, se estableció contacto por carta y, cuando ello procedía, por teléfono, con los familiares de aquél. Entre éstos se seleccionó a la persona que había actuado como cuidador primario del enfermo, a quién se informó del sentido del estudio, destinado a conocer «las condiciones en que pasó su familiar los últimos días». No se admitieron sustituciones de un cuidador primario por otro familiar ni la contestación en gru-

po por parte de varios miembros de la familia.

El nivel socioeconómico se evaluó por pregunta directa al encuestado e independientemente por apreciación de la encuestadora, mediante un baremo unificado previamente. En síntesis, éste consistía en la valoración de determinados signos externos (mobiliario, electrodomésticos, dimensiones y número de habitaciones de la vivienda, aspecto personal del encuestado...), así como la ubicación geográfica en el caso de entrevistas en la capital. Estos datos permitían la estratificación de la muestra en cinco niveles. Durante el entrenamiento se procedió a ejercicios de simulación entre las encuestadoras hasta conseguir un máximo de repetibilidad en la prueba. En los 27 casos en los que el entrevistado no pertenecía al ámbito familiar, se tuvo que realizar la medida indirectamente, según testimonio del encuestado (en todos los casos profesional) y zona de residencia.

La duración media de la entrevista fue de 27 minutos, con un rango de 20 a 50 minutos.

Los casos considerados como «no localizados», lo fueron tras una exhaustiva investigación, y obedecían en su gran mayoría a cambios de domicilio, en ocasiones fuera de la isla. Se consideraba «rechazado», cuando el familiar se negaba explícitamente a colaborar o dejaba de acudir por dos veces a una cita concertada.

Se consideró al fallecido como «sin estudios» cuando no había completado los estudios primarios y en el grupo de «estudios primarios» cuando había completado dicha escolarización. «Estudios medios» suponía haber completado el bachillerato, y superiores, haber completado alguna carrera universitaria. Los

escasos efectivos de estos dos últimos grupos aconsejaron la agrupación medios-superiores.

Las pruebas estadísticas utilizadas en el estudio son las aplicables al análisis de variables cualitativas (chi cuadrado) y cuantitativas (comparación de medias y análisis de la varianza).

A efectos del presente estudio, consideramos área urbana la correspondiente a Palma de Mallorca (aproximadamente 350.000 habitantes), mientras que el área rural corresponde al resto de pueblos de la isla.

## Resultados

El subconjunto de pacientes que fallecieron en su domicilio y que analizamos en este estudio supone una población total de 182 fallecidos, de los cuales 21 casos no fueron localizados (11,5%) y 10 cuidadores (5,5%) rechazaron la entrevista, por lo que el total de entrevistas efectuadas fue de 151 (83%).

El conjunto de la muestra estaba formado por 89 varones y 62 mujeres, con una media de edad de 65,45 años (DE=9,3). En cuanto al lugar de residencia, 62 pacientes (41%) residían en la capital, mientras que 89 (59%) correspondían al ámbito rural.

El grupo de pacientes con familiares ilocalizables mostraba una media de edad de 61,3 años (DE=9,7), sin diferencias estadísticamente significativas respecto a la muestra estudiada. De este grupo de fallecidos no localizados, se conoció el lugar de residencia en 17 casos (9 rurales y 8 urbanos), sin que existieran diferencias estadísticamente significativas en la procedencia rural/urbana respecto al grupo estudiado.

Tabla 1. Nivel cultural de los enfermos según el nivel socioeconómico\*

Nivel cultural	Nivel socioeconómico			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Carece de estudios	2	26	25	53 (35,8%)
Primarios	7	43	25	75 (50,6%)
Medios-superiores	8	11	1	20 (13,5%)
TOTAL	17 (11,5%)	80 (54%)	51 (34,5%)	148 (100 %)

\*Tres casos con nivel económico desconocido

El nivel socioeconómico de la muestra, medido subjetivamente por la encuestadora, advierte un 11,2% de fallecidos correspondientes a nivel alto o medio-alto (17 individuos), un 53% corresponde a clase media (80 individuos) y un 33,8% (51 pacientes) de clase baja o media baja. No se objetivó este dato en tres casos.

En la tabla 1 se presenta el nivel socioeconómico de los fallecidos, en estrecha relación con un parámetro más clásico en la medición del nivel social, como es el nivel de estudios de los individuos ( $p < 0,00005$ ).

El sexo, predominantemente femenino, de los encuestados y el grado de parentesco de los mismos con el paciente fallecido se presenta en la tabla 2.

Un total de 137 pacientes pertenecía a la Seguridad Social (93%). Siete pacientes tenían un seguro privado y tres eran atendidos con cargo a la beneficencia municipal. En cuatro de los pacientes, se desconocía el tipo de seguro.

De los 151 pacientes, 24 (16%) no ingresaron nunca en el hospital. El resto lo hizo en una o más ocasiones. La media de supervivencia desde el alta de su último ingreso fue de 70 días, tiempo en el que permanecieron y recibieron tratamiento domiciliario.

El 70,9% de los que habían estado ingresados siguió manteniendo contacto con el equipo médico hospitalario en modos variados: el paciente acudía personalmente en el 46,5% del total; la familia, en el 16,5%, y existía contacto telefónico en idéntico porcentaje. El médico de cabecera actuaba como intermediario entre el paciente y el médico hospitalario en sólo dos casos.

El médico de cabecera conocía la enfermedad del paciente en el 83,4% de los casos, al decir de la familia, y con diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ) a favor de una mejor información por parte de los médicos del área rural (tabla 3).

En el 78% de los casos, el médico de cabecera visitaba al paciente, con frecuencia variable, en su domicilio (tabla 4). Esa frecuencia aparece relacionada con el lugar de residencia y el nivel económico del paciente: en el medio rural la visita médica se producía con mayor frecuencia que en la capital

**Tabla 2. Sexo y grado de parentesco de los encuestados con el fallecido**

Parentesco masculino	n	Parentesco femenino	n	Total (%)
Padre	1	Madre	4	5 (3,3%)
Hermano	2	Hermana	9	11 (7,2%)
Hijo	12	Hija	31	43 (28,5%)
Marido	11	Esposa	47	58 (38,4%)
Nieto	—	Nieta	2	2 (1,3%)
Sobrino	1	Sobrina	4	5 (3,3%)
Sin vínculo familiar				27 (17,8%)
Total varones		Total mujeres		151 (100%)

**Tabla 3. Conocimiento de la enfermedad por el médico según lugar de residencia del enfermo**

Conocimiento de la enfermedad	Lugar de residencia		Total
	Rural	Urbano	
No la conocía	7 (7,8%)	18 (29%)	25 (16,5%)
Sí la conocía	82 (93,2%)	44 (71%)	126 (83,4%)
Él la diagnosticó	10	6	16
Por contacto directo	8	9	17
Informe escrito	43	14	57
La familia se lo dijo	18	11	29
Otros	3	4	7
Total	89 (100%)	62 (100%)	151 (100%)

**Tabla 4. Cuidados del médico de cabecera según lugar de residencia del enfermo**

¿Pasaba a verle el médico de cabecera?	Lugar de residencia		Total
	Rural	Urbano	
No pasaba	9 (10,1%)	25 (40,3%)	34 (22%)
Sí pasaba	80 (89,9%)	37 (59,7%)	117 (78%)
Diariamente	20 (22,5%)	3 (4,8%)	23 (15%)
Semanalmente	19 (21,3%)	10 (16,1%)	29 (19%)
Con menos frecuencia o cuando le llamaban	41 (46%)	24 (38,7%)	65 (43%)
Total	89 (100%)	62 (100%)	151 (100%)

**Tabla 5. Frecuencia de visitas del médico de cabecera según el nivel socioeconómico del paciente**

Frecuencia de visitas	Nivel socioeconómico		Total
	Alto-medio	Bajo	
No pasaba	16 (16,5%)	16 (31,4%)	32 (21,6%)
Sí pasaba	81 (83,5%)	35 (69%)	116 (78,4%)
Diariamente	21 (21,6%)	2 (4%)	23 (15,5%)
Semanalmente	21 (21,6%)	8 (15,7%)	29 (19,6%)
Con menos frecuencia/cuando le llamaban	39 (40,2%)	25 (49%)	64 (43,2%)
Total	97 (100%)	51 (100%)	148 (100%)

Tres casos con nivel económico desconocido

( $p < 0,0005$ ), donde el enfermo no recibía visita médica alguna en el 40% de los casos. La frecuencia era asimismo mayor para los niveles económicos más altos, rozando la significación ( $p=0,06$ , tabla 5). Esta menor atención en los pacientes urbanos no puede ser explicada por distinta composición socioeconómica con respecto al grupo de pacientes rurales (tabla 6).

La frecuencia de visitas y el conocimiento de la enfermedad por parte del médico de cabecera no han mostrado

**Tabla 6. Nivel socioeconómico según el lugar de residencia**

Nivel socioeconómico	Lugar de residencia	
	Rural	Urbano
Alto	11 (12,4%)	6 (9,7%)
Medio	50 (56,2%)	30 (48,4%)
Bajo	26 (29,2%)	25 (40,3%)
Desconocido	2 (2,2%)	1 (1,6%)
Total	89 (100%)	62 (100%)

relación alguna con el mantenimiento o no de contacto entre paciente y/o familiares con el hospital.

Tampoco la edad y el sexo de los fallecidos han tenido una relación significativa con el grado de conocimiento de la enfermedad por el médico de cabecera ni con la frecuencia de visitas del mismo al domicilio del paciente.

El diagnóstico no se ha relacionado con el apoyo médico a este grupo de pacientes, como se advierte en la tabla 7. Si se valoran los diagnósticos que han presentado más frecuentemente los pacientes, no existen diferencias en los porcentajes de conocimiento de la enfermedad por parte del médico de cabecera ( $p=0,25$ ), ni tampoco en los porcentajes de visita domiciliaria ( $p=0,43$ ) del mismo.

La sintomatología que aquejaba el grupo estudiado se presenta en la tabla 8. Sin existir diferencias significativas en el apoyo prestado en relación con esta variable, se aprecia únicamente una tendencia a mayor frecuencia de visitas cuando el síntoma predominante era

el dolor, si lo comparamos con el resto de síntomas agrupados ( $p=0,06$ ).

## Discusión

Al analizar el grado de soporte domiciliario a los pacientes oncológicos terminales, una primera dificultad la constituye la escasez de datos procedentes de estudios similares que permitan valorar comparativamente la situación en nuestra isla. Los trabajos existentes se refieren mayoritariamente al cuidado domiciliario dependiente de programas *Hospice* o similar<sup>10,11,12,13</sup>, todavía en embrión en nuestro país.

A eso debe añadirse nuestra condición de lo que se denomina en algunos ambientes *Target hospital*<sup>5</sup> concertado con el Insalud, por lo que se debe atender a los pacientes sin recursos económicos; ello condiciona un nivel socioeconómico de la muestra en niveles medio-bajos, lo que constituiría un sesgo si se pretendiese extrapolar las conclusiones al conjunto de enfermos terminales de cáncer en nuestro medio.

Existe además en nuestro estudio una limitación, no por evitable menos importante: los datos obtenidos no proceden del paciente fallecido, sino de una persona, habitualmente unida a éste por lazos familiares, que convivió con él durante el período terminal. La posible distorsión que el cuidador haya ocasionado sobre la información recogida debe tenerse presente a la hora de valorar las conclusiones del estudio.

La medida del nivel socioeconómico de los encuestados de acuerdo con la valoración de la encuestadora viene a paliar la ausencia de datos fiables sobre el nivel real del mismo. El dato más usado habitualmente para valorar esta variable —cuya medición está sujeta a muchas dificultades— es el nivel de estudios, que en realidad es únicamente una medida del nivel de cultura y conocimientos del sujeto, aunque bien relacionado, eso sí, con la situación social y económica que hemos intentado medir con el método del baremo directo.

Merece destacarse el bajo nivel de rechazo a la encuesta (5,5%), explicable por el previo vínculo existente entre los

**Tabla 7. Asistencia médica y conocimiento del diagnóstico tumoral \***

Localización tumoral	N (%)	El médico de cabecera conocía el diagnóstico	Le visitaba el médico
Mama	34 (22,5%)	32	23
Pulmón	30 (19,9%)	29	23
Colon/recto	15 (10%)	12	11
Próstata	10 (6,6%)	8	7
Linfoma	8 (5,3%)	6	5
Cabeza y cuello	8 (5,3%)	7	3

\* Sólo los diagnósticos que suponen más de un 5% del total

**Tabla 8. Frecuencia de visitas según la sintomatología predominante**

Sintomatología	Frecuencia			
	Diaria	Semanal	Quincenal o más	No pasaba
Dolor	9	17	19	13
Otros síntomas	14	12	46	21
Hemorragia	1	0	3	0
Somnolencia	2	1	3	2
Insomnio	0	1	1	1
Vómitos	1	1	4	0
Fiebre	0	0	0	2
Disnea	3	3	8	4
Otros	7	4	17	9
Asintomático	0	2	10	3
Total	23	29	65	34

familiares y el equipo investigador, así como un aceptable porcentaje de ilocalizados, en línea con los que se citan en otros trabajos<sup>14,15</sup>.

Entre los datos presentados, destaca la persistencia de un alto porcentaje (70%) de contacto con el hospital tras el alta, aunque aquél era personal (el paciente acudía a consulta) en menos del 50%. Por el contrario, el médico de cabecera no tiene, en nuestra muestra, un buen conocimiento de la situación clínica de los pacientes oncológicos, lo cual parece agravarse en el medio urbano. La causa de esta situación es probablemente múltiple: globalmente considerada, la tradicional impermeabilidad del hospital, a pesar de los esfuerzos de sus profesionales, debe jugar un importante papel, unido a la propia dinámica de funcionamiento en la asistencia primaria, también condicionada por su agobio asistencial y frecuentes cambios de personal.

La diferencia entre los medios urbano y rural podría obedecer, siquiera en parte, a una mayor información por parte del hospital hacia quien va a ser el responsable sanitario del enfermo (en áreas rurales), mientras que en el medio urbano, el hospital podría suplir el nivel asistencial primario. Razones dependientes de la propia actitud de enfermos y/o familiares, tal vez con peculiaridades, culturales o de otro tipo, no han sido exploradas.

La frecuencia de visitas por parte del médico de cabecera sigue el mismo patrón rural/urbano que el grado de conocimiento sobre la enfermedad.

Si se trata una vez más de circunstancias sociales que subyacen en esta diferencia o bien únicamente coyunturales (cercanía a las consultas externas del hospital, más espera y masificación en el ambulatorio o Centro de Salud, etc.) son preguntas por el momento sin respuesta. No obstante, debe destacarse el hecho de que una menor frecuencia de visitas del médico de cabecera no supone, en ninguno de los dos ámbitos, un mayor acercamiento al hospital

como lugar de seguimiento del enfermo.

El nivel socioeconómico parece influir en la frecuencia de visitas. Entre las diferentes hipótesis a barajar podría apuntarse la posibilidad, en las clases de mayor renta, de apoyos asistenciales alternativos: médicos de compañías privadas de seguros, razones de amistad personal, etc. El médico, con una escala de valores y esquemas de comportamiento similares a los de la sociedad en la que se integra, difícilmente puede sustraerse a la presión que los usos de esta sociedad le imponen y, seguramente, en forma involuntaria, podría ser condicionado en la frecuencia de sus visitas por razones distintas a las estrictamente médicas, tales como la posición social. A este respecto llama la atención el escaso peso que los que podríamos denominar factores dependientes de la enfermedad o del propio enfermo (edad y sexo) tienen en la configuración del patrón de asistencia primaria a estos pacientes. El hecho de que el ingreso sea decidido mayoritariamente por los familiares del enfermo en vez de por él mismo, ya constatado por nosotros<sup>16</sup>, probablemente selecciona a la población enferma, en su permanencia domiciliaria o traslado al hospital, no por la gravedad o repercusión subjetiva de la sintomatología, sino más bien por el grado de distorsión que estos síntomas causen en el entorno familiar (se ha demostrado un distinto patrón de síntomas y localizaciones tumorales dependiendo del fallecimiento en el hospital o en el domicilio)<sup>16</sup>.

Estos mismos hechos explicarían, tanto que la frecuencia de visitas médicas no dependa de la sintomatología (la demanda surge de los familiares) como que puedan permanecer en su domicilio aquellos pacientes con síntomas menos preocupantes para su entorno, lo que justificaría una menor demanda de asistencia primaria.

Las peculiaridades observadas en el estudio tienen suficiente interés como para proseguir el análisis del conjunto de datos de la encuesta, así como para

el diseño de nuevos estudios encaminados a ofrecer una visión real que pudiera modificarse en sus aspectos negativos con la puesta en marcha de una alternativa asistencial para los enfermos de cáncer en fase avanzada, en línea con las experiencias de otras áreas geográficas<sup>17,18</sup>.

#### Bibliografía

1. Cohen P, Dizenhuz IM, Winget C. Family adaptation to terminal illness and death of a patient. *Social Casework*, April 1977: 223-8.
2. Mc Cusker J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Medical Care* 1984; 5: 476-93.
3. Mor V, Hiris J. Determinants of site of death among Hospice cancer patients. *J of Health and Soc Behav* 1983; 375-85.
4. Mc Cusker J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. *J Chron Dis* 1984; 5: 377-85.
5. Polissar L, Severson RK, Brown NK. Factors affecting place of death in Washington state, 1968-1981. *J Comm. Health* 1987; 1: 40-55.
6. Wilkes E. Dying now. *Lancet* 1984; 1: 980-2.
7. Flynn A, Stewart DE. Where do cancer patients die? A review of cancer deaths in Cuyahoga County Ohio, 1957-74. *J Comm Health* 1979; 2: 126-30.
8. Portnoi VA. A Health Care system for the elderly. *The New Engl J of Med* 1979; 24: 1387-90.
9. Kane RL, Kane RA. Care of the aged: old problems in need of new solutions. *Science* 1978; 200: 913-9.
10. Hinton J. Comparison of places and policies for terminal care. *Lancet* 1979; 1: 29-33.
11. Hays J. Patient symptoms and family coping: predictors of Hospice utilization patterns. *J Cancer Nurs* 1986; 6: 317-25.
12. Wegmann J. Hospice home death, hospital death and coping abilities of widows. *J Cancer Nurs* 1987; 3: 148-55.
13. Gray D, Mc Adam D, Boldy D. A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls. *J Chron Dis* 1987; 8: 801-10.
14. Parkes CM, Parkes J. Hospice versus Hospital care. Reevaluation after 10 years as seen by surviving spouses. *Postgrad Med J* 1984; 60: 120-4.
15. Parkes CM. Home or Hospital? Terminal care as seen by surviving spouses. *Journ of the Royal Coll of Gen Pract* 1978; (Jan): 19-30.
16. Catalán JG, Carbonero JM, Pons O. Study on the place of death of patients with cancer in Mallorca. *Proceedings ECCO 4* 1987; 764 (1-7 Nov): 201.
17. Ryder CF, Ross DM. Terminal care: issues and alternatives. *Public Health Rep* 1977; 1: 20-9.
18. Hadlock, DC. The hospice: intensive care of a different kind. *Seminars in Oncol* 1985; 4: 357-67.