



PREMIO AEPNYA DE INVESTIGACIÓN 2025

1- Título:

DBT EXPRESS: Abordaje terapéutico mediante terapia dialéctico conductual en pacientes con desregulación emocional. Estudio piloto de implementación en una sala de hospitalización aguda de Psiquiatría Infantil y Juvenil.

2- Autor:

Eulalia Anglada. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Especialista. Hospitalización Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic.

Investigadores colaboradores:

Maria Llobet. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Especialista. Hospitalización Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona

Ana E. Ortiz. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Consultor 1. Hospitalización Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona

Astrid Morer. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Consultor senior. Hospitalización Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona

Carlos Benito. Enfermero. Hospitalización Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona

3- Introducción/antecedentes:

La desregulación emocional se caracteriza por la presencia de gran sensibilidad a los estímulos emocionales, una respuesta muy intensa ante esos estímulos y un lento retorno al nivel basal una vez que la respuesta se ha activado, es decir, es la incapacidad de responder con flexibilidad y controlar las emociones (Gratz & Roemer, 2004). Esta dificultad para regular las emociones puede provocar la aparición de comportamientos impulsivos como las autolesiones, ideación suicida, absentismo escolar y otras conductas de riesgo.

Los pacientes con desregulación emocional en la adolescencia son pacientes que consultan con frecuencia a los servicios de salud mental infantil y juvenil y se les prescribe habitualmente psicofármacos, aun considerando que el tratamiento farmacológico tiene escasa evidencia empírica (Mehrlun et al., 2024). Un elevado porcentaje de los pacientes ingresados en los servicios de psiquiatría infantil y juvenil recibe un diagnóstico que incluye características de desregulación emocional como el trastorno depresivo, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno límite de la personalidad o el trastorno de estrés postraumático. Desafortunadamente el ingreso tampoco tiene evidencia científica de mejoría a largo plazo (Chua et al., 2021) y la práctica clínica en numerosos casos apunta a que un ingreso en una unidad de agudos puede llegar a ser contraproducente por su ambiente ficticio, tendencia a mantener el ingreso por parte del paciente o riesgo de contagio sintomático.

Hoy en día sabemos que existen tres modelos psicoterapéuticos que han demostrado eficacia para pacientes con desregulación emocional en el marco de diferentes trastornos mentales: la terapia dialéctico conductual (DBT), la terapia basada en la mentalización (MBT) y la terapia focalizada en la transferencia (TFP), si bien la eficacia parece ser mayor con la primera (Barnicot & Crawford, 2019). La DBT, siguiendo el modelo de Lineham (1993, 2015), se considera como un enfoque de tratamiento transdiagnóstico para abordar la desregulación emocional que incluye, además de las herramientas cognitivo-conductuales, la validación, la aceptación y estrategias dialécticas. Este tipo de terapia tiene respaldo empírico para pacientes atendidos ambulatoriamente, sin embargo, su utilidad en unidades de hospitalización ha sido poco estudiada. Algunos estudios en población adulta en régimen de ingreso hospitalario demostraron que diversas variantes de la DBT estándar -realización de terapia de grupo sin seguimiento individual- y con duración variable del tratamiento -de dos semanas a tres meses-, reducían las conductas autolesivas y la ideación suicida, así como los síntomas de depresión y ansiedad, manteniéndose esa reducción de síntomas en el seguimiento post alta de entre uno y 21 meses después del tratamiento (Bloom et al., 2012).

En los últimos años ha habido un creciente interés en adaptar la DBT en población adolescente en régimen de hospitalización total, tanto por la falta de estudios que evalúen eficacia de la terapia dialéctico conductual para adolescentes (DBT-A) en este recurso asistencial, como por el aumento de demanda de ingreso de pacientes con ideación suicida y conductas autolíticas (Waitz et al., 2021). Existen tres estudios que han demostrado eficacia en adaptar la DBT-A en una unidad de agudos, y los tres demostraron reducción de conductas autolesivas e ideación suicida mediante la implementación de grupos de DBT. La duración del tratamiento en el estudio de Kohrt et al. (2017) fue de 7 semanas, y los pacientes mostraron una disminución en la

ideación y conducta autolítica y un aumento en las razones de vivir entre el ingreso y el alta. Por otra parte, los estudios realizados en el Zucker Hillside Hospital de Nueva York, demostraron una reducción de los síntomas clínicos analizados después de la implementación de la DBT-A grupal (Saito et al., 2020) y una reducción de las tasas de incidentes en la unidad de hospitalización (reingresos, tiempo de estancia, aislamientos, agresiones a personal sanitario) (Tebbett-Mock et al., 2019). Desde nuestro conocimiento, no existen estudios hasta la fecha de DBT-A multifamiliar en contexto hospitalario de menos de un mes de tratamiento.

4- Resumen:

Este proyecto tiene como objetivo evaluar el impacto de la realización de tres sesiones de DBT-A multifamiliar en una unidad de agudos de psiquiatría infantil y juvenil buscando evidencias cualitativas y cuantitativas de su efectividad en la reducción de los síntomas de desregulación emocional y conducta autolítica que han propiciado el ingreso de los pacientes. Un ingreso en sala de agudos con pacientes adolescentes con desregulación emocional en el marco de diferentes trastornos mentales puede servir para practicar habilidades de tolerancia al malestar y de mindfulness de manera intensiva y disminuir las conductas autolesivas y la ideación autolítica. En el contexto de la hospitalización aguda, optimizar y gestionar eficazmente los ingresos resulta fundamental tanto desde el punto de vista de la gestión de recursos como desde el punto de vista de la calidad de la atención. Un abordaje terapéutico con un modelo de atención de DBT-A podría contribuir a ingresos breves, con menor riesgo de complicaciones asociadas a los ingresos prolongados, favoreciendo la recuperación posterior en el entorno natural del menor. Es por ello que el estudio pretende evaluar la adaptación de un programa de DBT-A en formato grupal y dirigido a pacientes y familias en un contexto de hospitalización aguda y analizar la eficacia del mismo en la reducción de las dificultades en la regulación emocional, el número de autolesiones y la duración media de la estancia hospitalaria, realizando también un seguimiento posterior a los 90 días del alta. Asimismo, el proyecto contempla evaluar la viabilidad del tratamiento en este dispositivo asistencial y la aceptabilidad del mismo por parte de pacientes y familias.

5- Bibliografía:

Ballesteros-Urpí A, Pardo-Hernández H, Ferrero-Gregori A, et al. Validation of the Spanish and Catalan versions of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA). *Psychiatry Res.* 2018; 261: 554-559.

Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychol Med*, 2019; 49(12): 2060-2068.

Bloom, Jill Myerow et al. Use of Dialectical Behavior Therapy in Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Psychiatric Serv*, 2012; 63, 881.

Chua JD, Bellonci C, Sorter MT. Treatment of Childhood emotion dysregulation in inpatient and residential settings. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2021: 30(3): 505-525.

García-Mijares JF, Alejo-Galarza GJ, Mayorga-Colunga SR et al. Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental*, 2015; 38(4): 287-292.

Gratz KL & Roemer L. Multidimensional assessment of emotional regulation and dysregulation. Development, Factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004; 26(1): 41-54.

Gowers, R.C. Harrington, A. Whitton, P. et al. Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *Br. J. Psychiatry,* 1999; 174: 413-416

Hervas G & Jodar R. The spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clinica y Salud,* 2008; 19(2): 139-156.

Linehan, MM (1993). Skills training manual for the treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford press.

Linehan MM, Wilks CR. The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *Am J Psychother.* 2015; 69(2): 97-110.

Mehlum L, Asarnow J, Neupane SP, et al. Psychotropic medication use among adolescents participating in three randomized trials of DBT. *Bordeline Personal Disord Emot Dysregul,* 2024; 11(1): 5.

Ougrin D, Boege I. Brief report: the Self Harm Questionnaire: a new tool designed to improve identification of self-harm in adolescents. *J Adolesc.* 2013; 36(1): 221-225.

Saito E, Tebbett-Mock AA, McGee M. Dialectical Behavior Therapy Decreases Depressive Symptoms Among Adolescents in an Acute-Care Inpatient Unit. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2020; 30(4): 244-249.

Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 59(1): 149-156.

Waitz C, Tebbett-Mock A, D'Angelo E & Reynolds EK. Dialectical Behavior Therapy in Inpatient and Residential Settings for Adolescents: A Systematic Review, *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health,* 2021; 6(4): 497-515.

6- Hipótesis

Hipótesis principal:

La implementación de una intervención breve basada en la adaptación multifamiliar de la DBT-A (DBT EXPRESS) en una sala de hospitalización psiquiátrica infantil y juvenil se asociará a una reducción significativa en las dificultades de regulación emocional, en el número de episodios de autolesión y en la duración media de la estancia hospitalaria, en comparación con un grupo control formado por pacientes que cumplen criterios de inclusión pero que no reciben la intervención y por pacientes ingresados durante el año anterior con diagnóstico/motivo de ingreso de desregulación emocional y conducta autolesiva.

Hipótesis secundarias:

La estabilidad clínica, evaluada mediante la escala HoNOSCA, se mantendrá a los 90 días del alta en el grupo que ha recibido la intervención.

La tasa de reingresos hospitalarios a los 90 días post-alta será significativamente inferior en el grupo que recibe la intervención DBT EXPRESS, en comparación con el grupo control.

La adaptación de la DBT-A al formato de tres sesiones es viable y bien aceptada por pacientes y familias, y la mayoría de los pacientes hospitalizados podrán realizar el protocolo completo durante su estancia, lo que indica una buena adecuación al contexto de hospitalización aguda.

7- Objetivos:

Objetivo principal:

Evaluar si la adaptación de la Terapia Dialectico-Conductual (DBT-A) en tres sesiones puede contribuir a reducir las dificultades de regulación emocional, el número de autolesiones, así como la duración media de estancia hospitalaria de los pacientes atendidos en la sala de hospitalización de Psiquiatría Infantil.

Objetivos secundarios:

Analizar si la nueva intervención está asociada con la estabilización clínica y con una disminución de la tasa de reingresos en períodos definidos (90 días post-alta).

Valorar la viabilidad y aceptabilidad de la intervención. La viabilidad se refiere a la capacidad de lograr una intervención de manera consistente dentro del contexto clínico y con los recursos disponibles. La aceptabilidad se refiere a la percepción de los participantes (pacientes y familias) respecto de la intervención, incluyendo su satisfacción, percepción, utilidad y comodidad con el formato aplicado.

8- Metodología:

Diseño del Estudio

Estudio cuasi-experimental con medidas repetidas (basal, después de implementación de la intervención y a los 90 días) y grupos comparativos (experimental y control)

Participantes

- **Grupo experimental (n=40):** Adolescentes atendidos en la sala de Psiquiatría Infantil y sus cuidadores.
- **Grupo control (n=40):** Pacientes con desregulación emocional que no acepten ser incorporados en el grupo experimental durante la realización del estudio. Ante la previsión de que este grupo sea poco numeroso, se añadirán al pacientes que hayan ingresado en el año previo por idénticos motivos a los del grupo experimental.

Criterios de inclusión

- Sintomatología de desregulación emocional, con hipersensibilidad e hiperreactividad emocional y dificultades de control emocional.
- Antecedentes de conductas autolíticas actuales o en el pasado definidas por al menos una tentativa de suicidio y/o comportamientos autolesivos
- Aceptación mediante firma de consentimiento informado

Criterios de exclusión

Trastorno psicótico activo, autismo, trastorno disocial de la personalidad, anorexia nerviosa con IMC <16 o en tratamiento por recuperación de peso, y CI<80

Calculo muestral: Dado el carácter exploratorio del estudio, el cálculo formal del tamaño muestral se ha basado en un análisis de potencia para una prueba t de Student para muestras relacionadas (pre-post), asumiendo un tamaño del efecto medio (Cohen's $d = 0.5$), un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0.05$) y una potencia estadística del 80% ($1-\beta = 0.80$). Bajo estos supuestos, el tamaño de muestra requerido sería de 34 participantes. Considerando una tasa potencial de pérdidas de seguimiento del 15%, se estima necesario reclutar un total de **40 pacientes** para asegurar una muestra final válida.

El estudio se considera viable dado que en los últimos 5 años el número de ingresos en la Sala de Hospitalización de agudos de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona ha oscilado entre los 250-300 ingresos.

Intervención:

* **Fase 1 o Pretratamiento (Terapeuta referente de cada paciente (IP y ICs) :** Previo a iniciar el grupo multifamiliar se realizará una sesión de psicoeducación sobre la desregulación emocional y la terapia dialéctico conductual (DBT) con la familia y el paciente. En esta sesión se acordarán las metas y el paciente elaborará un plan de crisis. Se obtendrá el compromiso de la familia y se firmará el consentimiento informado.

* **Fase 2:** Se realizará a través del grupo multifamiliar de habilidades de mindfulness y de tolerancia al malestar. El grupo multifamiliar estará dirigido la Dra Eulàlia Anglada Farré apoyada por el resto de equipo clínico de la unidad hospitalaria (ICs).

Los objetivos que se trabajarán durante el grupo son:

- Aumentar habilidades de control conductual (tolerancia al malestar y mindfulness)
- Disminuir autolesiones y conductas suicidas

Estructura del grupo de habilidades:

Semana 1	Semana 2	Semana 3
Miércoles 11.30-13h Grupo multifamiliar Grupo de entrenamiento de habilidades Mindfulness	Miércoles 11.30-13h Grupo multifamiliar Grupo de entrenamiento de habilidades de tolerancia al malestar. (mejorar el momento, Relajarse con los 6 sentidos TERR para manejar emociones extremas (Kit de supervivencia))	Miércoles 11.30-13h Grupo multifamiliar Grupo de entrenamiento de habilidades de tolerancia al malestar. (Pros y contras y Aceptación radical)

* **Fase 3:** Se preparará el plan de alta con el paciente y su familia.

La duración de las fases 1, 2 y 3 será de aproximadamente 3-4 semanas.

* **Fase 4:** Visita ambulatoria a los 90 días post-alta

Variables:

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo/género, y nivel socioeconómico

2. Variables clínicas:

- Antecedentes clínicos: edad de inicio de la psicopatología, duración del trastorno, tratamientos previos, número de ingresos previos.
- Número de autolesiones
- Habilidades de regulación emocional
- Comportamiento, sintomatología, estado físico, deterioro y funcionamiento social
- Duración del ingreso: Número de días para cada episodio de ingreso obtenidos mediante la base de datos administrativa del hospital
- Número de reingresos: Reingresos registrados a los 90 días post-alta.

Instrumentos de evaluación (basal, al alta y a los 90 días del alta)

- * *Self-Harm Questionnaire* (SHQ) (Ougrin & Boege, 2013) para detección de “autolesionismo” en adolescentes validado por García-Mijares et al. (2015) en población española.
- * *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) (Gratz & Roemer, 2004): Escala de dificultades de regulación emocional, validada por Hervas & Jodar (2008) en población española.
- * *Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents* (Honosca-A) (Gowers et al., 1999) validada en población española por Ballesteros-Urpí et al. (2018).

Se recogerán datos del paciente del año previo al ingreso mediante la revisión de la historia clínica compartida

Para completar el grupo control se revisarán las historias clínicas de los pacientes ingresados en el año previo y que cumplan los criterios de ingreso, con el fin de extraer los datos clínicos necesarios para realizar el análisis comparativo entre ambos grupos.

3. Aceptabilidad (para pacientes, familias y profesionales): Nivel de satisfacción. Se valorará mediante un cuestionario donde los pacientes, familias y profesionales indiquen su percepción sobre la utilidad, integración y repercusión de la nueva intervención en la percepción del ingreso, estrategias al alta y práctica clínica habitual y que será creado para tal fin.

4. Viabilidad de la realización del abordaje terapéutico presentado: Tasa de asistencia a las sesiones programadas. Esta variable mide el porcentaje de sesiones realizadas respecto a las programadas y refleja la capacidad de ejecutar la intervención dentro del marco del protocolo establecido.

Otras intervenciones asociadas

- Visitas de psiquiatría con paciente y familia. Valoración de la necesidad de tratamiento farmacológico.
- Abordaje psicológico individual por psicoterapeuta de referencia
- Atención por parte de trabajador/a Social en el caso de precisar coordinación con Servicios Sociales de Zona, así como orientación con los pacientes o con sus familias.
- Intervención por parte del equipo de enfermería: supervisión y refuerzo de las habilidades aprendidas, psicoeducación del manejo emocional, seguimiento del tratamiento farmacológico y hábitos saludables.
- Asistencia del paciente al aula hospitalaria.

Análisis estadístico:

Análisis descriptivo

Se describirán las características sociodemográficas y clínicas de la muestra mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico), así como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Análisis comparativo entre grupos

Se compararán los resultados del grupo experimental (pacientes que reciben la intervención DBT EXPRESS) con los del grupo control (pacientes que cumplen criterios de inclusión, pero no participan y pacientes ingresados en el año anterior con perfil clínico equivalente).

Se utilizarán: Pruebas t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas (según normalidad). Chi-cuadrado o test exacto de Fisher para variables categóricas. Análisis multivariante, mediante ANCOVA o modelos de regresión para controlar posibles variables de confusión.

Análisis longitudinal y de eficacia

Se evaluarán los cambios dentro del grupo experimental (pre-post intervención y seguimiento a 90 días). Los cambios en la escala de regulación emocional, en la puntuación del HoNOSCA y en el número de autolesiones registradas se evaluarán mediante pruebas t para muestras relacionadas o test de Wilcoxon. Este análisis, comparando las puntuaciones obtenidas al alta

hospitalaria con las recogidas a los 90 días post-alta también permitirá valorar si los cambios clínicos observados tras la intervención DBT EXPRESS se mantienen en el tiempo.

La tasa de reingresos hospitalarios se analizará mediante datos categóricos (reingreso sí/no a los 90 días post-alta), se utilizarán modelos de regresión logística, que permitirán estimar la probabilidad de reingreso en función de pertenecer al grupo experimental o al grupo control, ajustando por variables clínicas o sociodemográficas si es necesario.

Los análisis estadísticos se realizarán mediante el software SPSS con un nivel de significación estadística establecido en $p < 0,05$.

Cuestiones éticas:

El proyecto está siendo sometido a evaluación por el Comité Ético de Investigación (CEIm) del Hospital Clinic y ha sido elaborado de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki y la normativa legal sobre confidencialidad de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre) sobre protección de datos personales y garantía de los derechos digitales). Se dispone de Hoja de Información y Consentimiento Informado para pacientes y padres.

9- Plan de trabajo:

El proyecto tiene una duración de 2 años (24 meses) y se ha dividido en 7 tareas.

TAREA 1. Preparación del estudio. Creación del Cuaderno de Recogida de Datos - Electrónico. MES 1-2. Investigador Responsable: Eulàlia Anglada.

TAREA 2. Reclutamiento de pacientes. Aceptación del estudio y firma de Consentimiento informado por pacientes y familia. MESES 3-14. Investigador Responsable: Eulàlia Anglada. Participación de Investigadores colaboradores (IC): María Llobet y Ana E. Ortiz.

TAREA 3. Realización de DBT-A grupal. MESES 3-15. Investigador Responsable: Eulàlia Anglada. Participación IC: Carlos Benito

TAREA 4. Recogida de datos clínicos y preparación del alta hospitalaria. MESES 3-15. Investigador Responsable: Eulàlia Anglada. Participación de ICs: María Llobet y Ana E. Ortiz

TAREA 6. Visita Clínica post alta a los 90 días. Recogida de datos clínicos. MESES 6-18. Investigador Responsable: Eulàlia Anglada

TAREA 6. Análisis de resultados. MESES 19-20. Investigador Responsable: Eulàlia Anglada. Participación de Investigadores colaboradores (ICs): María Llobet, Ana E. Ortiz y Astrid Morer.

TAREA 7. Realización de manuscrito y difusión de resultados en Congresos Científicos. MESES 21-24. Investigador Responsable: Eulàlia Anglada. Participación de Investigadores colaboradores (ICs): María Llobet, Ana E. Ortiz y Astrid Morer.

10- Experiencia del grupo investigador sobre el tema:

- Eulàlia Anglada, investigadora principal, está formada en el **Entrenamiento intensivo en Terapia Dialéctica Comportamental- Dialectical Behavioral Therapy. The Linehan institute (año 2019-2020)**.
- Ha realizado comunicaciones orales en congresos internacionales y nacionales como primera autora:
 - Anglada E. Implementación de la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento del Trastorno de personalidad límite integrada en una red de atención ambulatoria 64 Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). 3-5 Junio 2021
 - Vegué J, Rufat MJ, Anglada E, Carrasco JL. Simposio: “La rehabilitación en los diferentes momentos del tratamiento del TLP: Estrategias para mantener los objetivos académicos en un contexto de TLP en la adolescencia” XIII Congreso Nacional de Trastornos de Personalidad. 10-19 Junio 2021.
 - Anglada E. Preliminary data of DBT-A efficacy based in retrospective assessment in adolescence treated in impartial inpatient care. 5th international Congress of Borderline Personality Disorder. European Society for the Study of personality Disorders. Septiembre 2018
- Ha dado clases los cursos académicos 2019-20 y 2023-24: Experiencia docente de 10 horas lectivas en el Postgrado en Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (*Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona*).

El resto de los investigadores colaboradores tienen amplia experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastorno mental grave que requieren hospitalización aguda (todos entre 3-20 años de actividad asistencial en este recurso).

11- Justificación detallada de la ayuda solicitada:

Distribución del presupuesto

Presupuesto total: 10.000 euros

Overhead (15%): 1500 euros

Presupuesto disponible para el estudio: 8500 euros

Categoría	Importe (euros)	Comentarios
Formación específica en DBT	1500	Cursos, talleres, materiales
Supervisión clínica DBT	1600 (65 euros sesión de 60 minutos)	Supervisión mensual durante dos años
Base de datos electrónica	1000	Herramienta para recogida y gestión de datos
Publicación de artículo (ACP)	2050	Coste de publicación <i>open access</i> en revista indexada
Congresos y difusión	1500	Inscripción, presentación en congresos nacionales e internacionales
Otros (materiales, incentivos)	850	Material de intervención, evaluaciones, posibles incentivos

12- Currículum de los investigadores:

Se envía en otro documento word Currículum Vítae de la solicitante del Premio de Investigación AEPNYA 2025.