

19 Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa'

PETER SLADE

1. Introducción

Los trastornos de alimentación anorexia y bulimia nerviosa se dan cuando los individuos interfieren el proceso normal de ingesta y regulación del peso corporal, normalmente tras una fase inicial de ayuno extremo y dieta. La cuestión importante que cabe preguntarse es ¿por qué una persona querría interferir en este proceso corporal normal? Y ¿por qué deberían persistir en hacerlo incluso cuando esta conducta está teniendo un efecto claramente perjudicial sobre su salud? Ésta es la principal cuestión en la que me centraré en este capítulo. Sin embargo, antes de hacerlo me gustaría considerar brevemente las consecuencias que tiene el interferir en el proceso normal de ingesta de comida y regulación del peso corporal.

Sabemos más acerca de esto último por los estudios experimentales de voluntarios que han realizado dietas de semiinanición. Un estudio clásico en este área es el de Keys et al (1950), los resultados del cual se describen en dos volúmenes titulados *The Biology of Human Starvation*. Los sujetos del estudio fueron 36 jóvenes varones aparentemente sanos, objetores de conciencia, que acordaron tomar parte en el estudio como una alternativa a la sentencia de prisión.

Después de un período de línea base se sometió a los sujetos a una dieta de semiinanición durante tres meses, durante los cuales la ingesta calórica promedio consumida diariamente se restringió a un 50 por 100 de la cantidad tomada durante el período de línea base. Éste se siguió de una fase de realimentación durante seis meses, en la cual se permitió acceder libremente a la comida, es decir, que los voluntarios pudieran comer tanto o tan poco como ellos quisieran. Durante las dos fases principales del proyecto se observaron muchos cambios en el estado mental y emocional de los voluntarios, que presentaron un paralelismo con aquellos encontrados en los sujetos que sufren trastornos de alimentación. Estos cambios incluían:

1. *Preocupación con la comida*. Durante la fase de semiinanición muchos de los hombres indicaron que la comida se convirtió en su principal tema de conversa-

¹ Traducción realizada por María del Carmen Rodríguez.

ción, que tendían a seleccionar lecturas relacionadas con la comida y que tenían sueños e imaginaciones sobre comida.

2. *Desarrollo de conductas de almacenamiento.* Varios de los sujetos comenzaron a acumular secretamente comida, un fenómeno que se observa en una proporción de sujetos que sufren de trastornos de alimentación.
3. *Episodios bulímicos seguidos de autorreproche.* Un número de hombres, cuando se les permitió el libre acceso a la comida tras la fase de semiinanición, indicaron que sufrían episodios de atracón que se asociaron invariablemente con sentimientos de culpa. Además, describieron sentimientos de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos y algunos se provocaron el vómito como un modo de compensar el exceso en la ingesta. Todas y cada una de estas tres características (sentimientos de culpa, sentimientos de pérdida de control y adopción de conductas purgativas) se observan comúnmente en sujetos con bulimia nerviosa. Sin embargo, describió otro cambio interesante que también tiene un paralelismo en los trastornos de alimentación. Éste es que los sujetos percibieron un «aumento del hambre» tras la ingestión de una comida copiosa. Cabría esperar el efecto opuesto, es decir, una disminución del hambre después de la ingesta de comida y no un aumento. Esto sugiere la posibilidad de que un período de semiinanición puede producir una alteración a largo plazo en los mecanismos normales de regulación de la ingesta.
4. *Cambios emocionales.* Durante las fases tanto de intervención como de recuperación los sujetos mostraron cambios emocionales.
 Algunas veces éstos se presentaban como un estado de ánimo depresivo; con menos frecuencia, como un humor exaltado, pero los cambios de humor más frecuentemente observados fueron la labilidad emocional. Es decir, el estado de ánimo del sujeto se haría inestable, de tal manera que, mostraría un aumento de irritabilidad, con frecuencia ataques de ira, etc. Era como si, al inducir la inestabilidad metabólica, los investigadores hubieran inducido también un estado de ánimo inestable. Además, un sujeto admitió el robo compulsivo de alimentos. Este último aspecto es de gran interés, ya que entre el 10 y el 15 por 100 de los sujetos bulímicos reconocen este hecho.
5. *Cambios sociales y sexuales.* Al igual que las anoréxicas, muchos de los hombres exhibieron una inhibición social durante la fase de semiinanición, y aquellos que previamente tenían un compañero sexual regular mostraron una disminución del interés y la conducta sexual.
6. *Cambios cognitivos.* La mayoría de los sujetos mostraron algunos cambios cognitivos, concretamente un empeoramiento de la concentración, atención, comprensión y juicio.

Se debería advertir que el estudio no fue perfecto desde un punto de vista experimental. La principal laguna fue que no había un grupo control para evaluar el efecto de la restricción impuesta a los sujetos durante el estudio. Estas restricciones podían en teoría haber sido responsables de algunos de los efectos observados. Sin embargo, esto

parece improbable dadas muchas otras observaciones similares en gente que se muere de hambre.

De todo lo que se ha dicho hasta ahora, podemos extraer dos conclusiones. La primera es que un trastorno de alimentación aparece cuando, por varias razones, un individuo interfiere con el proceso normal de ingesta de alimentación y de regulación del peso corporal. La segunda es que muchos de los síntomas de un trastorno de alimentación pueden ser comprendidos como consecuencia de la interferencia con estos procesos corporales normales, es decir, como una consecuencia directa de la semiinanición en sí misma.

2. Un modelo funcional de los trastornos de alimentación

Como advertí anteriormente, una cuestión crítica que uno se pregunta en el caso de los trastornos de alimentación es la del «por qué». ¿Por qué individuos, principalmente chicas adolescentes y jóvenes adultas se embarcan en tales conductas biológicamente desadaptativas como la semiinanición, el vómito autoprovocado y el abuso de laxantes? Y ¿por qué tales conductas persisten cuando causan grandes problemas personales?

Ha habido varios intentos de conceptualizar e investigar la respuesta a estas cuestiones básicas. Mi enfoque preferido implica el uso del Análisis Funcional. La base de este paradigma es que cualquier conducta (B) (*behaviour*) puede ser comprendida en términos de Antecedentes (A) que le preceden y las Consecuencias (C) que le siguen. La aproximación es conocida, por tanto, como el paradigma A-B-C. En este modelo general, los antecedentes se subdividen también en «condiciones de asentamiento» que son relativamente consistentes a través del tiempo (factores predisponentes) y «estímulos desencadenantes» que es un evento temporalmente discreto (factores precipitantes), mientras las consecuencias pueden tomar la forma de «refuerzo positivo» (por ejemplo: premio), «refuerzo negativo» (por ejemplo: escape de o evitación de un estímulo no placentero) o «castigo». Los dos primeros sirven para aumentar la probabilidad de cualquier conducta que le sigue, mientras que el último tiene el efecto inmediato de suprimir la conducta. El paradigma del análisis funcional tal como se aplicó a los problemas humanos se presenta a continuación.

Eventos antecedentes (A)	Conducta (B)	Consecuencias (C)
Condiciones de asentamiento (Predisposición)		Refuerzo positivo (Premio)
Factores desencadenantes (Precipitantes)		Refuerzo negativo (Evitación de problemas)
		Castigo

Un rasgo crucial en este paradigma es la relación funcional entre eventos antecedentes y consecuencias. La esencia de esta aproximación es comprender la especial adecua-

ción que existe entre éstos y una conducta dada. Para una mayor y más detallada discusión de este enfoque el lector se puede remitir a (Skinner, 1948; Schuster, 1969; Owens y Ashcroft, 1982).

Hace algunos años perfilé un «modelo funcional para la anorexia nerviosa» (Slade, 1982), una versión simplificada de la que se presenta en la figura 19.1. Este modelo se derivó de las formulaciones clínicas sobre una serie de pacientes con trastornos de alimentación, y apoyada con datos procedentes de las distintas investigaciones. La característica principal del modelo es que las condiciones de asentamiento esenciales para la conducta anoréxica comprenden una combinación de Perfeccionismo (P) e Insatisfacción General (I). Se hipotetizó que esta combinación de condiciones de asentamiento que yo he categorizado como Perfeccionismo Neurótico genera una Necesidad de Control Absoluto sobre algunos aspectos de la vida del sujeto. Se supone que la combinación de estas «condiciones de asentamiento» predisponen a un individuo a un deseo de autocontrol en general y más concretamente de control corporal. Esto supone entonces que, si una persona predispuesta se embarca con éxito en un programa de dieta como resultado de un estímulo desencadenante apropiado, se seguirán ciertas consecuencias.

Primero, el sujeto experimentará de inmediato un «refuerzo positivo» en la forma de sentimientos de éxito, satisfacción y control. Estos sentimientos exceden a aquellos de insatisfacción general y de ausencia de control que estaban presentes previamente. En

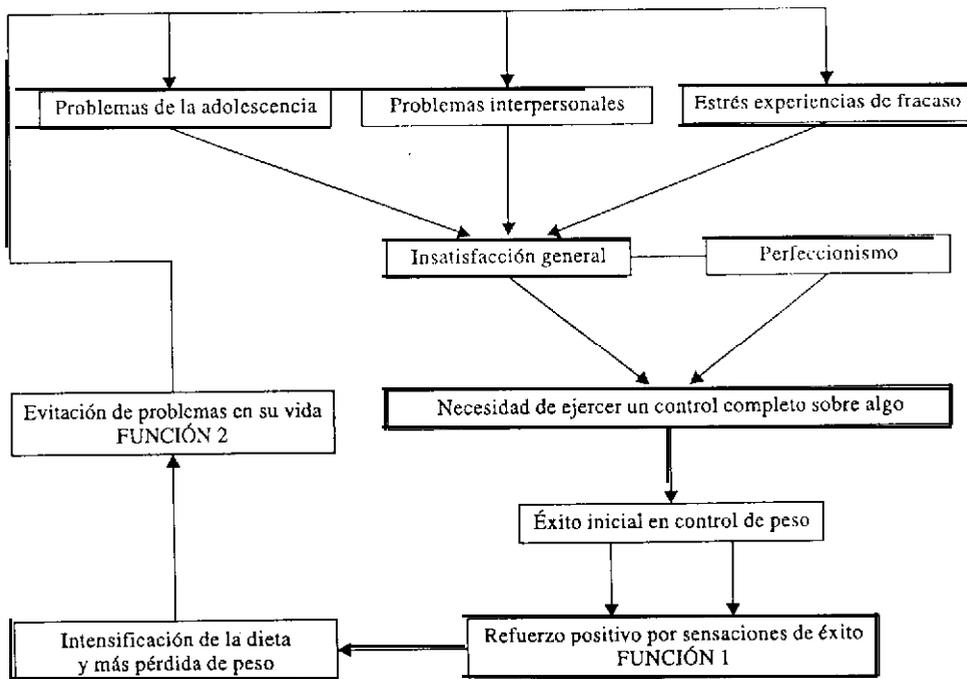


Figura 19.1.—Modelo funcional simplificado de anorexia nerviosa (después de Slade, 1982).

otras palabras, la persona descubre que hay una cosa en la que es particularmente buena, es decir, la dieta o control de peso. Esto está en contraposición con los sentimientos de ser un fracaso en otras áreas de su vida. El individuo centra entonces sus energías en hacer dieta y controlar el peso, excluyendo otras actividades. Esto le lleva a realizar una dieta intensiva y a caer en una espiral en la anorexia nerviosa. En algunos casos, sin embargo, después de un breve período de dieta exitosa el sujeto descubre que no es capaz de mantener durante mucho tiempo la disciplina requerida para una dieta estricta, pero, en cambio, descubre el uso de métodos alternativos tales como las purgas, el ejercicio excesivo o los laxantes. En efecto, la persona entra en la bulimia nerviosa sin ni siquiera alcanzar un estado inequívoco de anorexia nerviosa.

La segunda consecuencia importante aparece como resultado de que el individuo se centra en un número limitado de preocupaciones, es decir, comida, peso y alimentación (o mejor dicho noalimentarse) y le conduce a un retraimiento social general. Este tiene el efecto de capacitar a la persona para «escapar de/evitar» los problemas de su vida. Es decir, tiene un mayor efecto de «refuerzo negativo». Se afirma que los problemas de los que el sujeto consigue escapar o evitar implican una combinación particular de conflictos propios de la adolescencia, problemas interpersonales, y concretamente con el sexo opuesto, así como estrés y experiencias de fracaso. Estas últimas, en nuestra experiencia clínica, con frecuencia incluyen actividades sexuales no deseadas. Esta combinación de problemas, por supuesto, aumenta los sentimientos de insatisfacción general (baja autoestima), en primer lugar. El sujeto es, por tanto, presa de un círculo vicioso del cual es difícil escapar.

Según el modelo anterior, la dieta y el control del peso tienen dos funciones centrales en los sujetos que desarrollan anorexia nerviosa. Primero, tiene la función de proporcionar un «refuerzo positivo» regular predecible y no ambiguo, que la persona no puede obtener de ninguna otra fuente. Es decir, se convierte en un poderoso reforzador en sí mismo. Y, segundo, cumple la función de un «reforzador negativo» al permitir a la persona escapar de/evitar las dificultades emocionales y otros problemas de su vida. Para el sujeto que se convierte en un paciente crónico también cumple una tercera función, le proporciona «una identidad». Muchas de mis pacientes han dicho alguna vez a lo largo del período de seguimiento «sí no fuera una anoréxica ¿quién sería? Yo no tengo otra identidad».

Las implicaciones clínicas de este modelo funcional fueron explicadas detalladamente en un modelo anterior (Slade, 1982). Ahora me gustaría concentrarme en analizar con algún detalle un aspecto del modelo, concretamente el constructo central de perfeccionismo.

3. El constructo y la medida del perfeccionismo

Según Burns (1980): «El perfeccionismo se puede definir como una red de cogniciones que incluye expectativas, interpretaciones de eventos y evaluaciones de uno mismo y de los otros, caracterizadas por: el establecimiento de metas no realistas, la adherencia rígida e indiscriminada a éstas y la identificación entre valía personal y actos». Desde un punto de vista clínico, esto último parece ser particularmente adecuado.

En los últimos años hemos visto un acercamiento en los estudios descriptivos sobre perfeccionismo tal y como se muestra en la tabla 19.1. Se han identificado dos tipos principales, un tipo normal o sano y otro tipo que hace referencia a una forma patológica del perfeccionismo.

TABLA 19.1
Convergencia de las descripciones sobre perfeccionismo

	Tipo 1	Tipo 2
Hamachek (1978)	Perfeccionismo normal	Perfeccionismo neurótico
Slade y Dewey (1986)	Perfeccionismo satisfactorio	Perfeccionismo insatisfactorio
Frost et al. (1993)	Esfuerzo positivo	Preocupaciones de evaluación desadaptativas
Terry Short et al. (1995)	Perfeccionismo positivo	Perfeccionismo negativo

Hamachek (1978) distinguió entre los tipos «normal» y «neurótico» diciendo:

«Las personas que podrían catalogarse bajo el calificativo de perfeccionistas normales... son aquellas que obtienen un placer real del esfuerzo de un trabajo concienzudo y que se sienten libres para ser tan precisas como la situación lo permita... el esfuerzo de las perfeccionistas normales les produce una profunda satisfacción.

Es decir, las perfeccionistas normales tienden a aumentar su autoestima, se regocijan en sus habilidades y aprecian un trabajo bien hecho.»

Del perfeccionismo neurótico escribió:

«Aquí tenemos el tipo de personas cuyos esfuerzos... incluso los mejores... nunca parecen lo bastante buenos, al menos ante sus propios ojos. Siempre les parece a estas persona que ellos podrían... y deberían... hacer mejor... Son incapaces de sentir satisfacción porque a sus propios ojos nunca parecen hacer las cosas lo bastante bien para merecer dicha satisfacción.»

Esta distinción es similar a la que nosotros hicimos en el desarrollo del SCANS (Slade y Dewey, 1986) entre perfeccionismo satisfactorio e insatisfactorio. Usando unas puntuaciones óptimas para el punto de corte, encontramos que el 86 por 100 de los sujetos con trastorno de alimentación se clasificaban como «perfeccionistas insatisfechos». Por el contrario, en otro estudio encontramos que los corredores habituales se clasificaron mejor como «perfeccionistas satisfechos», ya que como grupo puntuaron bien dentro

del rango normal de insatisfacción general, aunque puntuaron de forma similar a los sujetos con trastornos de alimentación en perfeccionismo (Owens y Slade, 1987).

Más recientemente, hemos desarrollado un cuestionario diferente para medir las características hipotéticas del perfeccionismo neurótico tal como las describió Hamachck y colaboradores, y al que nosotros llamamos el NPQ (Mitzman et al, 1994). Hasta ahora, con una base de datos mucho más pequeña, hemos encontrado con este instrumento un nivel de discriminación similar al del SCANS, incluso cuando el contenido de los ítems es generalmente bastante diferente.

Hamachck, al discutir el perfeccionismo neurótico sugirió dos tipos de ambiente emocional que podrían ser decisivos para su desarrollo. El primero es uno de «no-aprobación», en el cual no se establecen objetivos ni se proporciona feedback. La persona entonces compensa la ausencia de estándares externos estableciendo estándares personales desmesuradamente altos. La segunda es una de «aprobación condicional positiva», en la cual al niño y adolescente se le trasmite el mensaje de que su amor y aprobación dependen del éxito de su actuación y de sus logros. La siguiente afirmación de una de mis pacientes parece adecuarse bastante bien a esta última:

«Mi madre y mi padre siempre me decían que todo lo que ellos querían de mí era que hiciera lo mejor posible, pero para mí hacer lo mejor posible era hacer las cosas perfectamente, así que cuando me pedían que hiciera lo mejor yo interpretaba que ellos querían la perfección.»

(una joven de 17 años)

Frost et al. (1993) realizaron un análisis factorial de dos de las escalas multidimensionales del perfeccionismo, que administraron a una muestra de 553 estudiantes. El primero es el de Hewitt y Flett (1991) que es un cuestionario de 45 ítems y mide tres dimensiones del perfeccionismo: autoorientado, socialmente prescrito y orientado hacia los otros. La segunda es la de Frost et al. (1990), que comprende seis subescalas: preocupación por los errores, estándares personales, expectativas de los padres, críticas paternas, indecisión de acción y organización. El análisis factorial reveló dos factores principales. El primero de estos fue denominado Esfuerzo Positivo, y según Flett et al. «parece reflejar el aspecto adaptativo de la motivación personal». Ellos sugieren que «aquellos que puntúan alto en este factor pueden ser los que obtienen resultados exitosos». El segundo factor se denominó Preocupaciones de Evaluación Desadaptativas. Las escalas que contribuyen a este factor, según Flett et al., «refleja preocupaciones personales sobre errores y fracasos y preocupaciones por la evaluación o crítica de las otras personas».

Recientemente, hemos propuesto una base teórica para distinguir entre una forma normal, sana de perfeccionismo (tipo 1) y una forma patológica (tipo 2).

El primero, que hemos denominado Perfeccionismo Positivo, se define como: «La motivación para realizar con éxito determinadas metas de cara a obtener consecuencias positivas.» Es decir, la conducta generada por el perfeccionismo positivo se guía por el deseo de obtener «refuerzo positivo» (por ejemplo, deseo de éxito).

El segundo tipo que hemos denominado Perfeccionismo Negativo se define como: «La motivación para lograr ciertas metas para evitar/escapar de las consecuencias ne-

gativas». Es decir, la conducta se guía por «refuerzo negativo» (por ejemplo, miedo al fracaso).

Esta distinción se deriva de la Teoría del Aprendizaje y está en consonancia con una observación hecha sobre esta materia por Skinner (1968). Skinner se percató de que la misma conducta podía estar asociada con diferentes estados emocionales, según si era función de un refuerzo positivo o negativo. Si una persona hace algo a causa de su historia de refuerzo positivo, la conducta se percibe como de «libre elección»; mientras que la realización de esta misma conducta para evitar una consecuencia negativa es percibida como coaccionada.

En nuestro estudio usando la escala de Perfeccionismo Positivo y Negativo (PANPS), encontramos que la distinción entre perfeccionismo positivo versus negativo anuló automáticamente la distinción entre perfeccionismo personal frente al perfeccionismo socialmente prescrito en una muestra compuesta por sujetos normales y sujetos clínicos (Terry-Short, et al., 1995).

Además, encontramos que si se comparaba con un grupo control, una muestra de buenos atletas puntuaron alto en Perfeccionismo Positivo, pero bajo en Perfeccionismo Negativo, mientras que una muestra de sujetos depresivos mostraron el patrón opuesto (es decir, alta en perfeccionismo negativo y baja en perfeccionismo positivo). Sin embargo, una muestra de sujetos con trastornos de alimentación, en promedio, puntuaron alto en ambos tipos de perfeccionismo (Terry-Short, et al., 1995).

Ahora me gustaría presentar un marco teórico de trabajo que representa una depuración de mi primer modelo funcional y de las recientes observaciones sobre la naturaleza dual del perfeccionismo.

4. La teoría del proceso dual del perfeccionismo en los trastornos de alimentación

En mi primer modelo funcional (Slade, 1982) sugerí que el control del peso tiene dos funciones importantes para el individuo que desarrolla anorexia nerviosa (y ahora añadiría también bulimia nerviosa), éstas son:

1. Como un poderoso reforzador positivo, en ausencia relativa de otros reforzadores.
2. Como reforzador negativo, a través de la evitación de una variedad de problemas en la vida del sujeto.

Me gustaría proponer ahora que estas dos formas de funcionamiento basadas en diferentes principios de refuerzo se vinculan a dos formas de perfeccionismo, positivo y negativo, como ya he discutido anteriormente. Así, yo sugeriría que un alto perfeccionismo positivo hace a un individuo particularmente sensible a los efectos del refuerzo positivo; mientras que un alto perfeccionismo negativo hace a un individuo particularmente sensible a factores de refuerzo negativo. Yo vería esto como dos procesos separados, aunque, en muchos casos de trastorno de alimentación, ambos procesos intervienen probablemente en distintos grados en un mismo individuo.

Esta teoría del proceso dual del perfeccionismo en los trastornos de alimentación se presenta en la figura 19.2.

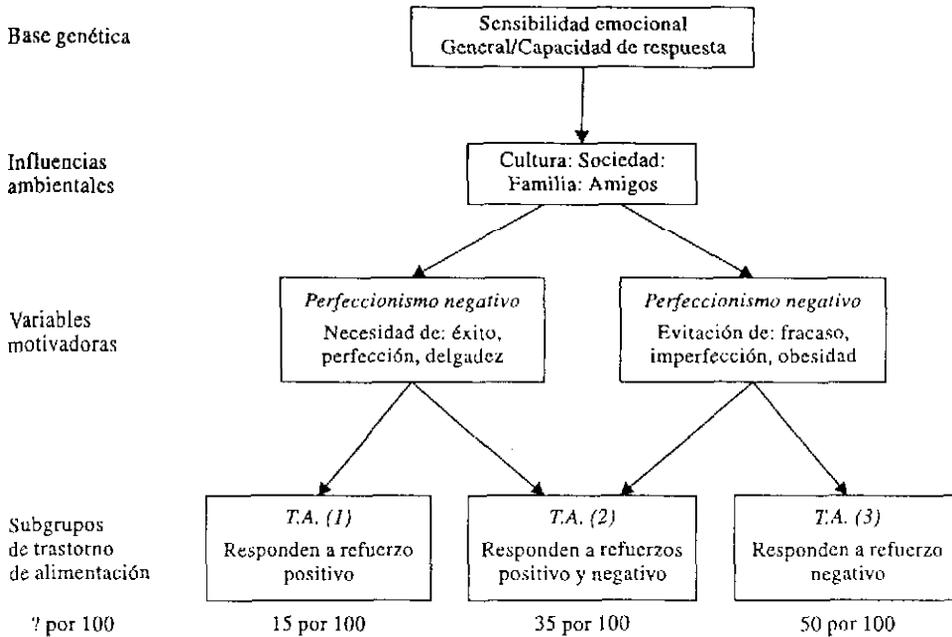


Figura 19.2.—Teoría del proceso dual del perfeccionismo en los trastornos de alimentación.

Este modelo teórico sugiere que hay algo que es heredado por el individuo propenso a desarrollar un trastorno de alimentación, esto es «una sensibilidad emocional general». Que esta sensibilidad general es entonces modelada por factores ambientales de varios tipos para producir rasgos de perfeccionismo positivo o negativo de intensidad variable.

Los rasgos de perfeccionismo positivo, que yo sugeriría incluyen: la «necesidad de éxito», la «búsqueda de la perfección» y el «deseo de delgadez».

Los rasgos de perfeccionismo negativo, en contraposición, incluyen la «evitación del fracaso», la «evitación de la imperfección» y la «evitación de la obesidad».

Merece la pena señalar que una distinción similar ha sido realizada recientemente por Hewitt y colaboradores entre la «necesidad de parecer perfecto» y «la necesidad de evitar parecer imperfecto» (Hewitt et al., 1994).

Yo sugeriría aún más, que aquellos individuos con un trastorno de alimentación varían en la medida en la cual estos dos procesos se activan en un momento dado y que sobre esta base puede establecerse una clasificación en subgrupos clínicamente útil. Por tanto, como hipótesis aprobar sugeriría que las muestras de sujetos con trastornos de alimentación se pueden subdividir en tres subtipos, que son:

Tipo (1). Impulsados principalmente por perfeccionismo positivo y responden concretamente al refuerzo positivo.

Tipo (2). Impulsados tanto por el perfeccionismo positivo como negativo y que responden a ambos tipos de refuerzo.

Tipo (3). Principalmente motivados por perfeccionismo negativo y responden concretamente a refuerzo negativo.

Yo especularía que sólo una pequeña minoría encajaría en la primera categoría (? 15 por 100), que al menos la mitad se incluiría en la última categoría (? 50 por 100) y que la segunda categoría contaría con el resto (? 35 por 100). Actualmente, esto es pura especulación.

Esta teoría del proceso dual del perfeccionismo, si fuera correcta, tendría claramente importantes implicaciones para las futuras investigaciones y las terapias psicológicas.

REFERENCIAS

- Burns, D. D. (1983): «The spouse who is a perfectionist», *Medical Aspects of Human Sexuality*, 17, 219-230.
- Frost, R. O.; Marten, P.; Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990): «The dimensions of perfectionism», *Cognitive Therapy and Research*, 1, 4, 449-468.
- Frost, R. O.; Heimberg, R. G.; Holt, C. S.; Mattia, J. L., y Neubauer, A. L. (1993): «A comparison of two measures of perfectionism», *Personality and Individual Differences*, 14, 199-126.
- Hamachek, D. E. (1978): «Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism», *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991): «Perfectionism in the self and social contexts: conceptualisation, assessment and association with psychopathology», *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Keys, A.; Brozek, J.; Henschel, A.; Mickelsen, O., y Taylor, H. L. (1950): *The Biology Of Human Starvation*, Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Mitzman, S. F.; Slade, P. D., y Dewey, M. E. (1994): «Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders», *Journal of Clinical Psychology*, 50, 526-522.
- Owens, R. G., y Ashcroft, J. B. (1982): «Functional analysis in applied psychology», *Brit. J. Clinical Psychology*, 21, 181-89.
- Owens, R. G., y Slade, P. D. (1987): «Running and anorexia nervosa: an empirical study», *International journal of Eating Disorders*, 6, 771-775.
- Schuster, R. H. (1969): «A functional analysis of conditioned reinforcement», en D. P. Hendry (ed.), *Conditioned Reinforcement Homewood, III*, The Dorsey Press
- Skinner, B. F. (194X): «Superstition in the pigeon», *Journal of Experimental Psychology*, 38, 168-172.
- Skinner, B. F. (1968): *Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis*, Nueva York: Appleton Century Crofts
- Slade, P. D. (1982): «Towards a functional analysis of anorexia and bulimia nervosa», *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Slade, P. D., y Dewey, M. E. (1986): «Development and preliminary validation of SCANS: a screening instrument for identifying individuals at risk of developing anorexia and bulimia nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 5, 517-538.
- Terry-Short, L. A.; Owens, R. G.; Slade, P. D., y Dewey, M. E. (1995): «Positive and negative perfectionism», *Personality and Individual Differences*, 1, 8, 663-668.