

HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL TERAPEUTICO-PEDAGOGICO Y CENTRO ESPECIAL RESIDENCIAL PARA EL TRASTORNO MENTAL GRAVE.

Óscar Egea, Jesús Varona

*Médico, director de Prisma. Zaragoza. España
Psiquiatra, Residencia Profesor Rey Ardid. Zaragoza. España.*

jesusvarona@terra.es

0. RESUMEN

En este proyecto aunamos dos recursos inexistentes en la Comunidad de Aragón, un hospital de día de salud mental infanto juvenil y un centro especial residencial para el trastorno grave, los dos necesarios en sus distintas áreas de actuación, y factibles dentro de una estructura de recursos como PRISMA.

El mercado potencial al que nosotros ofrecemos nuestros productos, abarcaría la totalidad de la población de la comunidad de Aragón, centrándose por motivos geográficos de proximidad en **Zaragoza capital y provincia**. La experiencia nos está demostrando que el producto es extensible al resto de comunidades, sobre todo las próximas geográficamente.

La incidencia y la prevalencia del trastorno psíquico han aumentado en los últimos años, y las previsiones estadísticas de futuro indican que van a seguir incrementándose, **1 de cada 3 personas** en el mundo padece un trastorno mental o neurológico; la **depresión es la cuarta causa de morbilidad en el mundo, en el 2020 se estima que será la segunda, detrás de los trastornos cardiovasculares (OMS 2001)**. La patología en niños y adolescentes se incrementa progresivamente, los trastorno de conducta, los consumos de tóxicos, la patología dual... Este tipo de trastornos además del deterioro de salud del enfermo, el deterioro de la convivencia familiar, que desgraciadamente conlleva, ha generado en los últimos años complicaciones en todos los niveles de la sociedad. Afectan al enfermo, por las consecuencias directas de la patología, por la incapacidad laboral y social que produce; a las familias, que suelen precisar apoyo terapéutico; a la administración pública, por la gran cantidad de recursos asistenciales y económicos que se precisan y al sector laboral, tanto público como privado por el absentismo laboral que se produce, se considera que

para el año 2010 la depresión será la primera causa de absentismo laboral por enfermedad. La orientación de los nuevos recursos debe ir dirigida a la integración social y a la prevención de patologías severas.

A partir de este punto, algunos apartados se desdoblaron, explicando las características individuales de los servicios, y otros apartados serán comunes.

PALABRAS CLAVE

Niño, adolescente, patología severa, proyecto.

SUMMARY

In this project we joined two nonexistent resources in the region of Aragón, a Child and Youth mental Health Day Hospital and a Special Residential Center for the Severe disorders, both necessary in their different fields of action, and feasible within a structure of resources like PRISMA.

The potential market to which we are offering our products would englobe the total population of the Community of Aragón, focused on, because of geographical reason of proximity, Zaragoza capital and province. The experience is proving to us that the product is extendable to the rest of communities, specially to those that are geographically near.

The incidence and prevalence of the psychiatric disorders have increased in the last years, and future statistical predictions indicate that they are going to continue increasing: one of three people in the world suffers from a mental or neurological disorder; depression is the fourth cause of morbidity in the world. In the year 2020 it is estimated that it will be the second, behind cardiovascular disorders, (WHO 2001). The pathology in children and adolescents is increasing progressively, behavioral disorders, toxic abuse, dual pathology.... These type of disorders apart from conveying the deterioration of the patient's health, and the deterioration of family cohabitation, have generated complications in recent years on all levels of society. They affect the patient directly because of the immediate consequences of the pathology, and they cause work and social incapacity. Also affected are the families that usually require therapeutic support. The public administration with its growing demand for economical and assistential resources, the work sector, both public and private, because of the absenteeism from work that is caused. Its predicted that that by the year 2010 depression will be the first cause of work absenteeism due to illness. The orientation of the new resources has to be directed towards social integration and the prevention of severe pathologies.

KEY WORDS

Children, adolescent, severe pathologies, proyect

1. ATENCION INFANTOJUVENIL.

El abordaje clínico de la patología mental grave en niños y adolescentes se está convirtiendo en una prioridad, para las estructuras de atención de Salud Mental

De la situación actual en las distintas comunidades autónomas en relación a los dispositivos intermedios o de hospitalización parcial podríamos concluir:

Los actuales dispositivos clínicos para el abordaje de la patología mental grave en infancia y adolescencia que existen en las distintas comunidades autónomas parten en muchos casos de diferentes formas de organización y de ubicación, perteneciendo a diferentes organismos y con diferentes estructuras.

En todos estos dispositivos, y para los niños y adolescentes en edad escolar, el tiempo de permanencia diario en los mismos está en función de sí es posible la integración escolar o no:

- * Niños integrados en sus colegios correspondientes: tiempo parcial en el dispositivo.
- * Tratamientos integrados con educación: tiempo total en el dispositivo.

En cualquier caso lo que se ve como necesario, es que en cualquier vía que se elija o se tenga, a de ser imprescindible la coordinación con educación y la integración funcional entre ambos (sino está el peligro de un funcionamiento en redes paralelas).

La necesidad de separación del paciente infanto-juvenil del entorno familiar, escolar o social, a veces es necesaria. Con una hospitalización diurna se puede conseguir este objetivo y la posibilidad de trabajar paralelamente desde la terapia familiar.

2. CENTRO ESPECIAL RESIDENCIAL PARA EL TRASTORNO MENTAL GRAVE.

Esta propuesta pretende ser una alternativa a los tratamientos de los trastornos mentales que se basan exclusivamente en el abordaje farmacológico o, en el mejor de los casos, mantienen el uso de los medicamentos como principal herramienta terapéutica y única imprescindible para estas situaciones, quedando el resto de ellas en un nivel inferior o más secundario.

El decir que un trastorno psicótico no necesariamente requiere el uso de neurolépticos (en los que incluimos los de última generación que se han dado por llamar *antipsicóticos*), **en según qué ambientes profesionales podría ser considerado una aberración**, cuando no una grave irresponsabilidad por parte del clínico que lo suscriba. Sin embargo, existen claros antecedentes nada dudosos de que esto no solo es así, sino que este tipo de opciones activan más los recursos personales de los pacientes haciendo que su ajuste social sea mas firme y duradero, aportando mucho más al proceso de rehabilitación o, como se empieza a llamar ahora, *habilitación psico-social*, que los tratamientos basados en la farmacología.

En otros ambientes, la situación es bien distinta y los modelos asistenciales están mutando desde el modelo médico biológico-farmacológico y custodial, con frecuentes hospitalizaciones, a planteamientos holísticos que integran lo psicoterapéutico, lo comunitario y la rehabilitación psicosocial (Dr. Shalom Litman, Israel. 2003). En los países escandinavos, por ejemplo, llevan varias décadas trabajando con pacientes en sus primeros brotes desde una concepción terapéutica que actualmente se denomina *tratamiento de las psicosis del grupo de la esquizofrenia adaptado a las necesidades* (Dr. Yrjö Alanen, Finlandia. 2003) y que básicamente se podría describir como una adecuación de los dispositivos asistenciales, entre los que se encontrarían viviendas y residencias no hospitalarias, a cada paciente, que tiene un papel activo en la elección de los recursos. En este contexto de adaptación al paciente, el uso de neuroléptico se hace innecesario en la mayoría de casos, recurriéndose casi exclusivamente al uso de benzodiazepinas (Johan Cullberg, Suecia. 2003).

Basado en principios afines o similares, el doctor Loren Mosher (EE. UU) funda en 1971, la primera casa de lo que llamó *Proyecto Soteria* para pacientes esquizofrénicos, que basaba el abordaje terapéutico en establecer relaciones no intrusivas ni controladoras; empatizadoras con la persona enferma y sin otro elemento explícitamente terapéutico o de control. Esto se realizaba en un contexto social pequeño, hogareño e íntimo que aportaba un ambiente de apoyo, protector y tolerante. La clave era desarrollar en un determinado tiempo una experiencia compartida con el paciente de significarse en su contexto social e individual, en su momento actual y en el de su desarrollo histórico.

A la primera experiencia del proyecto Soteria se han ido añadiendo otras, ampliándose el perfil de los pacientes que puedan beneficiarse de esta propuesta terapéutica. Así, a los exclusivos diagnósticos de esquizofrenia, se han sumado otros en el campo de la enfermedad mental grave, a los pacientes agudos se le añadieron otros en distintas fases evolutivas, en una idea común de dar una alternativa residencial a la hospitalización convencional. **En la actualidad existe un proyecto Soteria en Suiza que establecen que dos tercios de los diagnosticados como esquizofrénicos se recuperan con poco o nada de tratamiento farmacológico en entre dos y doce semanas (Ciompi et al, 1992).**

1. ANTECEDENTES.

1.1 PROMOTORES.

La realización de su Master ha permitido la relación entre los dos promotores de estos proyectos:

- **Dr. Jesús Varona: psiquiatra, psicoterapeuta.**
- **Dr. Oscar Egea: Gerente de PRISMA,S.A.**

Ninguno de los dos proyectos es abordable sin la integración en una red asistencial mayor como PRISMA (CENTRO HOSPITALARIO, URGENCIAS, HOSPITAL DE DIA, CENTRO DE DIA, CONSULTAS EXTERNAS..) Y sin la integración en el circuito de Salud Pública.

Desde dos puntos de vista y en dos espectros de población diferentes, podemos confluir en un objetivo, el desarrollo de estructuras que permitan el control de crisis, con una rápida integración en recursos rehabilitadores, o una integración en su vida normal.

2. PRODUCTO.

2.1. CENTRO RESIDENCIAL

Nuestra idea no es exactamente suprimir una manera de intervención terapéutica, basada en la utilización de la farmacología en primera instancia, sino utilizar otros elementos terapéuticos de gran peso aunque habitualmente subdimensionados respecto del primero y que aportan unas características cualitativamente distintas al resultado de la intervención.

Para exponer esta idea, **partimos de la concepción bio-psico-social como marco del fenómeno psicopatológico**, donde cada una de las tres caras que se señala en aquella, no es entendible sin el concurso de las otras dos, con las que forma un nivel o espacio de integración (N. Caparrós. *Orígenes del Psiquismo*. 2004) De esta manera, **el nivel psicológico de integración surgiría de la imbricación entre lo social y biológico**. El proceso mental y, por tanto, psicopatológico, surge de esta imbricación y de los apoyos que a lo largo de la historia del individuo han sido fundamentales para llevarla a buen término; por tanto, en este nivel de integración tiene, como mínimo, la misma importancia lo social y lo biológico, pues no se puede dar el uno sin lo otro.

La idea de un abordaje desde el manejo de lo social, es decir, utilizando este concepto como punto de partida de un tratamiento, adaptando y dando un sentido terapéutico a los aspectos comunitarios y grupales del enfermar, en sí mismo no es novedosa y mucho menos atrevida, pues como ya hemos señalado, existen

numerosas experiencias que la avalan con resultados muy positivos tanto en lo económico (los estudios de Mosher estiman un abaratamiento de un 40% sobre el coste en un hospital) como en lo terapéutico (para Mosher la mejoría estaría entre un 85 y un 90%); para Ciompi en los dos tercios de los tratamientos).

A esto, habría que añadir el aporte al conocimiento científico de los procesos patológicos de la mente que una observación “distinta” podría ofrecer. El solo hecho de tener capacidad para intervenir sobre los elementos que conforman el entorno social de los individuos enfermos y su significado emocional, necesariamente amplía el entendimiento de la enfermedad y, algo no menos importante, el manejo de lo social como herramienta terapéutica de primera línea.

En definitiva, se trata de establecer una alternativa más al modelo tradicional de hospitalización psiquiátrica, buscando la inserción del paciente en su comunidad, intentando evitar e incluso prevenir la marginación y el estigma que los enfermos mentales continúan sufriendo y que son causa de muchos de los actuales ingresos en los dispositivos de larga y corta estancia y, también, de perpetuación en la enfermedad. Adecuándose la propuesta a lo que la mayor parte de las Administraciones Sanitarias intentan planificar siguiendo los principios de la Reforma Psiquiátrica en España, creando nuevos recursos específicos donde desarrollar programas asistenciales diversificados y adaptados a las necesidades múltiples y cambiantes del usuario, intentando mantenerlos en el ámbito comunitario de referencia.

2.2 HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL.

Recurso de Hospitalización diurna, para edades comprendidas entre los 4 y los 16 años, con diversas posibilidades:

- Tiempo parcial: con objetivos psicoterapéuticos que incorporan diferentes abordajes integrales para niños con trastornos emocionales severos, pero que están integrados en sus centros escolares correspondientes. Se acomodaría la asistencia al Hospital de Día con la continuidad del programa educativo, personalizado para cada usuario.
- Tiempo completo. Engloba diferentes técnicas con el objetivo de lograr la progresión en el desarrollo emocional y cognitivo. Aborda patología emocional severa intentando en la medida de lo posible no separar al niño o adolescente de su medio escolar, social y familiar, propiciando su relación con el mismo. Se basaría en un rápido diagnóstico, tratamiento y elaboración de plan terapéutico integral

Se plantean 2 modelos, uno más centrado en lo terapéutico y otro en la rehabilitación psicosocial. El modelo estructural que presenta PRISMA, permitiría por su ubicación, su ámbito arquitectónico y su pertenencia a un proyecto, ya real, y que continúa sus fases de desarrollo, unir los dos modelos de actuación.

Es importante destacar en primer lugar que el hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes debería estar adscrito a la red de asistencia de Salud Mental de niños y adolescentes, dentro de la red asistencial de Salud Mental general siendo necesaria la complementación con otros dispositivos que asegurasen las prestaciones básicas para estas edades. Se podía complementar con funciones de centro terapéutico y rehabilitador de media estancia.

El Hospital de Día terapéutico-Pedagógico para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para la orientación, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales severos que aparezcan en estas edades tempranas de la vida y que tienen en común el provocar una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales.

Se pretende un tratamiento intensivo en un recurso diurno, que no provoque disrupción total del ambiente familiar, escolar y social, en relación a la edad de cada usuario.

Se establecería un circuito de información con las estructuras educacionales y los profesionales de las mismas, con los orientadores psicopedagógicos. Sería imprescindible un apoyo y educación a la familia, contemplando la alta patología familiar que se observa en estos casos.

2.3 ANALISIS DAFO.

El análisis Dafo lo realizamos en conjunto para los dos recursos, creemos que les afectan los mismos factores .

ANÁLISIS INTERNO	DEBILIDADES	FORTALEZAS
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dependier en la primera fase de gran parte de financiación a través de crédito. <input type="checkbox"/> Sistemas novedosos en la Comunidad. <input type="checkbox"/> Necesidad de integración en circuito de salud público. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Experiencia profesional de los promotores en el campo de la salud mental. <input type="checkbox"/> Participación de PRISMA en el proyecto. <input type="checkbox"/> Formar un equipo multidisciplinario <input type="checkbox"/> Gran disponibilidad por parte del equipo. <input type="checkbox"/> Conocimiento del sector público y privado por parte de los promotores, tras haber ejercido su profesión en ambos sectores. <input type="checkbox"/> In elasticidad del mercado.

ANÁLISIS EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Incremento del interés social por la salud mental. ☐ Aumento de la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental en la sociedad moderna. ☐ Influencia negativa del modelo social actual sobre la salud mental. ☐ Carencia en la red asistencial tanto pública como privada, ☐ Necesidad de la sociedad de complementar el servicio público de salud, mediante la sanidad privada concertada. ☐ No existe estacionalidad, la prevalencia de la enfermedad mental es continua a lo largo del año. 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Respuesta del sector privado en Aragón. ☐ Elevados costes de personal, desde la apertura del centro. ☐ Complejidad de los permisos y controles necesarios, por tratarse de un recurso relacionado con la Sanidad. ☐ Situación política-social y económica de Aragón.

3. HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL.

3.1. FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA

El **H.D.P.T.I.J. PRISMA**, atendería un espectro de edades entre los 4 a 16 años. A partir de los dieciséis años el resto de recursos PRISMA, Hospital de Día, Centro de Día, Centros de Formación y Centros de Empleo, garantizaría la atención con la posibilidad de una rehabilitación laboral.

Los grupos funcionales dentro del centro, se establecerán por grupos de edades, facilitando esta opción una mejor organización de las actividades formativas, terapéuticas y lúdicas del centro.

- **GRUPOS POR EDADES:**

- De 4 A 9 años.
- De 9 a 13 años.
- De 13 a 16 años inclusive.

Se estudiaría individualmente la situación de cada usuario dentro de los límites de edad, y dentro de su plan terapéutico se decidiría en coordinación con psicopedagogos y otros profesionales la participación en uno u otro grupo de edades.

El tiempo de permanencia semanal en el centro, dependería en cada caso, de su integración escolar y social, de los trastornos de conducta, del apoyo familiar y de las necesidades del usuario. Pretendemos un centro flexible, que se pueda adaptar tanto a las dificultades, como a los progresos que pueden tener estos grupos de edades, considerando y teniendo presente la gran variabilidad en corto espacio de tiempo de estos pacientes.

3.2. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

1- **El objetivo fundamental es la observación, la valoración, el diagnóstico y establecer un correcto tratamiento.** La realización de estas etapas, permite establecer un plan terapéutico individualizado para cada usuario, dentro de los márgenes que permita la estructura. Todo ello permite el cambio emocional y cognitivo de forma estable, con una mejor adaptación a la realidad, una mejora de las relaciones familiares, sociales y educacionales, permitiendo una reincorporación a la vida en la comunidad, donde podrán continuar el tratamiento ambulatorio oportuno.

2- **Atención familiar.** El entorno familiar estable en estos grupos de edades es incluso más importante que en la edad adulta. La rápida detección y actuación sobre los factores de desequilibrio familiar influye positivamente en los usuarios. Se propone una actuación directa a través de la valoración individual de cada caso, con intervención familiar directa, y la realización de psicoeducativos familiares grupales. Si es precisa la intervención sobre posibles patologías de la familia, se podría actuar desde los propios recursos de PRISMA, consiguiendo una centralización de la intervención terapéutica.

3- **Trabajo con el medio escolar (en niños y adolescentes integrados escolarmente) y social,** favoreciendo esta integración y actuando sobre los factores que en ambos ámbitos puedan estar influyendo o agravando el cuadro clínico. Se pueden desarrollar psicoeducativos para el implicado en los recursos educacionales, así como un apoyo, integrado en el mismo circuito.

3.3 INDICACIONES Y PERFIL DEL PACIENTE

Indicaciones clínicas

Población entre 4 y 16 años (ambos inclusive) que presente cuadros psicóticos u otras alteraciones severas que conlleven un trastorno de la organización del yo y de la relación del niño/ adolescente con su mundo circundante y que impidan su adaptación al medio familiar, social, escolar y /o profesional. Se incluyen:

- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico.
- Trastornos del Humor.
- Trastornos neuróticos severos.
- Trastornos de personalidad.
- Disarmonías evolutivas severas.
- Trastornos graves de la alimentación.
- Trastornos de la comunicación, etc.

Inicialmente si son admitidos, aunque con ciertas condiciones:

- Las patologías con trastornos de conducta graves (depende de la capacidad de control del grupo).
- Niños/ adolescentes con bajo nivel intelectual y con trastorno mental (depende del nivel de su capacidad de elaboración mental).
- Trastorno mental grave injertado en cuadro psicoorgánico (así mismo dependera de la capacidad de elaboración mental).

Contraindicaciones:

- Conducta psicopática estructurada.
- Consumo de tóxicos como primer diagnostico o con persistencia de un consumo de riesgo.
- Conductas suicidas que no puedan ser controladas cuando el niño o adolescente estén fuera del dispositivo.
- Trastornos que impidan la capacidad de elaboración mental como son:
 - * Retraso mental (en grados moderado o severo).
 - * Trastornos psicoorganicos.
 - * Déficit cognitivos definitivamente establecidos, de diversas etiologías.

3.4 ACTIVIDAD TERAPEUTICA

Bases del tratamiento

La intervención terapéutica está basada en que todo niño/ adolescente con trastorno mental grave, tiene una vida psíquica propia y una posibilidad de vida relacional con el entorno, por muy deteriorado que esté.

Por una parte el equipo terapéutico debe poder vincularse al niño/ adolescente para contener sus angustias, favoreciendo los procesos de pensamiento.

Por otra la vida relacional a de posibilitar la expresión de ansiedades, afectos, conflictos intrapersonales y relacionales..., a través de un ámbito contenedor, firme y estable, que garantice una continuidad de cuidados, para el logro de un cambio que vaya más allá de la simple desaparición o disminución de síntomas concretos.

Así mismo la terapia institucional a de favorecer la relación entre los niños o adolescentes, siendo esto uno de los factores favorecedores del cambio psíquico.

Plan terapéutico

Con los niños/ adolescentes

- Actividades libres (expresión de la vida emocional y sus conflictos).
- Actividades encaminadas a establecer un vínculo relacional.
- Actividades de psicoterapia: reunión grupal (priorizar la utilización del lenguaje), psicodrama, psicoterapia dinámica de grupo.
- Psicomotricidad.
- Logopedia; trabajo psicopedagógico.
- Funciones de sociabilidad.
- Expresión plástica y corporal.
- Actividades de taller (trabajo con barro, madera, pintura...).
- Tratamiento psicofarmacológico.

Con las familias

- Grupo de orientación y atención de padres.
- Intervenciones familiares individuales.

Con el nivel escolar (para niños y adolescentes integrados en centros educativos)

- Coordinación y articulación en cada caso con los profesionales de educación.
- Intervención concreta escolar: reuniones periódicas con el profesorado correspondiente para comprensión emocional del niño/ adolescente, contención de la ansiedad generada, búsqueda de soluciones más idóneas para favorecer la integración.

Coordinación con dispositivos de Bienestar Social

- Búsqueda alternativas periodo vacacional; integración en actividades de tiempo libre, búsqueda subvenciones...

Coordinado con Justicia y Trabajo y organizaciones tutelares, favoreciendo la continuidad de cuidados en estas últimas.

3.5 ESTRUCTURA FISICA.

Situado en el COMPLEJO HOSPITALARIO PRISMA, EN c/ Torre del Cerezo nº 17, San Juan de Mozarrifar-Zaragoza. En una construcción de las siguientes características:

- Superficie útil de 466 m. Con:
 - o Salon o zona de estar.
 - o Control
 - o 2 salas grupales con baños
 - o 1 Taller de terapia ocupacional
 - o Sala de logopedia
 - o Sala de psicomotricidad
 - o 3 despachos
 - o Sala de tiempo fuera
 - o Baños
 - o Comedor-Sala de audiovisuales.
- Patio interno de juegos y actividades.
- Jardin de 2300 metros con zona de juegos.

Compartiría servicios de Dirección, administración, enfermería, botiquín, farmacia, sala de reuniones... con el resto de recursos PRISMA.

La capacidad que nos otorgaría, cumpliendo la normativa vigente, así como las recomendaciones de funcionamiento terapéutico, sería de 50 plazas.

Para cada grupo de edad la capacidad puede oscilar, admitiéndose un máximo de 15 niños o adolescentes en cada grupo.

3.6 PERSONAL:

El apartado de personal es el más importante del proyecto, debiendo comprender un equipo multidisciplinar, que pueda controlar y asistir debidamente a los grupos. Se plantea personal para la máxima ocupación posible de 50 plazas.

Partiendo en todos los casos de la necesidad de equipos multidisciplinarios, donde se utilicen técnicas psicoterapéuticas para los trastornos emocionales, junto con trabajo pedagógico necesario para el desarrollo cognitivo, potenciando las capacidades del Yo (lo que a su vez es necesario así mismo para el desarrollo emocional), en cada dispositivo se requieren:

Personal Común para los tres grupos de edades, a tiempo completo:

- 2 Psiquiatra de niños y adolescentes.
 - 2 psicologo clínico.
 - 1 logopeda
 - 1 Psicomotricista
 - 1 Enfermero/a.
 - 1 terapeuta ocupacional.
- Hospital de día para niños de 4 a 9 años (Para 15 niños)
- 2 Monitores/as (cuyo perfil profesional puede encajar en auxiliares de clínica, técnicos de jardín de infancia...).
 - 1 maestro/a especializado en Pedagogía terapéutica.
- Hospital de día para niños de 9 a 13 años (para 15 niños)
- 1 monitores/ as (del mismo perfil profesional que los anteriores)
 - 1 maestros especializados en Pedagogía terapéutica.
- Hospital de día para chicos de 13 a 16 años (Para 15 chicos/ as)
- 1 monitores (mismo perfil).
 - 1 maestro especializado en Pedagogía terapéutica.

El recurso estaría ubicado con el resto de instalaciones PRISMA, con lo que gestión, administración y algunas instalaciones serían de uso común. En Base a lo que se han realizado los planes de viabilidad económica.

3.7 ANÁLISIS FINANCIERO.

Se presenta a continuación el estudio de viabilidad para cuatro años, basado en gastos reales, aplicados al resto de proyecto PRISMA.

Se observa, como es natural en los negocios de servicios, que la mayor partida presupuestaria es la de personal.

El proyecto ha sido presentado en las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales y Educación, encontrando estas consejerías viabilidad al proyecto y a su formato económico.

La integración del proyecto tanto física como administrativamente en la red PRISMA, permite una redistribución de los gastos de Dirección y Administración, que facilita la viabilidad del proyecto.

La valoración de ocupación se establece basándonos en la capacidad máxima del espacio físico, y en la demanda observada en el sector.

MANO DE OBRA DIRECTA

CUADRO SALARIAL (sueldo bruto anual para el año...)		2006	2007	2008	2009	2010
		incremento anual	incremento anual	incremento anual	incremento anual	incremento anual
Puesto	<u>Infantojuvenil07</u>					
Director	56.424 ó		3%	3%	3%	3%
Psiquiatra			3%	3%	3%	3%
Fisioterapia			3%	3%	3%	3%
Logopeda			3%	3%	3%	3%
Terapeuta ocupacional			3%	3%	3%	3%
Psicomotricista			3%	3%	3%	3%
Peón/Celador			3%	3%	3%	3%
Psicólogo			3%	3%	3%	3%
Psicopedagogo			3%	3%	3%	3%
Enfermería			3%	3%	3%	3%
Limpieza			3%	3%	3%	3%
Monitores			3%	3%	3%	3%

CUADRO SALARIAL Coste bruto mensual para el año ...)		2.006	2.007	2.008	2.009	2.010
Puesto	<u>Prisma 2007</u>					
Director		5.878	6.054	6.235	6.423	6.615
Psiquiatra		3.825	3.939	4.057	4.179	4.305
Fisioterapia		2.332	2.402	2.474	2.548	2.625
Logopeda		2.332	2.402	2.474	2.548	2.625
Terapeuta ocupacional		2.332	2.402	2.474	2.548	2.625
Psicomotricista		2.332	2.402	2.474	2.548	2.625
Peón/Celador		1.523	1.569	1.616	1.664	1.714
Psicólogo		3.825	3.939	4.057	4.179	4.305
Psicopedagogo		3.825	3.939	4.057	4.179	4.305
Enfermería		2.332	2.402	2.474	2.548	2.625
Limpieza		1.446	1.489	1.534	1.580	1.628
Monitores		2.001	2.061	2.123	2.186	2.252
		33.981	35.001	36.051	37.132	38.246
Hipótesis						
Aumento sobre sueldo Prisma	0,00%					
Aumento salarial anual		0,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%

AND 1 (2006)																										
HOSPITAL DE DIA I-J																										
	enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		Total	
Puesto	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	Coste	
Director	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Psiquiatra	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Fisioterapia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Logopeda	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Terapeuta ocupacional	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Psicomotricista	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Peon/Calador	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Psicologo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Psicopedagogo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Enfermeria	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Limpieza	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Monitores	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Coste Total		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	-	
AND 3 (2008)																										
HOSPITAL DE DIA I-J																										
	enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		Total	
Puesto	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	Coste	
Director	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Psiquiatra	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	97.379
Fisioterapia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Logopeda	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	29.689
Terapeuta ocupacional	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	29.689
Psicomotricista	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	29.689
Peon/Calador	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Psicologo	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	97.379
Psicopedagogo	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	146.069
Enfermeria	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	29.689
Limpieza	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	
Monitores	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	101.889
Coste Total		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		561.472

AND 3 (2008)																											
HOSPITAL DE DIA I-J		enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		Total	
Puesto	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	
Director	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Psiquiatra	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	97.379
Fisioterapia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Logopeda	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	29.689
Terapeuta ocupacional	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	29.689
Psicomotricista	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	29.689
Peón/Calador	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Psicólogo	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	2	8.115	97.379
Psicopedagogo	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	3	12.172	146.069
Enfermería	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	1	2.474	29.689
Limpieza	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Monitores	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	4	8.491	101.889
Coste Total		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789		46.789	561.472

AND 4 (2009)

HOSPITAL DE DIA I-J																											
HOSPITAL DE DIA I-J		enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		Total	
Puesto	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	
Director	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Psiquiatra	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	100.300
Fisioterapia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Logopeda	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	30.580
Terapeuta ocupacional	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	30.580
Psicomotricista	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	30.580
Peón/Calador	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Psicólogo	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	2	8.358	100.300
Psicopedagogo	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	3	12.538	150.451
Enfermería	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	1	2.548	30.580
Limpieza	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
Monitores	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	4	8.746	104.946
Coste Total		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193		48.193	578.316

AND5 (2010)																											
HOSPITAL DEDIA I-J		enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		Total	
Puesto	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	Coste		
Director	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-		
Psiquiatra	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	108.309
Fisioterapia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	
Logopeda	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	31.497
Terapeuta ocupacional	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	31.497
Psicomotricista	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	31.497
Peón/Celador	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	
Psicólogo	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	2	8.609	108.309
Psicopedagogo	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	3	12.914	154.964
Enfermería	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	1	2.625	31.497
Limpieza	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	
Monitores	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	4	9.008	108.094
Coste Total		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639		49.639	595.665

RESUMEN:

Centro de Día	2006		2007		2008		2009		2010		COSTE SALARIAL MEDIO 2006
Puesto	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	#	Coste	
Director	0,0	-	2	94.543	2	97.379	2	100.300	2	103.309	48.690
Psiquiatra	0,0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-
Fisioterapia	0,0	-	1	28.824	1	29.689	1	30.580	1	31.497	29.689
Logopeda	0,0	-	1	28.824	1	29.689	1	30.580	1	31.497	29.689
Terapeuta ocupacional	0,0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-
Psicomotricista	0,0	-	2	94.543	2	97.379	2	100.300	2	103.309	48.690
Peón/Celador	0,0	-	3	141.814	3	146.069	3	150.451	3	154.964	48.690
Psicólogo	0,0	-	1	28.824	1	29.689	1	30.580	1	31.497	29.689
Psicopedagogo	0,0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-
Enfermería	0,0	-	4	98.922	4	101.889	4	104.946	4	108.094	25.472
Limpieza											
Mo TOTALES	-	-	14,0	516.294	14,0	531.783	14,0	547.736	14,0	564.168	

DATOS COMERCIALES

Precio (Euros / día)	2006	2007	2008	2009	2010
<u>Inicial</u>					
Hospital de día	95	95	98	101	104
Hospital Camas	-	-	-	-	-

Precio (Euros /mes)	2006	2007	2008	2009	2010
<u>Inicial</u>					
Hospital de día	2.090	2.090	2.153	2.217	2.284
Hospital Camas	-	-	-	-	-

Hipótesis sobre precios de venta					
Cent. Día Aumento precios	0,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
Hosp. Camas Aumento precios	0,00%	0,00%	3,00%	3,00%	3,00%

HOSPITAL DE DIA I-J	2007	2008	2009	2010
Pacientes medios mensuales	32	45	45	45
Precio medio (mensual)	2.153	2.217	2.284	2.352
% ocupación	63,33%	90,00%	90,00%	90,00%
Total Ingresos	818.026	1.197.332	1.233.252	1.270.249
Mano Obra Directa	517.862	533.398	549.400	565.882
Alquiler	41.760	43.013	44.303	45.632
Catering	41.332	60.497	62.312	64.181
Otros consumibles	25.080	36.709	36.709	36.709
Suministros	13.390	13.792	14.205	14.632
Servicios Generales	5.335	5.495	5.660	5.830
Transporte	40.000	41.200	42.436	43.709
Amortización	11.450	11.450	11.450	11.450
Total Costes Variables	696.210	745.554	766.476	788.025
Margen Contribución CENTRO DE DÍA	121.816	451.778	466.776	482.224
GASTOS FIJOS NO DISTRIBUIDOS	2007	2008	2009	2010
Limpieza	6.180	6.365	6.556	6.753
Gestión	12.360	12.731	13.113	13.506
Administración	6.180	6.365	6.556	6.753
Publicidad	2.741	2.823	2.907	2.950
Tributos	1.650	1.815	1.997	2.196

PLAN DE INVERSIONES		2007	2008	2009	2010
Inmovilizado Material					
	Instalación eléctrica	12.294			
	Fontanería	2.639			
	Albañilería	37.625			
	Pintura	3.857			
	Climatización	48.720			
	Incendios	6.032			
	Varios	3.000			
	Carpintería	5.359			
	Mobiliario y enseres	13.920			
	Equipos Informáticos	1.200			
	Licencias, proyectos y permisos	11.138			
	Telefonía	1.200			
	TOTAL INVERSION	146.984	0	0	0

Aunque parte de la inversión se realiza en 2006, consideramos a efectos prácticos su realización en 2007

PLAN DE AMORTIZACIONES		2007	2008	2009	2010	
	Porcentaje anual amortización					
Inmovilizado Material						
	Instalación eléctrica	10%	1.229	1.229	1.229	1.229
	Fontanería	2%	53	53	53	53
	Albañilería	2%	752	752	752	752
	Pintura	12%	463	463	463	463
	Climatización	10%	4.872	4.872	4.872	4.872
	Incendios	12%	724	724	724	724
	Varios	10%	300	300	300	300
	Carpintería	2%	107	107	107	107
	Mobiliario y enseres	10%	1.392	1.392	1.392	1.392
	Equipos Informáticos	25%	300	300	300	300
	Licencias, proyectos y permisos	10%	1.114	1.114	1.114	1.114
	Telefonía	12%	144	144	144	144
	Total amortización Inmovilizado material		11.450	11.450	11.450	11.450

PERDIDAS Y GANANCIAS (€s)	2007	2008	2009	2010
Total Ingresos	818.026	1.197.332	1.233.252	1.270.249
Gastos Variables				
Mano Obra Directa	517.862	533.398	549.400	565.882
Alquiler	41.760	43.013	44.303	45.632
Catering	41.332	60.497	62.312	64.181
Otros consumibles	25.080	36.709	36.709	36.709
Suministros	13.390	13.792	14.205	14.632
Servicios Generales	5.335	5.495	5.660	5.830
Transporte	40.000	41.200	42.436	43.709
Amortización	11.450	11.450	11.450	11.450
Total Gastos Variables	696.210	745.554	766.476	788.025
Margen Bruto	121.816	451.778	466.776	482.224
Gastos Fijos				
Limpieza	6.180	6.365	6.556	6.753
Gestión	12.360	12.731	13.113	13.506
Administración	6.180	6.365	6.556	6.753
Publicidad	2.741	2.823	2.907	2.950
Tributos	1.650	1.815	1.997	2.196
Total Gastos Fijos	29.111	30.099	31.129	32.159
BAI I DA	92.706	421.678	435.646	450.065
% BAI I DA	11,33%	35,22%	35,33%	35,43%
Depreciación y Amortización	11.450	11.450	11.450	11.450
BAI I	81.256	410.228	424.196	438.615
% BAI I	9,93%	34,26%	34,40%	34,53%
Ingresos / (Gastos) Financieros	(7.349)	(7.349)	(7.349)	(7.349)
BAI	73.906	402.879	416.847	431.266
% BAI	9,03%	33,65%	33,80%	33,95%
Impuestos	25.867	141.008	145.896	150.943
Beneficio Neto	48.039	261.871	270.950	280.323

Mano Obra Directa	63,3%	44,5%	44,5%	44,5%
Catering	5,1%	3,6%	3,6%	3,6%
Otros consumibles	5,1%	5,1%	5,1%	5,1%
Suministros	3,1%	3,1%	3,0%	2,9%
Servicios Generales	1,6%	1,2%	1,2%	1,2%
Transporte	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%
Amortización	4,9%	3,4%	3,4%	3,4%
Total Gastos Variables	85,1%	62,3%	62,2%	62,0%

<u>Hipótesis Carga Impositiva Efectiva</u>				
BAI	73.906	402.879	416.847	431.266
Pérdidas Acumuladas	-	-	-	-
Carga Impositiva Efectiva	25.867	141.008	145.896	150.943
Tasa Impositiva	35,0%	35,0%	35,0%	35,0%

BIBLIOGRAFÍA

- Dawson DF & MacMillan, HL. (1993). *Relationship Management of the Borderline Patient*. New York: Brunner/Mazel.
- Guimón J. (2001). *Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria*. Ginebra, Madrid, New York: Core Academic.
- Lieberman RP. (1983). Research on the psychiatric milieu. In JG Gunderson Ed. *Principles and Practice of Milieu Therapy*: New York: Jason Aronson.
- Piper W, Joyce AS, Azim HF & Rosie J. (1994). Patient characteristics and success in day treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 182 (7), 381-386.