

SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL SUR DE ESPAÑA

Código conferencia: 8conf10 57569 (nº referencia/ticket 1282298989)

Área temática: [Psic.] Psicología Social

Autores: JUAN MANUEL PÉREZ BLANCO; MARÍA DEL ROCÍO JEREZ BARROSO; JUAN MANUEL BAHAMONDE GARCÍA; ANA CELIA MONTES LÓPEZ.

E-mail: juanmaperezblanco@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La intensa movilidad humana observada en todas las regiones del mundo durante el último decenio del siglo XX, anticipó que la siguiente centuria seguramente mostraría un escenario de características semejantes, al menos en sus primeros años, y que las tendencias migratorias difícilmente cambiarían de manera súbita. (1) En 1990, los migrantes representaron más del 15% de la población en 52 países. La mayoría de la migración fue desde los países en vías de desarrollo a los países desarrollados. (2)

La migración internacional en todo el mundo ha alcanzado unos 200 millones, que es el 3% de la población mundial, más del doble de la cifra de 1980. Los migrantes constituyen aproximadamente el 8% de la población de Europa, lo que equivale a unas 60 millones de personas. En muchos países es el factor más importante de crecimiento de la población. Ciertos sectores de la economía dependen fuertemente de los trabajadores migrantes. La mayoría de los países europeos son los países de origen o el destino de los movimientos migratorios y algunos son países de tránsito. (3)

La migración en Europa tiene dos componentes principales, migración entre países europeos y migración desde países no europeos en Europa. El primero se está convirtiendo más en una cuestión de movilidad donde la primera migración a un país puede ser seguido por migración hacia delante a

un segundo o tercer país y donde la migración de retorno también está desempeñando un papel cada vez más importante. Es la migración hacia Europa, sin embargo, todavía dominada por inmigración tradicional para el reasentamiento y la adquisición de una nueva ciudadanía en el país anfitrión.

(3)

En los últimos diez años, Europa ha sido testigo de un flujo anual de unos 500.000 inmigrantes. Aunque originalmente la mayoría de estos eran solicitantes de asilo, hoy representan una minoría, debido a normas de asilo más estrictas. Debido a las posibilidades limitadas para la migración regular, los recién llegados cada vez más optan por situación irregular. El número de inmigrantes irregulares en Europa se estima en entre 3 y 5 millones, y su llegada a menudo depende de actividades delictivas como el contrabando humano y el tráfico. (3)

Algunos países en Europa, como Irlanda, España, Italia o Portugal, que han sido tradicionalmente exportadores de migrantes han pasado a convertirse en importadores. (4) En Europa existen grandes diferencias en el patrón de migración según los diferentes países. Algunos expertos han llegado a distinguir un modelo norte y sur de inmigración en Europa. El Modelo Norte estaría compuesta por los países europeos del norte (por ejemplo, Reino Unido, Países Bajos, Alemania y Suecia, entre otros), que han tenido un larga experiencia de la inmigración a través de la historia, y especialmente justo después de la segunda guerra mundial, cuando la llegada de los inmigrantes experimentaron un fuerte incremento. El modelo sur constaría de países europeos del sur que el fenómeno de la inmigración es relativamente reciente, como España o Portugal. Mientras que en España el porcentaje de los residentes extranjeros de 'legales' suma hasta el 3,2% de la población total en 2002, en otros países europeos este porcentaje fluctúa entre 5 a 10% en este momento. (5)

La composición de la inmigración por países es también muy diferente en los países europeos. La gran mayoría de los inmigrantes en Europa central, oriental y en los países escandinavos proceden del resto de Europa. El campo

de inmigración de Alemania es también fuertemente Europea, junto con Austria y Finlandia recibe una alta proporción de sus inmigrantes de Europa central y oriental. En contraste, los países del Mediterráneo, junto con el Reino Unido y Países Bajos, atraen una alta proporción de inmigrantes que llegan más allá de Europa. Casi una tercera parte de los inmigrantes de España y del Reino Unido provienen de fuera de Europa. (6)

Entre todos los cambios que deben afrontar un ser humano a lo largo de su vida, existen pocas experiencias tan complejas como aquellas que tendrá que experimentar durante una migración. Prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia. Aspectos que van desde la dieta, la familia y las relaciones sociales, al clima, idioma, la cultura y el estado están sujetas a cambios.

La decisión de migrar se origina en una supuesta falta de perspectivas que una persona tiene en su propio país. Cada persona que emigra tiene unas pérdidas afectivas de experiencias, pero es impulsado hacia arriba en la esperanza de encontrar el paraíso del primer mundo que a menudo conocen tan poco.

Los inmigrantes no constituyen un grupo homogéneo, sino que se estructuran como una compleja amalgama de individuos con vivencias particulares, influidos por su país de origen, la razón por la que emigraron, las condiciones de acogida en el país anfitrión, los recursos socioeconómicos de que disponen y su bagaje psicológico específico.(7)

El consenso general en la investigación sobre la salud de los migrantes es que los inmigrantes, especialmente en los países en desarrollo, que emigran a otros países, presentan diferentes estados salud en función de su etapa en el proceso migratorio. (8)

Durante la primera etapa, a su llegada al país receptor, los inmigrantes generalmente disfrutan de buena salud, ya que son generalmente los jóvenes y las personas más sanas las que emigran. (9) Sin embargo, conforme pasa el

tiempo, la salud de los inmigrantes se deteriora con el cambio residencia, como resultado de las malas condiciones de vida y de trabajo. (10)

La singularidad de la experiencia migratoria radica en el hecho que es un proceso psicosocial de pérdida y de cambio, que se conoce en la psiquiatría de la migración como un proceso de duelo. (11) El duelo es considerado como un tipo de estrés que se caracteriza por su intensidad y longitud. (12)

El proceso de migración ha sido explicado a través de un modelo compuesto por siete penas (pérdidas) causando angustia, que será la experiencia de pérdida de la persona: familiares y amigos, idioma, cultura, patria, pérdida de Estado, pérdida de contacto con el grupo étnico y la exposición a riesgos físicos. Además, el proceso de duelo migratorio es parcial, el dolor del sujeto realmente no desaparece (a diferencia de la tristeza por la muerte de un ser querido) y recurrentes; el contacto con el país de origen podría revivir dicha pérdida. (13)

En el caso de España, la mayoría de los inmigrantes ha llegado relativamente recientemente, principalmente de América Latina, África del Norte, y Europa oriental (Encuesta de Población activa 2010). De los 5 millones de residentes extranjeros en España en el segundo trimestre de 2010, más de 4 millones llegaron después del 2000; por consiguiente, sería razonable esperar que su salud general todavía esté bien.

La salud mental de los inmigrantes está afectados por diferentes variables: algunas están asociadas con el proceso migratorio en sí (como la separación de la familia y amigos, aculturación, etc,...) y otros se asocian con su vida (condiciones de la vivienda, el acceso o la falta de acceso una red social adecuada y a los servicios de salud, exclusión social, etc,...) y las condiciones de trabajo en el país anfitrión. (14)

En España, muchos inmigrantes trabajan en ocupaciones caracterizadas por un alto nivel de inseguridad en el empleo, y es conocido como estos trabajos afectan a la salud. (15) Los inmigrantes, y especialmente aquellos que

están empleados en ocupaciones manuales, más a menudo están sometidos a trabajos con mayor exposición a factores psicosociales. (16) Estos factores psicosociales (17), las exigencias emocionales y el significado del trabajo (18), han sido identificados en la literatura como predictores de una mala salud mental.

Las revisiones recientes de la bibliografía llegan a la conclusión de que la emigración por sí misma no produce un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales (19) (20) sino que dependería, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio. (21)

También parece demostrado que la salud mental de los emigrantes se correlaciona inversamente con la densidad étnica de su grupo en la vecindad. Es decir, cuanto más numeroso sea su grupo en esa zona, mejor salud mental van a presentar y viceversa. La razón es que a menor número de inmigrantes, éstos van a sufrir mayor discriminación y aislamiento, y carecerán de suficiente soporte social. (22)

La inmigración es un factor de riesgo para la salud mental, por ello para que un tratamiento sea eficaz es necesario un conocimiento de la cultura de origen del inmigrante, de sus valores y de su concepción de la salud. No es infrecuente que muchos inmigrantes se muestren ambivalentes frente a la medicina occidental, con una fe desmesurada en las tecnologías asociadas a las pruebas complementarias, a la vez que aplican sus propios valores, lo que origina malentendidos y escaso cumplimiento. (7).

Por todo ello parece de suma importancia comprobar cuál es el índice de bienestar psicológico que presentan estas personas inmigrantes para hacer frente a su nueva situación de vivir en un país diferente al suyo por diferentes motivos.

Está constatado que en el inmigrante existen una serie de alteraciones a nivel psicológico que surgen por vivir fuera de su país natal, y sería conveniente conocer cuáles son las modificaciones que sufren en su gran

mayoría estas personas, para poder detectarlas con la mayor brevedad posible, antes de que se instauren una serie de cuadros psicopatológicos que pueden mermar la calidad de vida de estas personas. Por ello es de suma importancia conocer la sintomatología clínica que presentan estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) United Nations: Number of world's migrants reaches 175 million mark 2002 [<http://www.un.org>]. New York: Press Release POP/844.
- (2) Council of Europe: 7th Conference of Ministers Responsible for Migration Affairs: 16–17 September 2002; Helsinki Council of Europe Bruxelles; 2002.
- (3) Mr Çavusoğlu and others. Council of Europe: Migration in Europe: a constant challenge; 23 October 2006 Doc. 11085.
- (4) Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM; Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005 Aug 31;1:13.
- (5) Arango J: La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. In *La Inmigración en España: Contextos y Alternativas Volume 2*. Edited by: García Castaño FJ, Muriel López C. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales; 2002.
- (6) Salt: Current trends in international migration in Europe 2001 [<http://www.mir.es>]. Bruxelles: Council of Europe.
- (7) García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clín*. 2002; 118:187-91.
- (8) Jansà JM, García de Olalla P (2004) Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos (Health and immigration: news realities and news challenges). *Gac Sanit* 18(Suppl):207–213.
- (9) Achotegui J: La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural Barcelona: Mayo; 2002.
- (10) Cacciani L, Baglio G, Rossi L et al (2006) Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerg Themes Epidemiol* 3:4.

- (11) Lurbe Puerto K: Incursión sociológica sobre la enajenación de l@s otr@s. Estudio sobre el tratamiento de la diferencia étnica en la salud mental. In Trabajo de investigación Edited by: Solé C. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.
- (12) Buendía J: Estrés y Psicopatología Madrid: Pirámide; 1993.
- (13) McDonald JT, Kennedy S (2004) Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 59:1613–1627.
- (14) Del Imo J, Jarrín I, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V et al (2010) Mental health in Ecuadorian migrants from a population based survey: the importance of social determinants and gender roles. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Epub ahead of print]
- (15) Porthé V, Amable M, Benach J (2007) La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos saber? (Labour precarious and immigrant health in Spain: what do we know and what we should know?) *Arch Prev Riesgos Labor* 10(1):34–39.
- (16) Font A, Moncada S, Llorens C, Benavides FG (2011) Psychosocial risk exposures in the workplace: differences between immigrants and Spaniards. *Eur J Public Health*. doi:10.1093/eurpub/ckr169.
- (17) Stansfeld S, Candy B (2006) Psychosocial work environment and mental health –a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32(6,special issue):443–462.
- (18) Burr H, Albertsen K, Rugulies R, Hannerz H (2010) Do dimensions from the Copenhagen psychosocial questionnaire predict vitality and mental health over and above the job strain and effort-reward imbalance models? *Scand J Public Health* 38(Suppl 3):59–68.
- (19) Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S. *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- (20) National Institute of Mental Health Refugee Mental Health Program: *Mental health services for refugees*. Washington: National Institute of Mental Health, 1991.

(21) Cervantes RC, Salgado de Snyder VN, Padilla A. Posttraumatic stress in immigrants for Central America and Mexico. *Hosp Com Psychiatry* 1989; 40:615-9.

(22) Halpern D. Minorities and mental health. *Soc Sci Med* 1993; 36: 597-607.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es el estado actual de la salud mental en la población inmigrante en el sur de España.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Conocer cuál es el bienestar psicológico de los inmigrantes en el sur de España.
- Detectar la sintomatología clínica de estas personas
- Descubrir las variables socioeconómicas de esta población que moran en esta zona de España.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio Descriptivo, Observacional, Transversal, Prospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población diana: La población que va a ser estudiada en el presente proyecto de investigación son las personas inmigrantes de la ciudad de Sevilla, los cuáles son atendidos en los Centros de Salud, de ambos sexos y de más de 18 años de edad.

CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Las personas que participen en este trabajo de investigación deben cumplir con ciertos criterios:

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**
 - Personas inmigrantes
 - Personas inmigrantes atendidas en los Centros de Salud Comunitarios del Área de Salud Virgen del Rocío y del Área de Salud Virgen de Macarena de Sevilla capital.
 - Edad mínima de 18 años de edad, no teniendo en cuenta una edad máxima para la inclusión en el estudio.
 - Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio (Consentimiento Informado).
 - Pertenecer al Área de Salud Virgen del Rocío y al Área de Salud Virgen de Macarena de Sevilla, en todos los Centros de Salud de su influencia.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**
 - Menores de edad.
 - Personas con Discapacidad Intelectual moderada y grave evidenciada.
 - No acepten participar en el estudio.

ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se llevará a cabo en todos los Centros de Salud del Área Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla y al Área de Salud Virgen de Macarena.

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla es, en la actualidad, el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su elevada producción asistencial, su destacada posición dentro de la investigación biomédica española, su importante trabajo docente y su estrategia organizativa y de gestión lo convierten asimismo en un claro referente nacional e internacional.

Su área de influencia engloba a una población general mixta, con núcleos rurales y urbanos que como Hospital Básico tiene una población de referencia de 550.502 habitantes, como Hospital de referencia a nivel provincial de 1.316.728, y como Hospital de referencia a nivel regional tiene asignada una población de 1.434.013 habitantes.

La investigación será llevada a cabo en las Consultas de Enfermería de los distintos Centros de Salud del Área de Virgen del Rocío y Virgen de Macarena y las entrevistas serán llevadas a cabo por personal de Enfermería Especialista en Salud Mental.

El Hospital Universitario Virgen Macarena es un Hospital público que depende de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, atiende una población de más de 560.000 habitantes del área norte de la provincia de Sevilla, manteniendo un liderazgo importante en la actividad asistencial, docente e investigadora, dentro del Sistema Sanitario Público Andaluz.

En los últimos años dicho hospital ha desarrollado importantes proyectos innovadores en: tecnologías de la información y comunicación, telemedicina, digitalización, plataforma logística, así como un Plan de Modernización de Estructuras, siendo numerosas y variadas las reformas integrales que han efectuadas.

MUESTRA

Para la captación de los sujetos a estudiar no se realizará muestreo sino que se va a trabajar con la totalidad de la población accesible, que estará

formada por pacientes inmigrantes que acudan a los Centros de Salud y que acepten entrar en el estudio.

La inclusión de los sujetos se hará durante los 12 meses anteriores a la realización del estudio. Por las características de los pacientes incluidos, cabe esperar una tasa de abandono entorno al 30-35%, por lo que las muestras resultantes serían de entre 90 y 100 sujetos. Debido a lo anteriormente citado una vez concluido el estudio se analizará la potencia del mismo para comprobar que la muestra es suficiente en cuanto a número para poder realizar inferencias y verificar que este tamaño muestral, aun descontando las muertes experimentales, nos garantizaría un volumen de sujetos suficientes para poder establecer relaciones estadísticamente significativas entre las variables.

VARIABLES

Variables del estudio

Bienestar Psicológico (Ryff, 1989).

Escala de 29 ítems en un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos que va desde “Totalmente en Desacuerdo” (1) a “Totalmente de Acuerdo” (6). Esta escala evalúa seis dimensiones vinculadas con el bienestar psicológico: auto-aceptación (4 ítems), crecimiento personal (4 ítems), relaciones positivas (5 ítems), autonomía (6 ítems), dominio del entorno (5 ítems), propósito en la vida (5 ítems). Puntuaciones elevadas indican mayores niveles de bienestar psicológico. Para esta aplicación se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de .77.

Sintomatología clínica SCL-90 (adaptación española de González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. 2002):

Inventario de síntomas que se compone de nueve dimensiones, el formato de respuesta va de 0 a 4 puntos, es decir, desde la ausencia del síntoma (“Nada en absoluto) hasta su intensa presencia (“Mucho o extremadamente). Para efectos de este estudio sólo se utilizaron cinco dimensiones: somatización (12 ítems), sensibilidad interpersonal (9 ítems), Depresión (13), Ansiedad (10 ítems) y Hostilidad (6 ítems). Para esta aplicación se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de .95.

Variables Sociodemográficas

Edad.

Sexo.

Años de residencia en España.

Motivo de la migración.

Existencia de reagrupación familiar.

Estado Civil.

Nivel de estudios.

Situación Laboral.

Nivel de ingresos

Estas variables van a ser medidas en la de Enfermería Comunitaria de referencia del Hospital al que pertenezcan. Las variables serán medidas mediante una entrevista llevada a cabo por la Enfermería Especialista en Salud Mental.

RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se llevará a cabo en los Centros de Salud Comunitarios pertenecientes al Hospital Universitario Virgen del Rocío y al Hospital Universitario Virgen de Macarena de Sevilla capital; esta recogida será llevada a cabo durante 12 meses.

La información se recogerá mediante entrevistas personales individualizadas, y los cuestionarios pertinentes para evaluar las variables anteriormente mencionadas. Serán llevadas a cabo en la Consulta de Enfermería y las llevarán a cabo Enfermeras Especialistas en Salud Mental.

Todo ello estará incluido en el correspondiente cuaderno de recogida de datos, en el que se hallaran las hojas de registros, cuestionarios, valoraciones, ... individualizado para cada cliente. La información se obtendrá directamente de los participantes en el estudio, y serán incluidos en una base de datos única que poseerá la Enfermería especialista.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estudio descriptivo:

Se iniciará el estudio con una depuración de las bases de datos con intención de detectar observaciones aberrantes. Se identificarán valores extremos y se caracterizará diferencias entre subgrupos de individuos.

A continuación se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Se utilizará medias y desviaciones típicas (con los correspondientes intervalos de confianza si precisan) para las variables numéricas de distribución homogénea; o medianas y cuarteles si ésta es asimétrica. Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Además este análisis se completará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información.

Estudio inferencial:

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos se empleará el test χ^2 o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza.

Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0,05$.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio puede verse sesgado por diferentes circunstancias. En primer lugar la población inmigrante, como hemos mencionado anteriormente, es una población heterogénea, por lo que los resultados pueden verse distorsionados por este hecho.

También puede producirse que los inmigrantes no quieran participar en el estudio por las diferentes circunstancias que le rodean, siendo esto un punto importante a la hora de llevar a cabo esta investigación.

PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio es de suma importancia llevarse a cabo, puesto que como se ha apuntado con anterioridad, el fenómeno migratorio en España está siendo muy importante y consideramos de suma relevancia conocer cuál es el estado actual de sus problemas mentales.

Para una calidad óptima en los cuidados de enfermería a las personas inmigrantes se hace necesario comprobar que bienestar psicológico presentan estas usuarios, además de constatar cuáles son los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en estas circunstancias vitales individuales que presentan estas personas migrantes.

El Sistema Sanitario Público mejorará la calidad de la atención a estos clientes, mejorando la calidad de la atención, disminuyendo el número de alteraciones psicológicas sufridas por estas personas.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

A los participantes del estudio se les informará verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio, así como de la confidencialidad de los datos que suministran. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de las participantes. Todos los datos obtenidos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial.

El proyecto se desarrolla en todo momento siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, recogidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en la 60ª Asamblea General celebrada en Seúl en 2008. Se incluyen la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo y siendo indispensable la aceptación para la inclusión en este estudio.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontrarán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de cada caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Antes de la presentación de este protocolo se solicitará la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Virgen de Macarena.

PLAN DE DIFUSIÓN

Se prevé poder presentar el protocolo de investigación en el Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental de 2013, como comunicación oral o en su caso como comunicación en formato póster si procede y una vez llevada a cabo la finalización del estudio se realizarán una serie de artículos originales, los cuáles serán publicados en alguna revista de la especialidad con factor de impacto alto (Presencia o Index de Enfermería).

Se presentará en el Congreso de Interpsiquis 2013.

Asimismo, se intentará la publicación de los resultados en alguna revista de enfermería tipo Nure Investigation o Evidentia que actualmente es la segunda en factor de impacto de las iberoamericanas, como también en la Biblioteca Las Casas.

CRONOGRAMA Y DISTRIBUCION DE TAREAS

Actividad 1. Se realizaran sesiones conjuntas de todos los investigadores para la puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.

- Exposición de metodología.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.
- Contacto con las unidades asistenciales y sus profesionales para información general sobre el proyecto.

Actividad 2.

- Elaboración de los medios de apoyo gráfico.
- Captación y recogida de datos de los sujetos sometidos a estudio.
- Diseño de la base de datos.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro, entrevistas y valoraciones.

Actividad 3.

- Puesta en marcha del protocolo de investigación y recogida de datos.
- Reuniones del equipo cada 3 meses para la reevaluación y seguimiento del proyecto.

Actividad 4.

- Análisis de los datos.
- Elaboración de los resultados y conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo del protocolo llevado a cabo.
- Publicación del estudio en revistas científicas.

El desarrollo del proyecto se llevará a cabo en dos años, según el siguiente esquema:

Actividades	1 ^{er} Año: Meses											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												

Actividades	2 ^o Año: Meses											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												

RECURSOS Y PRESUPUESTO ECONÓMICO

Gastos de ejecución		Euros(€)
Inventariable		
	2 Ordenadores portátil	1.600 €
	1 Impresora laser	500 €
	Total	2.100 €
Material fungible		
	Material fungible de uso informático	300 €
	Material de papelería	100 €
	Gastos de reprografía	400 €
	Total	800 €
Viajes y dietas		
	Congresos nacionales	2.000 €
	Congresos internacionales	2.500 €
	Reuniones de equipo	800 €
	Total	5.300 €
Formación y difusión de los resultados		1.000 €
Total ayuda solicitada		9.200 €