

PREMI DE RECERCA EN ATENCIO PRIMARIA 2010

Títol: Grau de distrés, somatitzacions i creences sobre salut i malaltia en pacients immigrants recents a les consultes d'atenció primària de Catalunya. Definició de les competències dels professionals sanitaris per al maneig més efectiu d'aquests casos.

1. RESUM DEL PROJECTE:

Objectiu

El projecte te dos objectius delimitats: 1. Conèixer els diferents estressors, el grau de distrés percebut i la repercussió en termes de malestar i somatitzacions que tenen les comunitats immigrants més grans en el nostre medi. S'estudiarà la relació que tenen aquestes manifestacions somàtiques amb les creences sobre salut i malaltia particulars a cada grup i com s'associen amb els seus processos d'emmalaltir i de cerca d'ajuda del sistema sanitari. 2. Identificar les eines de competència que haurien de tenir els professionals sanitaris per atendre aquests motius de consulta.

Mètodes

Estudi observacional, transversal, multicèntric, qualitatiu-quantitatiu en una mostra de 980 persones dels cinc grups de població immigrant resident a Catalunya (magrebins, subsaharians, americans andins, indostànics i xinesos). Es recolliran dades sociodemogràfiques i mitjançant tres escales, es mesuraran estressors, grau de distrés percebut i patrons presents de manifestacions somàtiques. S'utilitzarà metodologia quantitativa en base a un qüestionari dirigit a indagar sobre el seu sistema de creences a l'entorn de la salut i la malaltia. Per a l'estudi d'opinions dels professionals s'emprarà metodologia qualitativa: a) Entrevistes individuals centrades en incidents crítics, b) Realització d'un grup focal i anàlisi del contingut del discurs i c) Qüestionari in situ.

Resultats esperats

S'espera un nivell d'estrès crònic alt entre les diferents comunitats d'immigrants recents i que aquest covariï amb el grau de somatitzacions. El sistema de creences estarà relacionat amb el tipus i grau de les somatitzacions presentades i amb la utilització del sistema sanitari. Aquest estudi permetrà conèixer millor aquestes poblacions i pot ajudar a millorar la comprensió i l'eficàcia dels professionals sanitaris tant pel que fa a la prevenció, la comunicació, el maneig terapèutic i la gestió de recursos.

2. INTRODUCCIÓ I ANTECEDENTS DEL PROJECTE

Les consultes de medicina de família i de pediatria de tota Catalunya, atenen a una població nombrosa de persones que han arribat al país recentment. Es calcula que actualment hi viuen de manera estable més d'un milió de persones vingudes en els darrers deu anys¹. Són de procedències distintes, amb llengües i cultura diverses i amb una manera diferent (i sovint molt diferent) d'entendre la seva salut i explicar l'origen de les seves malalties^{2,3}.

El perfil de l'immigrant en el nostre medi és conegut. Són en general individus joves que provenen de països en vies de desenvolupament^{4,5}, que ja han patit distrés psicosocial en el seu lloc d'origen i que en el procés d'arribada al nou país hoste han d'enfrontar un repte d'adaptació enorme. Per tant inicialment, tots tenen en comú l'alt nivell de distrés a que estan sotmesos^{6,7,8}. El distrés es pot definir com l'estrès viscut de forma desagradable, normalment per la percepció de que les exigències a que es veu sotmès l'individu, superen amplament els recursos per afrontar-les⁹. En el cas de la majoria d'immigrants, són molts els factors que conflueixen. A l'estrès agut inicial pel canvi d'hàbitat i les difícils condicions que es troben a l'arribar, amb freqüència decebedores i sovint diferents a les que s'esperaven, s'afegeix posteriorment un estrès crònic intens, que els posa en dificultats psicològiques serioses per l'inevitable procés d'adaptació abans esmentat^{10,11}. Encara més endavant, apareixen nombrosos problemes que s'hi van afegint, com l'aïllament, el desarrelament, la manca d'integració, l'aculturació, la discriminació i actualment l'atur i la manca dels mínims recursos econòmics, etc,¹² que tenen repercussió directe sobre el seu estat de salut. Afegit a tot l'anterior també s'han de considerar els condicionants d'higiene, amb freqüència deficientes com ara les condicions de vivenda, l'absència de suport familiar i social, un clima i aliments diferents, els hàbits tòxics que porten d'origen o adquireixen aquí, etc,¹³ que donen com a resultat que la principal patologia consultada entre aquesta població sigui reactiva o d'adaptació especialment expressada per estats d'ànim ansiosos i/o depressius i molts d'ells, mitjançant somatitzacions. Aquestes somatitzacions són les manifestacions corporals amb símptomes i signes a vegades intensos i no explicables per malaltia física i que tenen com a origen principal el distrés psicosocial. Els estudis fets arreu del món coincideixen en que al voltant del 50% dels immigrants pateixen o patiran aquests problemes^{14,15,16}. En el nostre context els estudis fets sobre motius de consulta d'aquest grup a l'atenció primària també apunten en aquest sentit^{2,17,18}.

Així, les nombroses consultes per trastorns del son, miàlgies, cefalees, impotència, dolors abdominals o toràcics serien exemples de símptomes de sofriment psicosocial que sovint els pacients no relacionen amb les pressions que pateixen i que són naturalment interpretats amb el seu particular patró de comprensió i la seva simbologia del fet d'emmalaltir dins del seu marc cultural d'origen. En un percentatge de casos aquest malestar psicològic desemboca en una depressió franca¹⁹ i en altres en un estat que algun autor ha definit com a desmoralització²⁰. En tots els casos, aquestes dificultats provoquen correlats somàtics que són els que els porten a buscar algun tipus d'ajuda, sovint al sistema sanitari.

Els professionals d'atenció primària són especialistes en somatitzacions. Al voltant d'un terç de la població general que consulta amb símptomes físics no presenten cap patologia orgànica²¹.

Aquest tipus de consultes són generalment frustrants tant pel professional com pel pacient. El metge de família (MF) no es treu del tot l'angúnia de que se li pot escapar alguna cosa seriosa en estadi primerenc, que la persona pot estar buscant un avantatge del sistema o bé fins i tot si aquestes consultes es repeteixen sovint, pot aplicar la perillosa i iatrogènica etiqueta de pesat i indesitjable²². D'altra banda, en molts casos, el metge i el pacient tenen un profund desacord sobre les causes, significat, seriositat i tractament dels símptomes²³, que en el cas de la població immigrant es pot veure agreujat tant per barreres lingüístiques com culturals.

Per tant, a la dificultat de maneig que representa un pacient amb somatitzacions s'hi afegeix un altra encara major, quan la consulta es feta per una persona immigrant. A la dificultat lingüística cal sumar la manca de coneixements que té el professional del marc cultural i la idea de com s'emmalalteix que té el pacient²⁴ el que complica enormement la comprensió del fenomen consultat i també de l'orientació terapèutica que es pugui realitzar. Les somatitzacions tenen un fort component cultural i estan condicionades per elements com ara la religió, les creences i mites sobre l'origen i aparició de les malalties, o els valors propis de cada comunitat²⁵. Els escassos estudis existents en el nostre medi apunten a que el trastorn per somatització és més prevalent entre la població immigrant, que una bona part de les consultes que es realitzen són per aquest motiu, però que paradoxalment són infractades respecte al grup de població autòcton. En un estudi proper, un 32.1% dels autòctons rebia tractament versus un 19.8% dels consultants immigrants²⁶.

La idea que ha motivat la realització d'aquest projecte és la de conèixer millor els diferents estressors que sofreixen els immigrants, els seu grau de distrés i els patrons d'expressió somàtica per comparar-los entre

grups ètnics en les comunitats més representades a Catalunya, i fer una aproximació al significat atribuït a les seves queixes amb la finalitat de millorar el nivell de comprensió i eficàcia tant en la comunicació com en el maneig terapèutic. A la lum d'aquesta informació s'estudiaran les opinions del professionals sobre les competències més importants que han de desenvolupar els professionals de la salut per atendre eficientment aquestes demandes^{27,33}

3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

Hipòtesi general

S'espera que el nivell d'estrés crònic sigui alt entre les diferents comunitats d'immigrants recents i que es correlacioni positivament amb el grau de somatitzacions. Els símptomes explicats i les atribucions que faran d'aquests símptomes variaran d'un grup ètnic a un altre, amb diferències per edat i sexe. El sistema de creences estarà relacionat amb el tipus i grau de les somatitzacions presentades i en la utilització del sistema sanitari. Els professionals definiran competències en el maneig d'aquests pacients no especificades ni en la formació del pregrau ni del postgrau.

Hipòtesis específiques

Els estressors psicosocials dels immigrants seran comuns a tots els grups

El nivell de distrés i les somatitzacions covariaran positivament

El pic de distrés es produeix al voltant del segon any de residència

Les atribucions de malaltia són diferents en cada ètnia però a més gran nivell d'instrucció, els resultats tendiran a convergir

Les localitzacions dels símptomes somàtics són diferents per ètnies però tenen un comú denominador dintre de cadascuna

Es trobaran diferències en el distres percebut i tipus de somatitzacions per edat i sexe dintre de cada comunitat estudiada

Es definiran competències professionals per a una millor avaluació i maneig d'estressors, situacions d'estrès i somatitzacions.

Objectius generals

Conèixer els diferents estressors que tenen les comunitats immigrants més grans al nostre país, el seu grau de distrés i la seva relació amb els condicionants culturals propis de cada grup que puguin tenir alguna

implicació en els seus processos d'emmalaltir, amb atenció especial a les atribucions que fan dels seus símptomes i el seu correlat somàtic. Definir les competències professionals més ad hoc.

Objectius específics

Els objectius específics de l'estudi quantitatiu poblacional són (estudi 1):

1. - Avaluat el grau de distrés percebut que tenen una mostra d'individus de 5 comunitats d'immigrants: magribins, subsaharians, sud-americans, indostànics i xinesos.
2. - Avaluat l'autopercepció de situacions estressores en la seva vida diària.
3. - Avaluat el nivell i tipus de somatitzacions per comunitats, edat i sexe.
4. - Identificar els principals perfils de risc

Els objectius específics de l'estudi qualitatiu poblacional són (estudi 1):

1. - Conèixer els mites i simbolismes entorn dels símptomes i malalties d'aquests col·lectius.
2. - Conèixer els factors protectors per a la salut atribuïts en cada comunitat.
3. - Estudiar les diferències entre subjectes somatitzadors i no somatitzadors (origen, nivell distrés, búsqueda d'ajuda, etc.)

Els objectius específics de l'estudi qualitatiu en professionals són (estudi 2):

1. Conèixer els factors de competència professional susceptibles de millora en quatre eixos: 1) consciència cultural i humilitat, 2) coneixement i habilitats culturals, 4) detecció de situacions clíniques relacionades amb estrès i 5) maneig clínic de les somatitzacions consultades

4. METODOLOGIA

Per a l'estudi 1.

Disseny

Aquesta investigació consisteix en un estudi observacional, transversal i multicèntric, qualitatiu-quantitatiu entre població immigrant resident a Catalunya.

Àmbit d'estudi:

Atenció Primària. 6 Centres d'Atenció Primària de Comarques del Maresme, Barcelonès, Vallès Oriental amb un alt percentatge de població immigrant.

Subjectes d'estudi:

La població compresa per tots els immigrants de les comunitats escollides de més de 18 anys i menys de 80, arribats a Europa en els darrers 10 anys. Les 5 comunitats d'immigrants que s'estudiaran seran: magrebins (persones provinents de Marroc, Tunis, Algèria), subsaharians (persones provinents de Senegal, Gàmbia, Mali), sud-americans (persones provinents de Bolívia, Equador, Colòmbia), indostànics (persones provinents de Pakistan, Afganistan, Bangladesh) i xinesos.

Criteris d'inclusió:

1. Homes i dones immigrants entre 18 i 80 anys provinents del Marroc, Tunis, Algèria, Senegal, Gàmbia, Mali, Bolívia, Equador, Colòmbia, Pakistan, Afganistan, Bangladesh i Xina. 2. Portar entre 6 mesos i 10 anys vivint a Europa. 3. Haver visitat el seu CAP alguna vegada. 4. Acceptar participar en l'estudi i signar el consentiment informat.

Criteris d'exclusió:

No acceptar participar en l'estudi. Tenir algun tipus de dificultat de comunicació malgrat la presència d'un mediador cultural, que no permeti obtenir dades fiables.

Tamany de mostra:

Acceptant un risc alfa de 0,05 per una precisió de +/- 7% i per una prevalença estimada d'immigrants amb distrés del 50% (cas de màxima indeterminació), cal una mostra aleatòria poblacional de 196 immigrants representant de cada comunitat. Això suposa un total de 980 individus. Es farà un mostreig aleatori estratificat per comunitats d'immigrants no proporcional.

De cara a l'anàlisi qualitatiu es seleccionaran, per conveniència, a almenys 2 individus de cada estrat format per comunitat, sexe, edat (<35 anys, >35 anys) i temps de residència (<2 anys, > 2anys), o sigui $2 \times 5 \times 2 \times 2 = 80$ entrevistes com a mínim fins arribar a la saturació d'informació.

Variables

Full de dades generals: origen (país i comunitat), edat, sexe, nivell d'instrucció, religió, estat civil i nombre de fills, convivents, anys d'immigració (anys que porta residint a Europa), ocupació actual, situació laboral (regular/irregular) i si entén o parla algun dels idiomes oficials de Catalunya.

Les variables dependents, per la part quantitativa, seran avaluades amb els següents instruments en castellà:

- Escala de fonts de distrés del Demographic Psychosocial Inventory (DPSI)²⁸, adaptada. Escala de 30 ítems que investiguen les facetes de la vida quotidiana que poden causar distrés com problemes de vivenda, familiars, de llenguatge, clima etc. Té bones puntuacions de consistència interna i una bona correlació amb el BSI.

- Brief Symptom Inventory (BSI)²⁹. Consta de 46 ítems que es responen en una escala tipus Likert de 5 punts d'un llistat de símptomes psicològics. Permet detectar nivells de distrés percebut, així com manifestacions psicològiques i somàtiques reactives a situacions estressores. És un test traduït i validat al castellà i que té unes bones puntuacions tant de fiabilitat com de validesa.

- Somatic Symptom Inventory (SSI)^{30,31}. Breu qüestionari de 26 ítems sobre símptomes somàtics que presenta una bona discriminació entre formes de somatització moderades i greus.

Cada escala donarà com a resultat una variable quantitativa continua i una variable categòrica ordinal.

Per la part qualitativa:

- A partir d'un qüestionari semiestructurat, s'afavorirà la lliure narrativa dels subjectes, de les seves percepcions sobre preocupacions més importants, malestars i malalties, i sobre el seu sistema de creences en l'entorn de la salut i la malaltia. Aquesta part de l'entrevista serà audiogravada i posteriorment transcrita per a l'anàlisi de contingut. Aquesta anàlisi de la narrativa dels subjectes es realitzarà en base a la tècnica de la Grounded Theory³² de la metodologia qualitativa.

Prova Pilot

Es realitzarà una prova pilot prèvia amb una mostra reduïda de la població que investigarem. Aquests casos quedaran exclosos de l'estudi principal amb la finalitat de no contaminar-lo. Aquesta prova permetrà verificar la fiabilitat i validesa dels instruments, incrementar les habilitats dels investigadors entrevistadors, així com estandarditzar la manera com es realitza l'entrevista i comprovar els possibles problemes que puguin sorgir durant el treball de camp, com per exemple les durades de cada entrevista o els problemes de comunicació. Les entrevistes seran totalment homologables a les que es faran en l'estudi principal, i comptaran amb l'ajut dels mediadors culturals dels centres on es dugui a terme la prova pilot.

Recollida de dades

Per a l'estudi principal es reclutaran 10 estudiants d'últim any o de Màster de Psicologia de la Salut de la FPCE Blanquerna (URL) i se'ls citarà per a realitzar un entrenament acurat en base als resultats de l'estudi pilot. Posteriorment es repartiran pels diferents CAPs assignats i reclutaran subjectes a l'atzar en base a un llistat que se'ls administrarà amb l'estratificació feta per edat, sexe i origen. Les entrevistes es faran conjuntament amb els mediadors culturals de cada comunitat en un lloc tranquil que proporcionarà cada CAP..

Anàlisi estadística

Per l'anàlisi quantitativa, un cop depurades les dades i amb el software estadístic Stata versió 11, es realitzarà una anàlisi descriptiva univariant per a cada una de les variables, freqüència i percentatge per a les variables categòriques i mitjana i desviació estàndard per a les variables quantitatives. Per a cada una de les 3 escales (DPSI, BSI i SSI) es donarà la puntuació mitjana i desviació estàndard de manera global i per cada una de les 5 comunitats. També es tractaran les 3 escales com a variables categòriques. S'avaluarà la relació bivariant entre la puntuació de cada una de les escales amb la resta de les variables definides mitjançant l'anàlisi de la variança per les diferències entre mitjanes quan es tracti d'una variable quantitativa i una categòrica, i mitjançant la prova χ^2 per les comparacions de proporcions quan es tracti de dues variables categòriques. Es farà regressió lineal múltiple per a les 3 escales, per tal de determinar quines dades generals s'associen a tenir puntuacions altes (majors nivells de distrés i somatització), agafant com a variable dependent la puntuació de cada una de les escales i com a variables independents els possibles factors associats, ajustats mútuament entre sí. Quan es tractin les puntuacions de les escales com a variables categòriques s'usarà regressió logística polinòmica. Es realitzarà anàlisi de correlacions entre les escales mitjançant el coeficient de correlació de Pearson per mesurar la relació lineal entre les puntuacions.

Per l'anàlisi qualitativa, s'analitzaran les dades qualitatives en dos temps: mitjançant prova d'anàlisi de contingut i la metodologia de triangulació i judici d'experts; amb transformació quantitativa de les dades per al seu tractament quantitatiu, seguint la metodologia de Grounded Theory³² i el programa *Atlas Ti*.

Per a l'estudi 2 : A partir de les dades obtingudes en l' estudi 1 es dissenyaran les guies de la recerca qualitativa de l'estudi 2, que constarà de tres fases:

Entrevistes individuals (EI) centrades en incidents crítics.

Es cercaran 40 professionals sanitaris (10 infermeres, 10 metges assistencials i 5 directius d'atenció primària i 5 treballadors socials) que estiguin treballant en centres assistencials d'atenció primària del Maresme i que voluntàriament vulguin participar en l'estudi. Se'ls faran entrevistes semiestructurades individualitzades, d'una durada d'entre 30 i 90 minuts. A partir del dossier (resultats estudi 1) que hauran estudiat previament, es plantejarà un incident crític relacionat amb el motiu de la recerca i s'afavorirà la lliure narrativa de cada entrevistat.

Realització d'un grup focal (GF) i anàlisi del contingut del discurs

Els participants en el GF seran convocats a una sessió, que serà conduïda per una de les investigadores i un consultor expert en definició i avaluació de competències; tindran una durada aproximada de 4 hores i seran audiogravades, prèvia autorització dels participants. Un auxiliar d'investigació realitzarà anotacions i recopilarà el material generat durant la sessió de treball (pissarra, wallpaper, anotacions dels participants). El punt de partida per al treball del GF serà el llistat inicial de competències interculturals obtingut després de l'anàlisi del contingut de les EI.

Qüestionari in situ

Es tractarà de respondre el qüestionari, generat arran de l'anàlisi de la informació produïda a través de les dues tècniques anteriors, per part d'algunes de les persones participants en les entrevistes individuals en profunditat. Aquestes noves entrevistes permetran la triangulació. Aquesta tècnica permetrà corregir terminologia i revisar l'efecte que el qüestionari pot haver tingut en el subjecte. Conduirà aquesta tècnica una de les investigadores del projecte i, prèvia autorització dels participants, també s'audiogravarà aquestes entrevistes. La gravació d'aquest comentaris es tractarà com si fossin sessions grupals.

5. PLA DE TREBALL

La seqüència d'activitats desenvolupades a nivell individual (I), equip (*EAP), equip *Blanquerna (*EBLQ) equip UAB (*EUAB) o per la totalitat de l'equip investigador (*EI) es detalla a continuació, seguint l'esquema Tasca-Descripció-Mes (M)-Responsable. Els mesos transcorreguts són a partir de la recepció de l'ajuda. Per exemple, M1-M3 indica una activitat a realitzar-se en el primer trimestre de l'estudi. El

projecte es durà a terme en 18 mesos.

FASE 0 – PREPARACIÓ

Tasca 1. Recerca i actualització material bibliogràfic. (M0). *EI.

Tasca 2. Elaboració del protocol pilot d'investigació (M0). *EBLQ

Tasca 3. Selecció i formació personal entrevistes pilot (M0). *EBLQ

Tasca 4. Contacte amb Gerències i Centres de *AP (M0). *EAP.

Tasca 5 . Prova pilot. Estudi 1 (M1).*EI

Tasca 6. Validació i construcció definitiva dels qüestionaris. (M2). *EI

Tasca 7 . Elaboració protocol definitiu (M3). *EI

Tasca 8. Reunió investigadors i directors centres participants. Consensuar circuits, fixar seqüència activitats, identificar i resoldre problemes logístics (M3-M4). *EAP

Tasca 9. Definició de la mostra. Llistat per a cada investigador. Suport informàtic.(M4) *EI

Tasca 10 . Selecció investigadors de camp. Elecció dels millors candidats entre estudiants de Psicologia.

Formació en investigació qualitativa i en el protocol de treball de camp. (M4-M5). *EBLQ

FASE 1 - TREBALL DE CAMP ESTUDI 1.

Tasca 11. Realització entrevistes en centres d'Atenció Primària de la província de Barcelona. Informació a pacients, consentiment informat. (M5-M9) *EAP

Tasca 12. Introducció dades dels qüestionaris i anàlisis de dades qualitatives. (M6-M10).*I

Tasca 13. Control i depuració de la base de dades (M10). *I

Tasca 13. Anàlisi estadística (M10-M11). *I

FASE 2 – ESTABLIMENT DE CONCLUSIONS ESTUDI 1 I TREBALL CAMP ESTUDI 2

Tasca 14. Anàlisi de resultats. Noves anàlisis estadístiques. **Informe intermedi** (M11-M12). *EI

Tasca 15. Conclusions i definició de perfils de risc i definició qüestionaris estudi 2 (M12-M14). *EI/EUAB

Tasca 16. Entrevistes i reunions grupals Estudi 2. (M15-M17). *EUAB

Tasca 17.. Anàlisi i integració dels resultats estudi 1 +2. Presentació de resultats. (M18).*EI

Tasca 18. Memòria final i Redacció d'originals estudi 1 i 2 per a la seva publicació en revistes d'impacte.

6. APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA DE L'ESTUDI

Considerant que el nombre total de visites que es produeixen a l'atenció primària per part de població immigrant ja té un pes notable en el total de la feina assistencial en aquest nivell, un millor coneixement d'aquestes pautes per part dels professionals de l'atenció primària ha de permetre un maneig terapèutic més adequat, estalviar temps al professional i probablement proves complementaries inútils al poder situar les queixes somàtiques consultades en el seu context psicosocial pertinent. L'objectiu final no es altre que millorar la qualitat de l'atenció i l'eficiència del sistema. Cal considerar també la importància de tenir especial cura d'aquesta primera generació de nous immigrants en tots els aspectes psicosocials possibles, doncs d'això en depèn directament el nivell d'integració o desintegració personal i social de la segona generació. Un bon sistema sanitari i social haurà de tenir molt en compte aquests factors. És per tant una informació rellevant per quan es pot fer aplicació immediata en les consultes i a mig termini en accions preventives i de promoció de la salut. Aquest estudi seria el primer pas cap a una definició de nous objectius pedagògics que implicarien tots els nivells dels sistemes d'atenció com el social, el sanitari i l'educatiu envers la capacitat de tots els treballadors en aquest repte actual. El segon pas seria la seva implantació en els diferents currícula dels professionals implicats.

7. FINANÇAMENT

7.1. L'equip investigador sol·licita un pressupost de 30.000 euros. Es contractaran els serveis de 4 entrevistadors i 3 facilitadors per a l'estudi pilot, més 10 entrevistadors per a l'estudi principal més 8 facilitadors culturals que els acompanyin. Cada entrevistador cobrarà per entrevista feta i lliurada correctament. Per tant, si s'han de fer 40 (prova pilot) +980 entrevistes, a 10 € cadascun, es pressuposten 10.200 € per a aquest concepte.

Els facilitadors culturals hauran de fer 30 (prova pilot)+ 784 acompanyaments (tots els grups excepte als sud-americans), a 10 € cada un, es pressuposten 8.140 € per a aquest concepte.

Es pressuposten 2.500 € per a la creació de la base de dades i introducció de les dades (125 h a 20€/h).

Es pressuposten 2.000 € per als manuals i instruments psicomètrics i 600 € per a material fungible d'oficina.

Els costos de publicació en revistes electròniques amb els resultats es pressuposten en 2.500 €.

Per a l'anàlisi qualitativa es requereix l'adquisició de llicències del programa informàtic 900 €:

Són precisess 10 audiograbadores per recollir les entrevistes (80€/grabadoraX 10 =800 €).

Ordinador portàtil per facilitar la introducció, maneig i manteniment de la base de dades i discs externs per a emmagatzemament i còpies de seguretat del material audiograbado, es pressuposten un ordinador portàtil amb el programari corresponent i dos discs externs de capacitat alta (1.000 €)

Finalment pressupostem 3.360€ per despeses derivades de l'organització de entrevistes i grups focals per l'estudi 2.

MATERIAL INVENTARIABLE	
- 10 audiograbadores	800€
- Ordenador portàtil i discs externs d'emmagatzemament i còpia seguretat	1.000€
MATERIAL FUNGIBLE, SOFTWARE i BIBLIOGRAFIA	
- Material d'oficina	600€
- Manuals i exemplars de les escales	2.000€
- Llicències software anàlisi qualitativa	900€
- Publicació revistes electròniques open	2.500€
CONTRACTACIÓ SERVEIS	
- 4+ 10 entrevistadores entrenades	10.200€
- 3+ 8 mediadores/facilitadores culturals	8.140€
- Creació de la base de dades i introducció de les dades 125h a 20€/h	2.500€
- Entrevistadors/dinamitzadors i altres despeses estudi 2	3.360€
TOTAL	32.000€

7.2 Aquest grup de recerca compta amb la col·laboració de l'Universitat Ramon Llull i l'IDIAP, que destinaran una aportació econòmica en concepte de preparació i impartició dels cursos de formació dels membres de l'equip investigador que realitzarà el treball de camp, així com per a altres despeses previstes com fungibles, i part de viatges i dietes no contemplats en aquest pressupost. Aquest projecte també te ajut logístic de la Universitat Autònoma de Barcelona per al segon estudi.

S'han demanat altres ajuts en diferents convocatòries nacionals i internacionals actualment pendents de resolució.

8. BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.IDESCAT.cat> Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Web de l'estadística oficial de Catalunya [Internet]. Disponible a: <http://www.idescat.cat>
2. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 Suppl 1:9-25
3. Achotegi J. Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Vertex.* 2005;16(60):105-113
4. Rodríguez L. Inmigración y salud, una realidad con múltiples aristas. *El Médico.* 2009;11:18-25
5. Puigpinós R, Villegas R, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. La Salut de la població a Catalunya. A: Larios MJ, Nadal M (ed). *El paper de la immigració. L'estat de la immigració a Catalunya. Anuari* 2007. Barcelona: Editorial Mediterrània. Fundació Jaume Bofill. Col·lecció Polítiques. 2008;67:305-34
6. Markovizky G. The process of Immigrant Adjustment. *J Cross-Cultural Psychology.* 2008;39(6):782-98
7. Aroian KJ, Norris AE, Patsdaughter CA, Tran TV. Predicting psychological distress among former soviet immigrants. *Int J Soc Psychiatry.* 1998;44(4):284-94
8. Ponizovsky A, Ginath Y, Durst R, Wondimeneh B, Safro S, Minuchin-Itzigson S, et al. Psychological distress among Ethiopian and Russian Jewish immigrants to Israel: a cross-cultural Study. *Int J Soc Psychiatry.* 1998;44(1):35-45
9. Cebrià J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Comentario editorial. *Aten Primaria.* 2003;31(9):572-74
10. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en emigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc).* 2002;118(5):187-91
11. Tizón JL. Migraciones y salud mental. *Gac Sanit.* 1989;3(14):527-9
12. Seguí M. El inmigrante en la consulta del medico de cabecera. *Semergen.* 2005;31:505-7
13. Achotegi J. Inmigrantes en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. *El Médico.* 2004;7 mayo:18-20
14. Piccinelli M, Simon G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med.* 1997;27(2):433-44
15. Pang KY, Lee MH. Prevalence of depression and somatic symptoms among Korean elderly immigrants. *Yonsei Med J.* 1994;35(2):155-61
16. Ben-Noun L. Chronic diseases in immigrants from Russia (CIS) at a primary care clinic and their sociodemographic characteristics. *Harefuah.* 1994;127(11):441-5, 504-5
17. Esteban y Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria.* 2001;27(1):25-8
18. Sanchez RE, Sot M, Prez N, Alonso FJ, De Castro C, Garcia MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del area de salud de Toledo. *Semergen.* 2005;31:408-12
19. Ochoa E, Vicente N, Lozano M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp.* 2005;205(3):116-18

20. Gutkovich Z, Rosenthal RN, Galynker I, Muran C, Batchelder S, Itzhaki E. Depression and demoralization among Russian-Jewish immigrants in primary care. *Psychosomatics*. 1999;40(2):117-25
21. Junod Perron N, Hudelson P. Somatization: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Fam Pract*. 2006;7:10
22. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Ediciones SEMFYC, 2004
23. Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Willard JC, Momany ET. Unexplained symptoms in primary care: Perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(3):144-52
24. Espina J. El fenomen de la immigració en l'atenció primària. *Ausa-XXIII*. 2007;159:171-181
25. Ethnicity, Immigration, and psychopathology, edited by Ihsan Al-Issa and Michel Tousignant. Plenum Press, New York, 1997
26. Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nada Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria*. 2002;29(1):6-13
27. Blue AM, Charles L, Fleming D. Developing a Culture and Diversity Curriculum: An Integrated Approach. *The Open Medical Education Journal* 2009 ;2:21-5
28. Ritsner M, Rabinowitz J, Slyuzberg M: The Demographic Psychosocial Inventory (DPSI): a new instrument to measure risk factors for adjustment problems among immigrants. *Refugee*.1995;14(9):8-15
29. Ruipérez MA, Ibáñez MI, Lorente E, Moro M, Ortet G. Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *Eur J Psychol Assess*. 2001;17(3):241-50
30. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: Hypochondriasis: an evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:493–500
31. Ritsner M, Ponizovsky A, Kurs R, Modai I. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *Am J Psychiatry*. 2000;157(3):385–92
32. Glaser, B.J. & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine. Mason, J. (2002) *Qualitative researching*. Londres: Sage
33. Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009; 23(5):396-402

NOMS I COGNOMS DE L'IP I EQUIP INVESTIGADORS

Investigador principal

Cognoms: Toran Monserrat
Organisme: Institut Català de la Salut
Metge

Nom: Pere
Centre: CAP Gatassa- USR

Investigadors

Cognoms: Cebrià Andreu
Organisme: Institut Català de la Salut
Metge

Nom: Jordi
Centre: CAP Sant Miquel. Gran.

Cognoms: Arnau Figueras
Org: Departament Educació Generalitat
Metge

Nom: Josep
Centre: Serveis Territorials Vallès Occ.

Cognoms: Segura Bernal
Organisme: Universitat Ramon Llull
Professor titular

Nom: Jordi
Centre: FPCEE Blanquerna

Cognoms: Massons Cirera
Organisme: Institut Català de la Salut
Metge

Nom: Josep
Centre: CAP Ronda Prim. Mat

Cognoms: Espinasa Rifà
Organisme: Institut Català de la Salut
Metge

Nom: Josep
Centre: CAP Sant Miquel. Gran

Cognoms: Limón Ramírez
Organisme: Institut Català de la Salut
Metgessa

Nom: Esther
Centre: CAP Ronda Prim. Mat

Cognoms: Montero Alía
Organisme: Institut Català de la Salut

Nom: Juan José
Centre: CAP Rocafonda Mataró Metge

Cognoms: Pérez Téstor
Organisme: Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer/ Universitat Ramon Llull
Metge Psiquiatre

Nom: Carles

Cognoms: Pera Blanco
Organisme: IDIAP Jordi Gol
Estadístic-Metodòleg

Nom: Guillem
Centre: USR Metropolitana Nord

Cognoms: Muñoz Ortiz
Organisme: IDIAP Jordi Gol

Nom: Laura
Centre: USR Metropolitana Nord

Estadístic-Metodòleg

Cognoms: Palma Sevillano
Organisme: Universitat Ramon Llull
Doctora en Psicologia

Nom: Carolina
Centre:FPCEE Blanquerna

Cognoms: Segarra Gutiérrez
Organisme: Universitat Ramon Llull
Màster Oficial en Psicologia Clínica i de la Salut. Becari Recerca Blanquerna

Nom: Gerard
Centre: FPCEE Blanquerna

Cognoms: Mir Labalsa
Organisme: ICS
T treballadora Social

Nom: Victòria
Centre:CAP Premia de Mar

Cognoms: Corbella Santomà
Organisme: Universitat Ramon Llull
Doctor en Psicologia. Professor Associat

Nom: Sergi
Centre: FPCEE Blanquerna

Cognoms: Barreiro Monta
Organisme: Institut Català de la Salut

Nom: Maica
Centre: CAP Rocafonda Mataró Metgessa

Cognoms: Santamaria Bayes
Organisme: Institut Català de la Salut
Infermera

Nom: Sandra
Centre: CAP Rocafonda Mataró

Cognoms: Martínez González
Organisme: Universitat Autònoma Barcelona
Professora titular

Nom: Maite
Centre: Facultat Psicologia

Cognoms: Pallarés Parejo
Organisme: Universitat Autònoma Barcelona
Professora titular

Nom: Susana
Centre: Facultat Psicologia

2. EXPERIÈNCIA DE L'EQUIP INVESTIGADOR

L'estudi que presentem es ambiciós i inèdit. Per a poder-lo dur a terme hem reunit investigadors de diverses institucions amb una trajectòria individual de producció científica consistent i que ja han desenvolupat tasques de recerca conjuntes en nombroses ocasions. El resultat és la formació d'aquest grup que té com a objectiu consolidar línies de recerca dins l'àmbit de l'atenció primària i immigració dins d'un enfocament biopsicosocial. Es per aquesta raó que el grup es multidisciplinari i inclou treball social, infermeria, medicina familiar, psicologia i psiquiatria, a més d'un investigador de l'àmbit de l'educació. L'equip tindrà el suport de la facultat de psicologia Blanquerna que proporcionarà recolzament econòmic i logístic (els estudiants de 4t i màster per a realitzar el treball de camp) . Cal esmentar especialment el grup comunicació i salut, grup consolidat per l'AGAUR ja que els seus membres s'implicaran intensament en aquest estudi, especialment en l'anàlisi de dades. Per altra banda disposarem del suport del departament de psicologia social de la UAB i el suport logístic de l'IDIAP, especialment de la USR Metropolitana Nord. L'equip funcionarà com un tot en l'etapa de preparació dels estudis però es formaran subgrups de treball en el cas del treball de camp dels estudis a la població immigrant i a professionals. L'estudi té una part quantitativa i una important part qualitativa que requerirà el concurs dels membres experts en aquest camp de l'equip tant en la part exploratòria com d'interpretació de les dades. Comptem amb especialistes tant de la Universitat Ramon Llull com de l'autònoma de Barcelona i metodòlegs que aporta la IDIAP. Per aquests motius creiem que aquesta iniciativa col·laborativa entre sistema sanitari i universitats garanteix amb escreix una recerca de qualitat i l'obtenció de resultats vàlids, fiables i sobretot útils.