

Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el Funcionamiento Social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental

Influence of self-stigma or Internalized Stigma in the Social Functioning and Social Support in Patients with Mental Illness treated at the Therapeutic Community Mental Health

Autoras: Lorena Pérez Brenes (1); Eva Utrera Caballero (2); María José Lopera Arroyo (2).

Dirección de contacto: lorenaperezbrenes@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Pérez Brenes L, Utrera Caballero E, Lopera Arroyo MJ. Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el Funcionamiento Social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. NURE Inv [Internet]. Sept-Oct 2014.[citado día mes año];11(72):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE72_proyecto_estigma.pdf

Fecha recepción: 31/07/2013

Aceptado para su publicación: 22/10/2013

Resumen

Introducción. El autoestigma es un proceso subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (sobre sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental pudiendo influir negativamente en el tamaño y calidad de las redes sociales y, por tanto, del funcionamiento social. **Objetivos.** Determinar si el nivel de Autoestigma de los pacientes con Enfermedad Mental influye en el Funcionamiento Social y en la Percepción de Apoyo Social. **Metodología.** Estudio Descriptivo Transversal en pacientes atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental, donde se medirán entre otras variables, el nivel de Autoestigma o Estigma Internalizado, Funcionamiento Social, Red Social y apoyo Social percibido, mediante los instrumentos Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI), Escala de Funcionamiento Social, y Cuestionario MOS. Para el análisis de los datos, se determinarán medias y desviaciones típicas para variables numéricas y tablas de frecuencia y porcentajes para las no numéricas mediante SPSS y Test de Chi-cuadrado para estudiar la relación de variables cualitativas y coeficiente de correlación de Pearson para las cuantitativas.

Palabras clave

Apoyo social; Funcionamiento social; Autoestigma; Enfermera; Trastorno Mental Grave.

Abstract

Introduction. Self-stigma is a subjective process, embedded in a socio-cultural, characterized by negative feelings (about himself), maladaptive behaviors, identity transformation or application of stereotypes resulting from an individual experience, perception or anticipation of social reactions derived negative mental illness may adversely affect the size and quality of social networks and, therefore, social functioning. **Objectives.** Determine if the level of self-stigma of Mental Illness patients influences the Social Functioning and Social Support Perception. **Methodology.** Transversal descriptive study on patients treated in the Therapeutic Community Mental Health, which measured, among other variables, the level of self-stigma or Internalized Stigma, Social Functioning, Social Network and Social Support perceived by instruments Internalized Stigma of Mental Illness. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI), Social Functioning Scale and MOS Questionnaire. To analyze the data, determine means and standard deviations for numerical variables and frequency tables and percentages for non-numeric using SPSS and Chi-square test to study the relationship of qualitative variables and Pearson correlation coefficient for quantitative.

Key words

Social Support; Social functioning; Self-stigma; Nurse; Severe Mental Disorder.

- Centro de Trabajo:** (1) Investigador Principal. Enfermera. Residente de Enfermería de Salud Mental. UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de Valme.
(2) Enfermera. Residente de Enfermería de Salud Mental. UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de Valme.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Los problemas de salud mental afectan a un gran número de personas generando un alto grado de sufrimiento. En nuestra cultura existen numerosas ideas y creencias erróneas sobre la enfermedad mental que estigmatizan a las personas que la padecen, colaborando a aumentar su sufrimiento y el de sus familias. Esa atribución estereotipada de valores y conductas a estos colectivos les lleva a una situación de discriminación que dificulta, aún más, sus posibilidades de recuperación y de inclusión social (1).

Cómo señala el Libro Verde de la Salud Mental en Europa (2005): *"Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete"* (2).

Organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales. Igualmente, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud considera fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación de quienes la padecen (1, 11).

Se ha definido el estigma como un atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. (3, 4) Otra definición influyente ha sido la de Jones et al. (1984), que propusieron que el estigma puede considerarse como *una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)* (4).

Al referirse al estigma asociado a la enfermedad mental se han diferenciado tres niveles que interactúan entre sí: estructural, social e internalizado. El estigma estructural o institucional se refiere a las discriminaciones existentes a nivel estructural en leyes e instituciones. El estigma social o público se refiere al estigma de la población general respecto a distintos grupos o características de las personas. Finalmente, el autoestigma o estigma internalizado se refiere al estigma que siente cada persona (3).

Livingston y Boyd definen el estigma internalizado como *"un proceso subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sen-*

timientos negativos (sobre sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental" (3).

La escala Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) evalúa la experiencia subjetiva de estigma o el estigma internalizado por aquellos que padecen una enfermedad mental por el hecho de padecerla, esta escala está incluida dentro de la Guía de Detección e Intervención temprana en Psicosis de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, como un instrumento de evaluación psicosocial (4, 12).

La autoestigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda (5).

La lucha contra el estigma se vislumbra como uno de los factores clave de los planes de salud mental en los próximos años. La Declaración de Helsinki (2005) de la OMS en su Conferencia Europea de Ministros ha establecido la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como uno de sus cinco puntos básicos del programa para Europa (4).

Vivir continuamente en una sociedad que ampliamente asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental puede llevar a éstos a internalizar esas ideas y a creer que son menos valiosos a causa de su trastorno psiquiátrico, lo que tal vez sea uno de los efectos más nocivos de estigma. Todo ello condiciona el comportamiento, ya que pueden llevar a la persona a cesar en los intentos de llevar una vida independiente, al aislamiento social o a la limitación de contactos sociales con otras personas que también padecen enfermedad mental (4). En relación a esto, con respecto a las estrategias que utilizan las personas con enfermedad mental de carácter desadaptativo se incluyen, mantener en secreto la enfermedad, retraerse a nivel social, o aislarse como forma de evitar el rechazo (3, 4). Además, la percepción de estigma ha sido identificada con tendencias al aislamiento social y como un obstáculo para la recuperación (3).

Las variables psicosociales en las Enfermedades mentales han sido muy estudiadas y más concretamente la importancia de las variables psicosociales en la esquizofrenia ha sido puesta de manifiesto en las últimas décadas (7). Livingston y Boyd (2010), Llevan a cabo un meta-análisis sobre la investigación en las variables socio-demográficas, psicoso-

ciales y psiquiátricas relacionadas con el estigma internalizado de la enfermedad mental. Revisan la literatura científica hasta el año 2010 y concluyen lo siguiente respecto a las variables con relaciones significativas con el auto-estigma. Variables psicossociales: los estudios revisados encuentran relaciones significativas del estigma internalizado con variables sociales como apoyo social e integración social (3).

En relación al apoyo social, este ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados. Su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida (8). Aunque no hay una definición clara y consensuada de apoyo social. Una de las definiciones más completas es la de Lin, Dean y Ensel (1986), que conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.(8). Es importante diferenciar entre real o percibida, ya que aunque el apoyo pueda ser ofrecido o estar disponible, las personas pueden no percibirlo realmente como tal (9).

Existen algunos cuestionarios y escalas que evalúan el apoyo social y destacamos el cuestionario MOS, validado en población española recientemente por de la Revilla (2005) ya que se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social: emocional/ informacional, afectivo e instrumental) (10).

Igualmente, algunos estudios señalan como el estigma influye negativamente en el tamaño y calidad de las redes sociales y, por tanto, del funcionamiento social (3).

El Funcionamiento Social (FS) es un constructo complejo y multidimensional, que hace referencia a las habilidades de una persona para lograr metas y roles sociales definidos, así como para cuidar de sí misma y disfrutar de su tiempo libre (6,7).

El FS es un factor pronóstico respecto al mantenimiento en la comunidad y la calidad de vida de los/las pacientes (7).

En relación con el Funcionamiento Social (FS), este se presenta como un aspecto esencial en los criterios de la mayoría de los sistemas de clasificación diagnóstica, así como su incorporación a los modelos de vulnerabilidad como una variable clave para el estudio de la evolución de la esquizofrenia, pone igualmente de manifiesto su crucial importancia. (7). La Escala de Funcionamiento Social (Birchwood y cols., 1990), está diseñada específicamen-

te para evaluar aquellas áreas del funcionamiento social que son más cruciales para el mantenimiento en la comunidad de las personas con esquizofrenia. Ha sido usada en algunos estudios de investigación sobre Género y funcionamiento social en esquizofrenia y Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia (6, 7).

También es conocido como el estigma puede convertirse en una barrera de acceso para los usuarios en el cuidado de su salud, el tratamiento, los recursos sociales, la inclusión social y las oportunidades de recuperación (3).

La atención a las personas con trastornos mentales es una prioridad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), tanto por sus elevadas cifras de incidencia y prevalencia, como por el sufrimiento personal y el impacto familiar y social que provocan, y la complejidad y coste de los procesos de tratamiento y rehabilitación (1).

BIBLIOGRAFÍA RELEVANTE

1. Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008.
2. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas: comisión de las Comunidades Europeas; 2005.
3. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E. Estado del conocimiento sobre estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. En: departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológico. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Sevilla; 2011. Pag 41-51.
4. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Ed. Complutense, S. A.; 2009.
5. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2008; 28 (101). Pag 43-83.
6. Jiménez R, Vázquez AJ, Walsman LC. Género y funcionamiento social en esquizofrenia. Papeles del psicólogo. 2000; 75. Pag 27-34

7. Jiménez R, Vázquez AJ, Vázquez R. Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*. 2004; 22(1). Pag 111-120.
8. Barrón A, Sánchez E. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*. 2001. 13(1). Pag 17-23.
9. Martos MJ, Pozo C. Adaptación al español de la «Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad» de Revenson et al., 1991. *Psicothema*. 2011. 23(4) pag 795-801.
10. Revilla L de la, Luna E, Bailón E, Medina I. validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*. 2005; 6(1). Pag 10-18.
11. Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
12. Consejería de Salud. Guía de Detección e Intervención temprana en la Psicosis. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.

HIPÓTESIS

Los pacientes con mayor nivel de autoestigma tienen peor funcionamiento social y menor percepción de apoyo social respecto a los que tienen bajo nivel de autoestigma.

OBJETIVOS

General

Determinar si existe asociación entre el autoestigma o estigma internalizado de los pacientes con enfermedad mental atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM) y el funcionamiento social y el apoyo social percibido.

Específicos

- 1) Conocer el nivel de autoestigma o estigma internalizado de los pacientes atendidos en la CTSM.
- 2) Medir el nivel de Funcionamiento Social de los mismos.

- 3) Describir el apoyo social y medir la red social con la que cuentan los mismos.

- 4) Describir las variables sociodemográficas y clínicas de estos.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio Cuantitativo. Diseño Descriptivo Transversal.

Ámbito de estudio

El presente proyecto se llevará a cabo en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

La Comunidad Terapéutica de Salud Mental es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de media estancia.

Sujetos de estudio

- **Población Diana.** Pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave atendidos por la Comunidad Terapéutica de Salud Mental.
- **Población de Estudio y Muestra.** Pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave, incluidos en la categoría diagnóstica F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, F60.1 (CIE-10) en el centro antes descrito. La población que atiende en estos momentos esta Unidad es de 57 pacientes, pretendiendo seleccionar esta muestra completa.
- **Criterios de inclusión.** Pacientes mayores de 18 años que acepten participar en el estudio.
- **Criterios de exclusión.** Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Variables

- **Independiente.** Estigma Internalizado (ISMI).
- **Dependientes.** Funcionamiento Social (SFS), Red Social y Percepción de apoyo social (Cuestionario MOS).
- **Covariables.** Edad, Sexo, Estado Civil, Convivientes en domicilio, Número de hijos, Pertenencia a asociaciones, Tipo de convivencia, Tratamiento que realiza, Días que acude a CTSM a la semana, Número de hospitalizaciones, Diagnóstico principal, Situación laboral, Nivel de estudios.

Instrumentos

- **Cuestionario sociodemográfico** (realización propia): se evaluarán edad, sexo, estado civil, personas con las que convive, número de hijos, pertenencia a asociaciones, nivel de estudios, situación laboral, tipo convivencia (casa, casahogar, CTSM).
- **Cuestionario clínico** (realización propia): se evaluará el diagnóstico principal, tipo de tratamiento que recibe, número de hospitalizaciones, duración de la enfermedad, número de días que acude a la CTSM en una semana.
- **Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental.** Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI).

Esta escala, que evalúa la experiencia subjetiva de estigma o el estigma internalizado por aquellos que padecen una enfermedad mental por el hecho de padecerla, consta de 29 ítems. Para cada uno de ellos la persona debe indicar en una escala de 4 puntos su grado de acuerdo con la afirmación expresada (siendo 1= muy en desacuerdo, y 4= muy de acuerdo). Los ítems del ISMI se agrupan en 5 factores, que podrían caracterizarse del siguiente modo (8):

- Alineación (en el que puntúan 6 ítems): evalúa la experiencia subjetiva de ser menos que los demás o de tener una identidad deteriorada.
- Asignación de estereotipos (con 7 ítems): evalúa el grado de acuerdo de la persona con una serie de estereotipos comunes acerca de las personas con enfermedad mental.
- Experiencia de discriminación (5 ítems): evalúa la percepción de la persona sobre el modo en que es tratado por los demás.

- Aislamiento social (6 ítems).
- Resistencia al estigma (5 ítems, con puntuación inversa): evalúa los intentos de resistir o no verse afectado por el estigma internalizado.

Para la obtención de puntuaciones en cada uno de los factores se sumaron las puntuaciones de los ítems correspondientes. De este modo, a mayor puntuación, mayor es el valor del factor para la persona.

- **Escala de Funcionamiento Social.** Social Functioning Scale (SFS), en la adaptación de Vázquez Morejón y Jiménez García-Bóveda (2000).

La Escala de Funcionamiento Social, está diseñada específicamente para evaluar aquellas áreas del funcionamiento social que son más cruciales para el mantenimiento en la comunidad de las personas con esquizofrenia. El método de evaluación utilizado se basa en la enumeración de una serie de habilidades y/o conductas sociales básicas. La escala cubre siete áreas:

- Integración/Aislamiento Social.
- Conducta Interpersonal.
- Actividades Prosociales.
- Ocio.
- Autonomía-Ejecución.
- Autonomía-Competencia.
- Empleo/Ocupación.

Permite obtener una puntuación global del funcionamiento social y siete puntuaciones relativas a cada una de las áreas. Las puntuaciones más altas indican siempre un mayor nivel de funcionamiento social.

- **Cuestionario de apoyo social M.O.S.**

(Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991 y validado por de la Revilla en Atención Primaria (2005). Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social: emocional/ informacional, afectivo e instrumental).

- **Red Social**

A través del primer ítem del Cuestionario MOS.

Análisis de los datos

En lo que respecta al análisis de datos, en un primer paso se realizará una depuración estadística de los mismos con métodos gráficos y analíticos para explorar la información y detectar la posible existencia de observaciones aberrantes.

Posteriormente, para describir la información de la muestra, se determinarán medias y desviaciones típicas o, en caso de distribuciones muy asimétricas, medianas y percentiles para las variables numéricas y tablas de frecuencias y porcentajes para las no numéricas. Todos los cálculos estadísticos se realizarán con el paquete estadístico SPSS. Se construirá un modelo de regresión logística para estudiar la asociación de las variables. Fundamentalmente, y en relación con el objetivo principal al tratarse de variables cuantitativas se realizará un análisis mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Limitaciones

Pueden existir sesgos como la deseabilidad social, pudiendo interferir en las respuestas al cuestionario de autoestigma.

Aspectos éticos

Durante el desarrollo del estudio se garantizará la confidencialidad de los datos clínicos de los sujetos incluidos en el estudio, no haciendo uso de la información más que para los fines y objetivos del mismo. Dado el tipo de diseño, se prevé pedir consentimiento informado a los sujetos incluidos en el estudio, informando de los objetivos del mismo, del carácter voluntario en la participación así como de la confidencialidad de los datos que suministra.

Se seguirán los principios éticos de la declaración de Helsinki.

Relevancia científica y sociosanitaria

Los resultados de este estudio podrían permitir diseñar estrategias dirigidas a disminuir el nivel de estigma internalizado en estos pacientes, mediante diferentes programas de intervención y con ello un mejor funcionamiento social favoreciendo una inserción en la comunidad así como mejorar la percepción de apoyo social que tienen estos pacientes.

Permitirá la identificación de factores que influyen en el nivel de autoestigma o estigma internalizado, conocer la percepción de los pacientes acerca del estigma en Salud Mental.

Con este estudio seguimos abriendo las puertas en contra del estigma en Salud Mental y luchamos contra este. Organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales. Igualmente, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud considera fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación de quienes la padecen.

La Declaración de Helsinki (2005) de la OMS en su Conferencia Europea de Ministros ha establecido la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como uno de sus cinco puntos básicos del programa para Europa.

Por último destacar que este estudio puede servir de base para futuras investigaciones en relación que el autoestigma.

PLAN DE TRABAJO

Cronograma de Ejecución

El Cronograma queda detallado en la **Tabla 1**.

Presupuesto

Se puede apreciar el Presupuesto en la **Tabla 2**.

Tabla 1. Cronograma de Ejecución.

Etapa I. Año 1	Meses											
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Búsqueda bibliográfica sobre el tema de Investigación	■	■	■									
Peticiones Bibliográficas Peticiones de artículos Préstamo Interbibliotecario		■	■									
Lectura y Análisis de los textos			■	■	■	■						
Adaptación del marco global de la Investigación					■	■	■					
Informar procedimiento ejecución del estudio						■	■					
Realizar la recogida de variables								■	■	■	■	■

Etapa II. Año 2	Meses											
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Informatización en Base de Datos	■	■	■									
Análisis estadístico de los datos				■	■	■						
Elaboración del Informe preliminar							■					
Discusión de dicho informe								■				
Elaboración de Informe final									■			
Presentación de resultados en Congreso										■	■	
Redacción artículo científico para publicación										■	■	■

Tabla 2. Presupuesto.

		Unidad	Coste unidad	Total (€)
RECURSOS HUMANOS	Analista de datos	1	1.000,00	1.000,00
RECURSOS FUNGIBLES	Material de oficina			1.250,00
OTROS GASTOS	Telefonía/Internet (cuota mensual)	12	100,00	1.200,00
	Desplazamientos (Km) ⁽¹⁾	2.400	0,19	456,00
DIFUSIÓN DE RESULTADOS	Servicio de traducción	1	500,00	500,00
	Inscripción a Congresos ⁽²⁾	1	300,00	300,00
	Desplazamiento (ida/vuelta)	1	350,00	350,00
	Manutención ⁽³⁾	4	53,34	213,36
	Estancia (días)	4	60,00	240,00
SUBTOTAL				5.509,36
IMPREVISTOS	(5% del subtotal)			275,468
TOTAL				5.784,828

(1) Según el RD 439/2007, de 30 de Marzo y que continúa vigente en el ejercicio 2011, se computa 0,19 euros por kilómetro recorrido.

(2) Inscripción al Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.

(3) Según el RD 1804/2008, de 3 de Noviembre y que continúa vigente en el ejercicio 2011, se computa por gastos de manutención 53,34 euros diarios dentro de territorio español y 91,35 euros diarios en territorio extranjero.