

PROYECTO “CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE”

**LUZ ESTHER FORERO GUERRERO
DIANA CAROLINA LEDESMA ORTEGA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
NEIVA - HUILA
2009**

PROYECTO “CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE”

**LUZ ESTHER FORERO GUERRERO
DIANA CAROLINA LEDESMA ORTEGA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista
en Psicología de la Salud**

**Asesor
PETER YERY ROJAS
Psicólogo Organizacional**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
NEIVA - HUILA
2009**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Agosto de 2009

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo al Doctor Peter Yery Rojas, Psicólogo Organizacional quien con su valiosa colaboración, paciencia y dedicación, contribuyó en la construcción de este trabajo y nos aportó herramientas valiosas para reforzar nuestros conocimientos sobre los temas aprendidos durante el desarrollo de la Especialización en Psicología de la Salud.

Diana Carolina
Luz Esther

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a.

A Dios porque sin su presencia, compañía y guía, no hubiera sido posible la Culminación de este proyecto.

A todo el equipo de docentes de la Especialización Psicología de la Salud. de la Universidad Surcolombiana, por sus enseñanzas..

A todos los participantes, mil gracias.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. ANTECEDENTES	18
2. JUSTIFICACION	25
3. MARCO TEORICO	29
3.1 PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	33
3.1.1 Psicoeducación	33
3.1.2 Psicoterapia individual	34
3.1.3 Terapia conductual	34
3.1.4 Terapia cognitiva	34
3.1.5 Terapia cognitivo conductual. Modelamiento	35
4. MARCO NORMATIVO	37
5. PERFIL DIAGNÓSTICO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA	41
6. MARCO LEGAL PARA LA CREACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD	43

		pág.
7.	TIPO DE SOCIEDAD	46
8.	OBJETIVOS	47
8.1	OBJETIVO GENERAL	47
8.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	47
9.	MISION	48
10.	VISION	49
11.	VALORES CORPORATIVOS	50
11.1	CALIDAD	50
11.2	EXCELENCIA	50
11.3	TRASPARENCIA	50
11.4	EFICIENCIA	50
12.	PROCEDIMIENTO CONSULTA PSICOLOGICA	51
12.1	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: CONSULTA PSICOLÓGICA	52
12.2	PROCEDIMIENTO SEGUIMIENTO CONSULTA PSICOLOGICA	53

		pág.
12.3	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO	54
13.	MERCADEO	55
13.1	TIPO DE SERVICIO	55
13.2	ESTRATEGIA DE MERCADEO	55
14.	CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS	56
14.1	SERVICIO 1. PSICOTERAPIA	56
14.2	SERVICIO 2. ESTIMULACIÓN TEMPRANA	57
14.3	SERVICIO 3. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO COMUNITARIO	58
14.4	CAPACIDAD DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS	59
14.5	POBLACION	60
14.5.1	Captación de la Población	60
14.6	VALOR AGREGADO	60
14.7	SOCIODEMOGRAFÍA	61
14.8	FINANCIACION	61
14.9	EVALUACION DE LOS SERVICIOS	62

		pág.
15.	CONCLUSIONES	63
16.	GLOSARIO	64
	BIBLIOGRAFÍA	69
	ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

		pág.
Tabla 1.	Descripción procedimiento: consulta psicológica	52
Tabla 2.	Descripción procedimiento: seguimiento psicológico	54
Tabla 3.	Talleres programa psicoeducativo comunitario	58
Tabla 4.	Capacidad de cobertura de los servicios	59

LISTA DE DIAGRAMAS

	pág.
Diagrama 1. Procedimiento: consulta psicológica	51
Diagrama 2. Procedimiento: seguimiento psicológico	53

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Organigrama	74
Anexo B. Presupuesto de Compra y Ventas	75
Anexo C. Calculo detallado de nomina por año	76
Anexo D Gastos de personal	77
Anexo E. Inversión inicial	78
Anexo F. Estado de ganancias y perdidas proyectado	79
Anexo G. Balance general proyectado a 15 años	80

RESUMEN

Este proyecto de inversión tiene como objetivo ofrecer un centro de servicios psicológicos especializado en intervención y prevención psicosocial para la población materno-infantil del municipio de Neiva, con el propósito de contribuir en la promoción y prevención de la salud mental y la calidad de vida de la mujer y el niño.

Los servicios dirigidos hacia esta población consisten en ofrecer un programa psicoeducativo extensivo a la población joven y adolescente, con el fin de proporcionar información y estrategias útiles para la salud sexual y reproductiva. Prestar un servicio psicoterapéutico encaminado a la atención y prevención de patologías mentales durante y después del embarazo y por último ofrecer grupos de estimulación temprana para niños de 0 – 24 meses, como herramienta importante para estimular el desarrollo psicomotor del niño.

Palabras claves: promoción, prevención, psicosocial, psicoterapia, psicoeducación, embarazo, alto riesgo obstétrico.

SUMMARY

This investment project aims to provide a center of psychological services specializing in psychosocial intervention and prevention for the mother-child population of the municipality of Neiva. In order to contribute to the promotion and prevention of mental health and quality of life of women and children.

Services directed towards this population offer an extensive psychoeducational program for the young and adolescent population. First to provide information useful for sexual and reproductive health strategies. Secondly, provide a psychotherapeutic service aimed at care and prevention of mental diseases during and after pregnancy and finally provide groups for early stimulation for children from 0 - 24 months, as an important tool to stimulate the psychomotor development of the child.

Password: promotion, prevention, psychosocial psychotherapy, psicoeducacion, pregnancy, high risk obstetric.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer y el bebe desde el inicio de la gestación. A partir del punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, elaborando estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo¹

Diferentes investigaciones han analizado en qué medida los múltiples aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, influyen en cómo se desarrolla el embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo. Dentro de las variables psicológicas que van a influir en la manera de responder de la mujer frente al embarazo, se encuentra la personalidad² de la mujer que va a determinar en gran medida la forma en que se va a afrontar esta nueva condición.

Las características propias de la personalidad de las mujeres embarazadas, van a influir de manera distinta en la forma en que se va a afrontar la transición a la maternidad y los cambios que esta acarrea. Los trabajos realizados en gestantes se han realizado fundamentalmente evaluando características psicopatológicas de

¹ González-Merlo J, Del Sol JR. Editores, . Obstetricia. 4 ed. Barcelona: Masson; 2002. Smith RP. Ed. Netter: Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer. 1 ed. Barcelona: Masson; 2006.

² Cloninger S. Cattell y los cinco grandes: Teorías analítico-factoriales de los rasgos. In: Cloninger S, editor. Teorías de la personalidad. México: Pearson Educación; 2003. p. 227-74.

la personalidad, encontrando relaciones entre diferentes subescalas del MMPI (hipocondriasis) y el peso de los niños al nacer ³.

Otras investigaciones demuestran el papel esencial que juegan las expectativas que elabora la mujer con respecto al nacimiento, siendo las principales las que se refieren al apoyo proporcionado por la pareja y cuidadores, la calidad en la relación profesional sanitario-paciente, la participación activa en la toma de decisiones, y el manejo del dolor. Los estudios han destacado la importancia del cumplimiento de las expectativas generadas durante el embarazo y su relación con la percepción del parto como un acontecimiento satisfactorio⁴.

Las relaciones de apoyo de las embarazadas se convierte en la principal fuente de bienestar durante y después del embarazo, el acompañamiento psicoterapéutico hace parte de esta red de soporte indispensable en esta etapa de la vida. Diferentes investigaciones concluyen a cerca de la importancia de entrenar a las gestantes con estrategias de afrontamiento, a medida que las gestantes encuentren sus propias alternativas se logra atenuar la respuestas de dolor o la ansiedad frente al embarazo y al momento del parto⁵.

Las intervenciones psicoterapéuticas que se emplean como la relajación, las estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos, pueden llegar a mejorar la percepción de la calidad de vida en embarazadas⁶.

³ Costa P, McCrae R, Dye D. Facet Scales for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO personality inventory. *Pers Individ Dif*; 12:1991

⁴ Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*. Jan; 39(1):1995.

⁵ Heyneman NE, Fremouw WJ, Gano D, Kirkland F. Individual differences and the effectiveness of different coping strategies for pain. *Cognitive Therapy and Research*. ; 14(1): 63-77 1990. Rokke PD, Lall R. The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. *Cognitive Therapy and Research*; 16(1): 53-65. Velting DM. Effects of coping and mastery models on pain tolerance. *Dissertation Abstracts* 1992. International. 1996; 56(10-B).

⁶ Williams SL, Kinney PJ. Performance and nonperformance strategies for coping with acute pain: The role of perceived self-efficacy, expected outcomes, and attention. *Cognitive Therapy and Research*. 1991; 15(1): 1-19. Rokke PD, Lall R. The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. *Cognitive Therapy and Research*; 16(1): 53-65, 1992.

Este proyecto de inversión social denominado “Centro psicológico de maternidad saludable” propende por generar un espacio de atención y control para las gestantes en el área de salud mental. La gestante y su bebe tendrá la posibilidad de acceder por medio de su E.P.S. a los servicios psicoterapéuticos y psicoeducativos que se prestarán de forma personalizada y de forma grupal.

1. ANTECEDENTES

A continuación se realizará una revisión de los antecedentes que existen a nivel mundial, nacional y local de los programas que han abordado la salud de las mujeres en periodo de gestación y que contribuyen a la disminución de riesgo obstétrico.

El período de 1976 a 1986 fue designado por Naciones Unidas como la "Década de la Mujer". Durante éste tiempo, numerosos estudios se centraron en el análisis de los asuntos concernientes a la salud y el desarrollo de la mujer. Los hallazgos más importantes mostraron que la mortalidad materna era el mayor problema alrededor del mundo y por el subregistro en los países su magnitud era superior a la esperada.

Esto llevó a Naciones Unidas a convocar la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia) en 1987, que formuló un "Llamado a la Acción " para reducir los riesgos de embarazo y disminuir la mortalidad materna.⁷

Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP) la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial.

A través de esta iniciativa, se ha tratado de movilizar la opinión pública para reducir la enfermedad y muerte de las gestantes y a la vez abogar para que los embarazos y partos reciban una atención digna y un manejo apropiado.

⁷ Naciones Unidas, La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos, Nairobi, Kenia, febrero 1987P 56.

En la última década, en la medida en que se ha profundizado en el conocimiento de las causas de muerte se ha encontrado que el problema es mayor de lo previsto, debido al registro inadecuado e insuficiente de la mortalidad materna. Este problema es común para la mayoría de los países en América Latina y el Caribe.

Anualmente se estima que 11.285.000 mujeres de América Latina y el Caribe, quedan el estado de gravidez. Algunas de éstas debido a condiciones precarias de salud preexistentes están expuestas mayor riesgos y a complicaciones específicas del embarazo.

A nivel mundial se han creado programas con el fin de proteger a las embarazadas durante el periodo de gestación, todos ellos dirigidos hacia la protección de las gestantes en lo que se refiere a situaciones asociadas con factores como garantía de acceso a servicios de salud, medidas sanitarias en el momento de alumbramiento, condiciones sobre los entornos laborales, derechos y protección social.⁸

En este sentido se han promovido condiciones para las maternas, las cuales incluyen la protección de la maternidad para todas las trabajadoras durante el embarazo, el parto y la lactancia; la inversión en recursos humanos e infraestructura básica en el campo de la salud; la ampliación del acceso a los servicios de salud y los programas de seguridad social; los derechos y condiciones de trabajo; el acceso de todas las trabajadoras a los servicios integrados sobre el VIH/SIDA; el mejoramiento de la educación, el empleo y la condición de las niñas y mujeres.⁹

La Organización Internacional del Trabajo, contempla como uno de sus derechos fundamentales la eliminación de todas las formas de discriminación en el empleo

⁸ ODM. Objetivos de Desarrollo de Milenio.

⁹ *Ibíd.*

y, como un eje prioritario para la instauración del Trabajo Decente, la protección de la maternidad, la cual incluye la adopción de medidas que garanticen a las mujeres gestantes la no realización de trabajos considerados perjudiciales o que conlleven un riesgo significativo para su salud o la del niño.¹⁰

Todas estas consideraciones buscan que las condiciones de trabajo de las mujeres no amenacen su salud durante el embarazo y el puerperio, esto en cuanto al abordaje de la protección de la salud materna desde el componente laboral. En cuanto a otros programas dedicados a la salud y bienestar de las maternas se encuentra a nivel global el “Programa de prevención y tratamiento de la desnutrición materno-infantil en América Latina y El Caribe”. Que trata de la prevención o tratamiento de la desnutrición materno-infantil y su objetivo fundamental es colaborar, con la disminución de la prevalencia de desnutrición materno-infantil en la región.¹¹

Otros programas abordan problemáticas de salud materna, como el aumento del número de mujeres en edad reproductiva que viven con VIH/SIDA, muchas de ellas embarazadas. La Organización Mundial de la Salud ha realizado acciones al respecto como las de brindar condiciones favorables para prevenir la transmisión madre-hijo durante el parto.¹²

En Latinoamérica la Organización Panamericana de la Salud, publica en el año 1998 un documento llamado “Maternidad Saludable”¹³, en el cual se realizan recomendaciones sobre:

¹⁰ Convenio sobre la Protección de la maternidad, 2000. Convenio relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado) 1952

(Nota: Fecha de entrada en vigor: 02/07/2002) (*Instrumento normativo*)

¹¹ Programa Mundial del Alimentos. Programa de prevención y tratamiento de la desnutrición materno-infantil en América Latina y El Caribe. 2005

¹² Newell ML. Mechanisms and timing of mother-to-child transmission of HIV-1. AIDS, 1998, 12: 831–837.

¹³ Organización Panamericana de la Salud 1998. Maternidad Saludable

- Cuidados prenatales: Dieta, la dieta, el complemento de micronutrientes como el hierro / ácido fólico para prevenir la anemia, las vacunas necesarias (toxóide tetánico). Eliminar barreras económicas que limitan a las mujeres más pobres y con mayores riesgos para su salud de hacer uso de los servicios de salud.
- Adecuado trabajo de parto: Limpieza y la asistencia de una persona calificada que asegure que el nacimiento pueda cursar en forma segura. Esta persona debe tener el conocimiento, la experiencia y el compromiso y además tener la capacidad de tratar o remitir a la gestante.
- Control oportuno del Postparto: El postparto conocido también como puerperio, requiere de una vigilancia estrecha. Para evitar complicaciones como la retención de restos placentarios y la infección que pueden poner en peligro la vida de la madre. El cuidado del puerperio permite acompañar a la madre en el lactancia exclusiva durante seis meses, regular y tomar decisiones sobre su fecundidad, además de inscribir al recién nacido en el programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Brindar servicios apropiados de salud reproductiva: Los programas de salud reproductiva deben tener en cuenta, no sólo la eficacia y validez del método anticonceptivo, sino que deben evitar al máximo los efectos secundarios, que menoscaban la salud y el bienestar de la mujer.
- Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva: Toda mujer debe tener acceso a los servicios de salud reproductiva en general. El cuidado prenatal, la atención institucional del parto y postparto en particular el cual implica los servicios de atención especializada y de remisión cuando hay complicaciones obstétricas. La atención debe efectuarse de preferencia en una institución de salud, dotada con recursos humanos y tecnológicos que tengan a la mano los equipos y medicamentos requeridos, de tal manera que se garantice una buena atención con el mínimo de complicaciones.

En general los programas implementados sobre la salud materna a nivel mundial y nacional, se dirigen al abordaje de condiciones médicas favorables para un adecuado desarrollo del periodo de gestación y atención en el postparto, estas acciones a nivel local, principalmente se han centralizado en la atención de la lactancia materna.

En Colombia, con el fin de disminuir la mortalidad materna se han implementado diferentes estrategias que pretenden brindar a las gestantes tratamiento a nivel médico y psicológico. A nivel histórico en nuestro país se implementó el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1979- 1982, Plan de Acción en Favor de la Infancia - PAFI - 1991, Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1992 – 1994, Plan nacional de Alimentación y Nutrición 1996 – 2005, Plan Decenal para la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna 1998 – 2008, los cuales han se crean para impactar sobre la salud de las madres gestante y sus hijos. Todos estos planes han contribuido en la construcción de nuevas estrategias que atienden a las necesidades de la salud pública, de esta manera en 1996 nacen las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, estrategia que responde a las políticas nacionales sobre Prevención de la enfermedad y la mortalidad evitable, promoción de la salud, Perspectiva de género y vigilancia en salud pública.

Las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, **IIAMI**, es la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños, promulgada en la Declaración Conjunta OMS/ UNICEF 1989, en la cual se define la función especial de los servicios de maternidad a través del cumplimiento de 10 pasos hacia una feliz lactancia materna,¹⁴ fue ratificada en 1990 en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia y adoptada por Colombia a través de la Ley 12 de 1991.

¹⁴ Declaración conjunta OMS-UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. 1989.

El propósito inicial de esta Iniciativa fue recuperar la práctica de la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil, por su contenido en factores inmunes que protegen al niño de las enfermedades más frecuentes, causantes en muchas ocasiones de muerte en la primera infancia, especialmente en los servicios médicos de maternidad y de atención al recién nacido. Para ello planteó acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia natural en las instituciones con atención materna e infantil, a través del cumplimiento de “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, conocidos como los criterios globales.

En la Universidad del Valle, se desarrolló una investigación acerca de la influencia de factores sociales y psicológicos en el desarrollo del riesgo obstétrico, en el cual se encontró la relación directa existente entre los estados emocionales y la percepción de apoyo social de las pacientes con el desarrollo de patologías como la diabetes gestacional. A partir de esta investigación se desarrollo un modelo para la detección de riesgo biopsicosocial, el cual ha tenido resultados favorables para la detección e intervención temprana de factores de riesgo¹⁵. La implementación de este modelo apenas se encuentra en fase inicial en algunos hospitales de nuestro país.

A nivel Departamental se está adelantando el programa **SAMI** de atención Integral a las Gestantes, en el cual se trata la Prevención, promoción y recuperación nutricional integral mediante acciones integrales saludables y suministro de complemento alimentario a una población de 1.280 beneficiarios constituidos por niñas entre 0 y 6 años de edad, desescolarizados, y madres lactantes y/o gestantes de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN del Municipio de Neiva.

16

Como puede observarse según la historia, los programas de atención materna dan prioridad a la atención médica, en lo que se refiere al abordaje de la salud mental

¹⁵ Estudio prospectivo: Prevención primaria del riesgo obstétrico y perinatal mediante la aplicación del Modelo Biopsicosocial.. Julián Herrera (Universidad del Valle), Delcy Elena Cáceres. 1988 – 1990.

¹⁶ Alcaldía de Neiva. Secretaría de Gobierno www.alcaldiadeneiva.gov.co

se evidencia la reducida la atención de las gestantes, las cuales en algunas ocasiones asisten únicamente a sesiones psicoeducativas y no se benefician de tratamientos psicoterapéuticos especializados que logren develar el estado emocional de cada materna y así prevenir complicaciones maternas desde otro enfoque.

2. JUSTIFICACION

“En Colombia, 20.000 niños mueren en sus 5 primeros años de vida por causas en su mayoría evitables, de los cuales, 15.000 fallecen en el primer año, y de ellos alrededor de 10.000 en el primer mes de vida. En cuanto a la mortalidad materna las estadísticas colombianas son igualmente preocupantes. Las complicaciones durante el embarazo y el parto causan anualmente alrededor de 99 fallecimientos de madres por cien mil nacidos vivos. Es una cifra exageradamente alta comparada con la de otros países de la región de las Américas de similar desarrollo como Venezuela (67), Argentina (46), Costa Rica (38) y Chile (17)”.¹⁷

Esta realidad no es tan lejana a lo que ocurre en el departamento del Huila, en donde la mortalidad materna durante el 2008 tiene una tasa de incidencia de un 26,6% por 100.000 nacidos vivos¹⁸, cifra que habla de la necesidad de implementar acciones y estrategias, para tomar correctivos y fortalecer las actividades de promoción y prevención frente a la mortalidad materna.

¹⁷ Organización mundial de la salud; 30 de marzo 2005 Bogotá. Objetivos del milenio.

¹⁸ <http://www.gobernacionhuila.gov.co/>

En un estudio realizado por la secretaria de salud departamental durante el año 2008, se obtuvieron los siguientes hallazgos: “Del análisis del componente psico-social de las maternas, se encontró que es un denominador común la desprotección comunitaria e inestabilidad emocional, así como las variables relacionadas con múltiples compañeros sexuales, separaciones recientes, personalidad inestable y periodos depresivos previos sin tratamiento, son indicativos importantes de la necesidad de intensificar la intervención psicológica a esta población de riesgo.

Así mismo se constató que presentan inconvenientes en el reconocimiento oportuno de los signos y síntomas de las complicaciones o la denominada primera demora, por parte de las pacientes.

Motivos por los cuales la Gobernación del Huila concluye que: se define como una prioridad, que las instituciones de salud dentro de sus planes de mejoramiento implementen o fortalezcan actividades relacionadas con la garantía del acceso de todas las gestantes a la consulta con psicológica en cualquier momento de la gestación.

Igualmente es necesario que se fortalezcan las estrategias de educación comunitaria para la planificación familiar, ofrecer transporte gratuito a las gestantes de zonas de difícil acceso geográfico o con inconvenientes económicos, y realizar seguimiento domiciliario semanal a las gestantes del control prenatal, especialmente las inasistentes y las de alto riesgo obstétrico, brindando educación e información personalizada.”¹⁹

¹⁹ Gobernación del Huila, secretaria de salud departamental; 2009. Acciones para reducir la mortalidad materna. <http://www.gobhuila.gov.co/>

Estas conclusiones indican que existe una creciente necesidad de implementar programas que generen acciones duraderas, perdurables y sostenibles en el tiempo con el fin impactar y cubrir a la población objetivo.

Otro tema que preocupa por su repercusión a nivel epidemiológico, social y económico, es el embarazo en adolescentes, puesto que la tasa en el país es del 20% y de cerca del 40% se presenta en áreas de población desplazada, lo que agrava la situación de las gestantes y las pone en situación de precariedad²⁰.

Si entramos en materia de abortos en Colombia el 24% de todos los embarazos terminan en aborto y cerca del 30% de las mujeres que tienen un aborto, sufren complicaciones. El 50% de los embarazos no son deseados. Y del total de mujeres colombianas de 15 a 55 años, un 29%, una de cada cuatro, declara haber tenido aborto inducido²¹.

En el tema de embarazo precoz y de abortos ya mencionados, se identifican factores como la ausencia de educación sexual oportuna y de calidad; la necesidad de actividades psicoeducativas y de planificación familiar; falta de programación del tiempo de ocio de los y las adolescentes; y la enseñanza de un proyecto de vida que involucre el concepto de maternidad y paternidad responsables.

Es necesario entender que la forma más eficaz y efectiva de abordar estas problemáticas es generando estrategias de intervención a nivel psicoeducativo y psicoterapéutico para las mujeres, quienes se convierten directamente en el eje para contrarrestar y disminuir los riesgos que generan los embarazos precoces y los abortos, puesto que “el 51% de la población de Colombia está formada por mujeres, de las cuales el 36,5% tienen edades entre los 10 y los 29 años”²².

²⁰ Organización panamericana de la salud; 2005. Objetivos del milenio.

²¹ Aborto ilegal tercera causa de mortalidad materna; 2009. <http://www.medicos-progresistas.org/>

²² Noticias del mundo América; 2005. Cumbre de primeras damas. <http://www.lukor.com/>

Esta población requiere ser intervenida, se necesita que adquiera conocimientos específicos sobre conductas de protección, planificación, salud sexual y reproductiva, de la misma forma que reciban atención psicológica especializada.

A nivel individual se necesita intervenir sobre conductas de riesgo y/o alteraciones de la conducta que pueden influir secundariamente sobre la salud somática, por ejemplo; las conductas defensivas o compensatorias (beber, comer en exceso, abusar de drogas o medicamentos, etc) o la inhibición abandono (incumplimiento de prescripciones y regulaciones médicas, etc).

De igual forma deben ser abordadas las alteraciones psicológicas como por ejemplo la depresión, la ansiedad, y el estrés durante el embarazo, y otros aspectos psicosociales como la comunicación interpersonal, el rol socio-familiar y el proyecto de vida.

Es por esta razón que este proyecto de inversión denominado “centro psicológico de maternidad saludable” se interesa en promover la psicoeducación extendida a la comunidad y la psicoterapia como herramienta de atención personalizada. Existe una creciente necesidad de dar apertura a un espacio real en donde las mujeres y madres gestantes puedan tener (ATS) atención, tratamiento y seguimiento especializado, en el área de salud mental.

3. MARCO TEORICO

Para la realización de este proyecto se tendrá en cuenta el modelo biopsicosocial implementado en Colombia por el Doctor Julián A. Herrera M, quien describió y validó la Escala de Riesgo Biopsicosocial Prenatal, observando como la interacción del estrés y la percepción de falta de apoyo social durante el embarazo, en interacción con otros factores de riesgo obstétrico, aumentan la probabilidad de predicción de complicaciones maternas y perinatales en un 50%.²³

Así mismo las alteraciones de la conducta pueden influir secundariamente sobre la salud somática, las conductas defensivas o compensatorias, (beber, comer en exceso, abusar de drogas o medicamentos, etc), o la inhibición abandono (incumplimiento de prescripciones y regulaciones medicas,).²⁴ Todo esto demuestra científicamente cómo el entorno psicosocial, en conjunto con el riesgo obstétrico aumenta la posibilidad de enfermar y morir al binomio madre e hijo.

En una revisión realizada por Dumbar en 1974²⁵, se encontró que muy pocos trabajos relacionaban los factores psicosociales con las complicaciones del embarazo. Sin embargo, en los últimos 20 años se ha presentado un gran crecimiento en el conocimiento de los factores que influyen negativamente en el resultado perinatal, incluyendo los psicosociales²⁶.

Estos estudios han visto la relación crítica entre eventos de estrés social, ansiedad y partos prematuros²⁷, entre actitudes negativas hacia el embarazo y tasas de mortalidad perinatal, incluyendo hemorragias e infecciones.²⁸

²³ Aplicación de un modelo Biopsicosocial. Fam Practi res J. 1992.

²⁴ Salvatierra 1989.

²⁵ Dumbar F. psychosomatic, medicine. New york. Randon House. 1947

²⁶ Gorsuch RL, Key DK Abnormalities of pregnancy as of function of anxiety and liffe stress. Psychosom Med 1974; 36: 352-62

²⁷ Yamamoto KJ, Kinney DK Pregnant womens ratings of different factors influencing psychological stress during pregnancy. Psychoool rep 1976 39: 203-14.

Las investigaciones citadas soportaban la hipótesis de que los factores psicosociales influían negativamente en el resultado del embarazo; sin embargo estas investigaciones discutían sus resultados enfocando el riesgo biomédico y psicosocial de manera separada. Smilkstein et al²⁹ describió como la interacción entre el estrés familiar y el riesgo biomédico, aumentaba en conjunto la incidencia de complicaciones en el parto y el postparto demostrando como el enfoque biopsicosocial es un mejor predictor comparado con la evaluación independiente de los riesgos biológicos o psicosociales.

Estudios de investigación han demostrado como el estrés psicosocial aumenta la probabilidad de tener un resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y 44%³⁰ para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante del resultado perinatal, cuando las embarazadas no presentan factores de riesgo biomédicos. Está bien documentado³¹ como la hipertensión arterial inducida por el embarazo y la preeclamsia son más frecuentes en pacientes sometidas a estrés psicosocial, disminuyendo por este mecanismo la capacidad de respuesta inmunológica de la paciente embarazada³², lo que se asocia con la aparición de la enfermedad.

La naturaleza multisistémica de la hipertensión arterial inducida por el embarazo y la preeclamsia ha hecho que se le denomine la enfermedad de las teorías pues en su génesis, interactúan múltiples factores susceptibles de intervención para modificar, de manera preventiva, la historia natural de la complicación del embarazo más común y grave.

²⁸ Williams CC, Williams RA, Griswold MJ et al. Pregnancy and life change. J Psychosom res 1975; 123-29

²⁹ Schwartz JL. A Study of relationship between, maternal life change events and premature delivery. In: schwartz JL.

Schwartz LH. (eds). Vulnerable Infants: a psychosocial dilemma. New york, MC Graw hill, 1977

³⁰ Kapp FT. Hornstein S, Graham V. Some psysocial factors in prolonged labor due to ineficient uterine action. Com Psych 1963; 4: 913.

³¹ Crandon AJ. Maternal anxiety and obstetric complications. J psychosom res 1979; 23.109-11

³² Smilkstein G. Gelsper Lucas. A, Ashwork C et al. Predictions o pregnancy complications: and aplication of the biopsychosocial model. Soc Sci Med 1984 18: 315-21

La identificación del riesgo biopsicosocial demostró aumentar el doble la posibilidad de identificar las pacientes que van a desarrollar hipertensión arterial inducida por el embarazo y preeclamsia, en el cuidado primario prenatal³³, en relación de los métodos de tamizaje disponibles, lo que permite identificar las pacientes con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y ofrecerles protección específica.

La aplicación del modelo biopsicosocial ofrecerá una identificación e intervención, de los riesgos de la mujer embarazada, con medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.³⁴

Para efectos de definición de condición de embarazo de alto riesgo, en este proyecto se tendrán en cuenta las definiciones de morbilidad y mortalidad materna, definida por la clasificación internacional de enfermedades de La Organización Mundial de la Salud:

- Hipertensión arterial inducida por el embarazo: caracterizada por el desarrollo agudo de hipertensión arterial en una mujer que al inicio del embarazo tuvo una presión arterial normal con elevación persistente de la elevación de la presión arterial mayor o igual a 140/90, la cual ha presentado un aumento mínimo de 20 mm Hg sobre los niveles previos, o la preeclamsia que además que la hipertensión arterial inducida por el embarazo, por encima de la semana 20 de la gestación presenta proteinuria mayor de 0.3 g/l sin infección urinaria simultánea, acompañada generalmente de edema.

³³ Hetzal BS, Bruer B Poivedeau LS. A survey of the relation between certain common antenatal complication. In primiparae and the stressfull life situation during pregnancy. J Psychosom Res 1961; 5: 175-82.

³⁴ Muller Tyl N, Wimmer puchinger BP psychosomatic aspects of toxemia. J Psychosom obstet Gynecol 1982 1: 111-17

- Parto prematuro: definidos como partos ocurridos antes de completar las 37 semana de gestación 259 días calculada a partir del primer día de la ultima menstruación.
- Ruptura prematura de membranas: definida como la salida de liquido amniótico que ocurre antes del inicio del trabajo de parto.
- Embarazo prolongado: definido como un embarazo cuyo parto ocurre después de haber completado 42 semanas de gestación o 294 dias de amenorrea comprobada.
- Diabetes gestacional: diagnosticada sobre la base de una curva anormal de tolerancia oral a la glucosa, con 100 gr cuando dos o mas cifras diferentes a la de ayunas son iguales o exceden los siguientes criterios (plasma): ayunas, 95 mg/dl; una hora, 180mg/dl; 2 horas, 155mg/dl; 3 horas, 140mg/dl.
- Muerte materna ocurrida en el embarazo: parto o puerperio excluyendo causas accidentales o incidentales
- Bajo peso al nacer: definido como un peso menor a 2500 gr
- Muerte fetal tardía: es la que ocurre después de la semana 28 de gestación
- Muerte neonatal precoz: es la que ocurre en los primeros 7 días de vida del recién nacido.

Debido a la aparición de estas patologías en las embarazadas, se hace necesario movilizar toda una red de apoyo biopsicosocial, en donde los profesionales de la salud mental intervengan como promotores de la salud y generadores de espacios propicios para la psicoeducación y el manejo de los desencadenantes psicológicos de las diferentes patologías que se puedan presentar.

Teniendo en cuenta que la **salud mental** se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad

Las gestantes deben ser intervenidas desde una concepción salud mental que engloba el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la autorrealización de capacidades intelectuales y emocionales que están en estrecha relación con la salud física y social. La salud y la enfermedad son una responsabilidad social que compromete al estado, la familia y al individuo.

Las intervenciones se realizarán desde la perspectiva de la promoción y prevención en salud basadas en dos tipos de intervenciones principalmente la psicoterapéutica y la psicoeducativa. A continuación se especifican los modelos de intervención.

3.1 PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

3.1.1 Psicoeducación . Tomando como base la carta de Ottawa de Promoción de la Salud³⁵, las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida.

Por su parte la prevención de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública³⁶, y se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia.

Se tendrá en cuenta la clasificación de prevención en salud pública primaria, secundaria y terciaria adaptada por el Instituto de Medicina (IOM)³⁷ para la prevención de trastornos mentales, en los programas psicoeducativos extensivos

³⁵ World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva: The World Health Organisation, 1986.

³⁶ Detels R., Mcewan J., Beaglehole R., Tanaka H., *Oxford textbook of public health (fourth edition)*, Oxford: Oxford University Press, 2002.

³⁷ Mrazek P.j., Haggerty R., *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington: National Academy Press, 1994.

a la comunidad usuaria con el fin de proporcionar información y estrategias de útil manejo de la población en torno a la salud física y mental de la población gestante.

3.1.2 Psicoterapia individual. Durante las sesiones se abordara el caso, se realiza un impresión psicológica, diagnostico psicológico, plan terapéutico, psicoterapia, seguimiento y control.

Tendremos en cuenta los siguientes modelos teóricos:

3.1.3. Terapia conductual. Este tipo de terapia se concentra en ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas de las pacientes. Una meta general importante de esta forma de psicoterapia es reducir o eliminar las conductas problema de las pacientes e incrementar la frecuencia de conductas más adaptadas.

3.1.4. Terapia cognitiva. La terapia cognitiva se basa en la visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas en las emociones y conductas. La intervención terapéutica se realizará con el propósito de cambiar los pensamientos disfuncionales de las usuarias, con el fin de mejorar su funcionamiento emocional y conductual.

Para el desarrollo de la terapia se tomará como base la Terapia Racional Emotiva de Ellis, Albert formuló lo que llegó a conocerse como la teoría A-B-C de la conducta disfuncional. Contrario a la visión prevaleciente en la época, Ellos argumentaba que los acontecimientos estresantes de la vida, conocidos como eventos activadores (A) no causan psicopatología o consecuencias emocionales (C) como la depresión y la ansiedad.

En lugar de eso, Ellis afirma que son las creencias irracionales (B) o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas lo que las lleva a deprimirse o ser ansiosas, Ellis cree que cuando una persona experimenta un acontecimiento negativo o desagradable tiene creencias lógicas y racionales acerca de ese hecho; sin embargo, también se involucra "automáticamente" en una serie de creencias irracionales o disfuncionales acerca del suceso.

Así mismo se utilizará la terapia cognitiva de Beck, este autor postuló que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismas y del mundo y que no tienen esperanzas acerca del futuro. Beck propuso, además, que las personas deprimidas desarrollan esquemas cognitivos negativos, o estructuras por medio de las cuales perciben e interpretan sus experiencias.

3.1.5. Terapia cognitivo conductual. Modelamiento. Albert Bandura fue pionero tanto en el uso terapéutico del modelamiento, o aprendizaje por observación, para tratar temores y fobias, como en la enseñanza de habilidades y conductas positivas. Bandura observó que el modelamiento puede emplearse para facilitar o inhibir la expresión de conducta que los individuos ya pueden realizar. El modelamiento permite que las conductas más complejas se aprendan con relativa rapidez por medio de la observación.

La teoría y los resultados de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron la base para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. El libro de Michael Mahoney publicado en 1974, *Cognition and Behavior Modification*, y el volumen de Donald Meichenbaum publicado en 1977, *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, desarrollaron aún más el papel de la cognición como mediadora del cambio en la terapia conductual y fortalecieron la práctica de la terapia cognitivo-conductual.

Casi al mismo tiempo, Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaban su modelo de terapias para trastornos emocionales que no sólo incluían un fuerte componente cognitivo sino que, más importante, resaltaban las cogniciones disfuncionales, o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa de malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico.

- Para el abordaje terapéutico en niños y adolescentes se retomará como base las teorías del desarrollo evolutivo según piaget, el aprendizaje socio-cultural de vigotsky, y la teoría del desarrollo psicosocial de erick erikson.
- En el abordaje con gestantes partimos de la importancia de la aplicación del modelo biopsicosocial³⁸, con el fin de identificar y valorar los factores de riesgo psicosocial: ansiedad, tensión emocional, síntomas de humor depresivo, síntomas neurovegetativos, los cuales interviene en la calidad de vida de la gestante y el bebe.

³⁸ Julián A Herrera M, Aplicación de un modelo Biopsicosocial, para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia, 2001 segunda edición.

4. MARCO NORMATIVO

En el contexto de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de la Protección Social (antes Ministerio de Salud) en colaboración con instituciones con responsabilidades en el tema ha establecido directrices para el mejoramiento de la atención obstétrica, la red de prestadores de servicios, el monitoreo y seguimiento y la vigilancia y control de las acciones que permiten la reducción de factores de riesgo y de la mortalidad materna.

A partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención materno infantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos técnicos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales). Las normas técnicas establecen las acciones más costo-efectivas para realizarse en la población, de manera secuencial y sistemática.

Existe una norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, para la atención del parto (incluye la atención del puerperio) y para la detección de las alteraciones del embarazo.

De igual manera, se diseñaron guías de atención para patologías de alta frecuencia y que causan importante carga social y económica en el país. Estas son propuestas de abordaje para la hipertensión inducida por el embarazo y las hemorragias asociadas al mismo, patologías que causan un alto número de

muerres maternas. El MPS y el FNUAP realizaron un amplio proceso de difusión nacional de estos documentos técnicos en 2001.

Estas normas técnicas y guías de atención cuentan con un sistema de monitoreo y control llamado Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras que tiene indicadores de cumplimiento de las acciones planteadas en las normas. Adicionalmente, se monitorean los casos de muertes maternas como un indicador centinela de calidad. Pese a estos importantes y extensos desarrollos técnico-normativos, en las evaluaciones realizadas al Régimen Contributivo se observan indicadores de cumplimiento (consultas de control prenatal, atención del parto institucional, consulta del puerperio, entre otros) en grado deficiente o muy deficiente en la mayoría de EPS.³⁹ Esta situación podría indicar que no se cumplen las directrices de las normas técnicas y las guías de atención y no se hace el énfasis suficiente en la inducción de la demanda hacia los servicios de salud.

En el Régimen Subsidiado, las Administradoras tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio, planificación familiar y atención neonatal. A su vez, deben cumplir de igual manera con los lineamientos técnicos de normas técnicas y guías de atención y con los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad.

La vigilancia de estas acciones es función de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Sin embargo, el proceso de monitoreo y seguimiento a las ARS ha tenido dificultades en algunos departamentos y distritos y los indicadores, en general, tampoco han mostrado un desempeño adecuado.

³⁹ Informe del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras, Régimen Contributivo, versión preliminar. Ministerio de la Protección Social, 2003.

Es preocupante también que a partir de la expedición de la Ley 715 de 2001 y del Acuerdo 229 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), los municipios deben hacerse cargo de la prestación de las acciones de planificación familiar, vacunación y detección del cáncer de cuello uterino para los/as afiliados/as al Régimen Subsidiado fragmentando de esta manera la atención de estos eventos. En efecto, la evaluación de la gestión de las acciones realizadas por los municipios muestra que cerca del 47% de éstos no reportan realización de actividades de planificación familiar y del 53% que reporta acciones, la mayoría se sitúa en los rangos deficiente y muy deficiente.⁴⁰

Las condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de complicaciones, el proceso de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes han sido reglamentadas a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Resolución 2309). Sin embargo, es claro que existen zonas del país en donde estas condiciones de seguridad y calidad no se tienen, lo cual conlleva riesgos para las mujeres que se atienden allí. Las IPS se han habilitado ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, quienes han realizado la verificación de la habilitación a los prestadores de servicios y concertado los planes de mejoramiento consecuentes. No obstante, se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a estos procesos e iniciar una auditoría continua de la calidad enfocada en el mejoramiento de la atención prenatal y obstétrica, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes.

El MPS ha priorizado el ingreso de las mujeres gestantes vinculadas al Régimen Subsidiado Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud /CNSSS). Esta medida permite que dichas mujeres cuenten con cobertura de

⁴⁰ *Evaluación de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales resultados actualizados, agosto 2002 – diciembre 2003, informe preliminar.* Ministerio de la Protección Social.

servicios de atención prenatal, parto y puerperio, atención en planificación familiar y atención de las complicaciones.

Al inicio del presente gobierno se incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública y en febrero de 2003 se formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en donde uno de los temas de principal interés es la promoción de la maternidad segura con una meta de reducción de la mortalidad materna de un 50%. En esta política, además, se establecen estrategias para el abordaje del tema y acciones concretas que involucran a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En las directrices expedidas para el Plan de Atención Básica (PAB), en la actualidad denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se incluye la reducción de la mortalidad materna como una de las líneas de acción prioritarias y determina acciones concretas para su intervención así como indicadores para su monitoreo y vigilancia (Circular 52 de 2003 y 18 de 2004).

En relación con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna existen diversos actos administrativos (Resolución de Estadísticas Vitales 1347 de 1997, Resolución 3148 de 1998 sobre Comités de Estadísticas Vitales en las Direcciones Territoriales y Decreto 955 de 2002 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales), que dan las directrices para el proceso de registro y procesamiento de las estadísticas vitales y la vigilancia de la mortalidad evitable en unidades operativas. Las muertes maternas son objeto de reporte obligatorio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

5. PERFIL DIAGNÓSTICO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA

Según los datos de la última encuesta de salud y demografía realizada por PROFAMILIA, en el Departamento del Huila ocurren 23,5 nacimientos por cada mil habitantes, de los cuales un 93% reciben atención por enfermera y un 87% reciben atención por médico General, lo que significa que aún un 7% de los nacimientos en el departamento NO RECIBEN ATENCION POR PERSONAL DE SALUD.

Según la misma encuesta no obstante los altos índices de natalidad y fecundidad (87 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad Fértil, 3,7 hijo por mujeres entre 40 y 49 años, 91 nacidos vivos por cada mil mujeres adolescentes), tan solo hay un 28% de las mujeres que han acudido a la Anticoncepción Quirúrgica y un 20% de las mujeres No usan ningún método de anticoncepción. Del 80% de las mujeres que usan algún método de anticoncepción, un 12% utiliza métodos como el coito interruptus y el método del ritmo.

En cuanto a la población infantil, la Encuesta revela cifras que nuevamente nos colocan en un estado de alerta y que justifican la realización de proyectos que tiendan a disminuir las mismas. En efecto para el Departamento del Huila encontramos que tan solo el 69% de los niños entre 12 y 23 meses han completado su esquema total de VACUNACION PAI para esa edad y las coberturas para polio y DPT solo alcanzan el 75 y 86% respectivamente, lo cual significa que en esta campo deberán redoblarse los esfuerzos de los entes de vigilancia y control con el fin de lograr mejorar las cobertura útiles en vacunación. No debe olvidarse, además, que estos indicadores influyen directamente en la asignación de recursos del Sistema General de Participaciones.

La tasa de Mortalidad infantil y en menores de cinco años para el Departamento del Huila es de 27 por mil y 32 por mil respectivamente, tasas que superan ampliamente el promedio nacional que esta en 20 y 22 por mil respectivamente. Por último, no obstante que se pensaba lo contrario, aun en nuestro departamento siguen encontrándose cifras elevadas de niños afectados por las ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS. En efecto el 10% de nuestros niños han estado afectados de algún tipo de enfermedad diarreica y un 6% ha sido afectado de alguna Infección Respiratoria Aguda.

6. MARCO LEGAL PARA LA CREACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD

Para la constitución legal de la IPS centro psicológico de maternidad saludable se tendrán en cuenta las siguientes normas establecidas para la creación de Instituciones de Primer Nivel de Atención en Salud. Los principales cambios en el sistema de salud en el País en los últimos años tiene su origen en la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993.

La Ley 90/10 es de tendencia descentralizada con participación ciudadana, mientras la ley 100/93 se orienta hacia una restauración de los mercados competitivos en salud con privatización de entidades públicas y concesión de subsidios a la demanda orientados a las personas más pobres.

Se origina un cambio en el modelo de salud con tendencia hacia el ordenamiento de los servicios de salud y el control de los factores de riesgo; reordenamiento del modelo de oferta de servicios con descentralización, mayor autonomía territorial y participación ciudadana. Hay un reordenamiento del modelo de subsidio a la demanda que conlleva a una mayor competitividad, privatización de la oferta y subsidio a la demanda.

Finalmente la ley 10 hace énfasis en la participación de la comunidad en los organismos directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Por su parte la ley 100 en su ánimo de brindar un buen servicio a las clases más pobres crea el régimen subsidiado, y lo más importante en su artículo 153 hace especial énfasis en el principio de libre escogencias según el cual toda persona escoge E.P.S. y también manifiesta por cual I.P.S. desea ser atendido, lo que en últimas lleva a un libre mercado de la salud.

En concordancia con lo dispuesto por la Ley 20 de 1990 y la Ley 100 de 1993, y al trazar una meta para el año 2000, con lo cual se debe mejorar la eficiencia, la eficacia y la accesibilidad a los servicios de salud a toda la población, se propone planificar, reestructurar y reorganizar toda la infraestructura de los servicios de salud, lo cual sólo es posible a través de una descentralización política y administrativa.

Se entiende por descentralización, la transferencia de poder político administrativo, asignación de recursos humanos y materiales del nivel central a una unidad funcional, especializada, con distinta personería jurídica.

La descentralización debe tener en cuenta los límites deseables de la intervención estatal, las posibilidades de gobernabilidad de la sociedad frente a los desafíos de la crisis estructural y las tradicionales pautas culturales y sociales de nuestra burocracia, siendo entonces tres, los cuestionamientos a reformar: el tecnológico, el cultural y el político-social, mejorando así, la productividad de los servicios.

En consecuencia, se presentan los objetivos de la Descentralización:

Territorialización: Delimitando una responsabilidad geográfica y poblacional.

- Unicidad de Mando: Con una Unidad o Sistema de Salud local con dedicación exclusiva.
- Jerarquización de los Servicios: Organizados por niveles de atención y complejidad tecnológica.
- Integridad de la Atención: Con horizontalización de los programas con su efecto hacia una oferta organizada.
- Coordinación Intersectorial: Bajo la dependencia del Sistema Local funcionarán cordialmente.

Todos los recursos físicos y humanos, impulsando la complementariedad y aprovechando los recursos de otras instituciones como educación, vivienda, etc.; con participación social comunitaria.

La descentralización representa entonces, todo un reto para estar al día en cuanto a mejoría en la calidad y cobertura en la prestación de los Servicios de Salud, constituyendo un proceso ordenado y gradual de transferencia y reordenamiento de funciones y autoridad dentro de la organización, desde las conducciones centrales a las locales y de estas a las que operan en realidad de los servicios.

En términos de oportunidad, se basa en las políticas internacionales como “Salud para todos en el año 2000”, donde el sector salud deberá garantizar la aplicación de recursos a las prioridades definidas en términos de grupos humanos postergados y problemas de salud que requieran solución perentoria.

La búsqueda sistemática de soluciones innovadoras que combinen los recursos de forma social más eficiente y que movilicen al máximo todas las capacidades, el perfeccionamiento de los procesos de administración y evaluación para el control de la productividad y de la eficacia de sus acciones.

Se busca la atención primaria como estrategia principal para alcanzar el objetivo “Salud para todos en el año 2000” y representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con Sistema Nacional de Salud, con un acercamiento de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas. La estrategia de Atención Primaria requiere que el sector Salud se organice para garantizar accesibilidad económica, cultural, geográfica y familiar, con equidad, oportunidad y eficiencia para lograr el impacto en salud deseado a toda la población.

7. TIPO DE SOCIEDAD

La constitución legal de la IPS, se realizará a través de una sociedad comercial de responsabilidad limitada llamada IPS CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE LTDA, la cual será creada inicialmente con los aportes de dos socios a través de escritura pública, cumpliendo con todos los requisitos.

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Ofrecer un centro de servicios psicológicos especializado en intervención y prevención psicosocial para la población materno-infantil del municipio de Neiva, con el propósito de educar sobre hábitos y conductas saludables que propendan por la prevención del riesgo obstétrico.

8.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ofrecer un programa psicoeducativo extensivo a la población joven y adolescente, con el fin de proporcionar información y estrategias útiles para la salud sexual y reproductiva.
- Prestar un servicio psicoterapéutico encaminado a la atención y prevención de patologías mentales durante y después del embarazo.
- Ofrecer grupos de estimulación temprana para niños de 0 – 24 meses, como herramienta importante para estimular el desarrollo psicomotor del niño.

9. MISION

Somos una organización especializada en prestar servicios psicológicos, para la promoción y prevención de la salud mental de la mujer y el niño. Es nuestro compromiso ofrecer un servicio de alta calidad apoyados en la actualización, el conocimiento científico, los valores éticos y morales. Mejorando continuamente nuestros procesos para satisfacer las necesidades de los usuarios, contribuyendo así con el fortalecimiento de los vínculos familiares y el crecimiento saludable de los niños dentro de la sociedad.

10. VISION

Al año 2020 proyectamos obtener liderazgo y reconocimiento social, en la atención en salud mental para la mujer y el niño en el sur de Colombia, desarrollando programas de prevención e intervención psicoterapéutica y psicoeducativa, apoyados en un equipo de trabajo con excelente calidez humana competente y comprometida con la satisfacción de los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.

11. VALORES CORPORATIVOS

11.1 CALIDAD

Como forma de vida guiará nuestro trabajo, comportamiento y participación en la Administración del centro.

11.2 EXCELENCIA

Ponemos en marcha programas en salud mental innovadores con efectividad y eficacia, que garanticen el éxito de nuestros usuarios. Luchamos continuamente en el mejoramiento de nuestro rendimiento para cumplir nuestros compromisos con la comunidad.

11.3 TRASPARENCIA

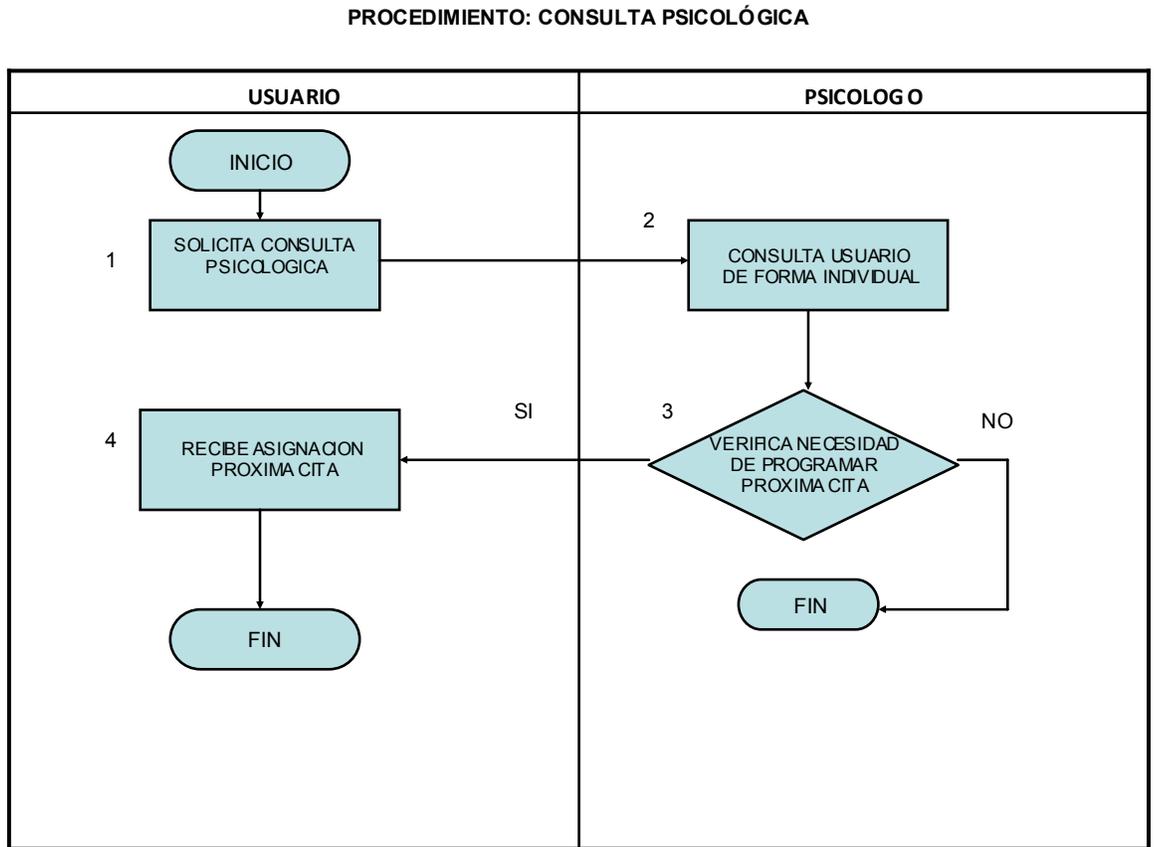
Nos comprometemos a prestar una excelente atención a través de un servicio, con pulcritud, prontitud y respeto, presto a los requerimientos de los usuarios.

11.4 EFICIENCIA

Nos proponemos tener un servicio dotado de recursos que buscan satisfacer la necesidad de los usuarios con prontitud y calidad.

12. PROCEDIMIENTO CONSULTA PSICOLOGICA

Diagrama 1. Procedimiento: consulta psicológica.



12.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: CONSULTA PSICOLÓGICA

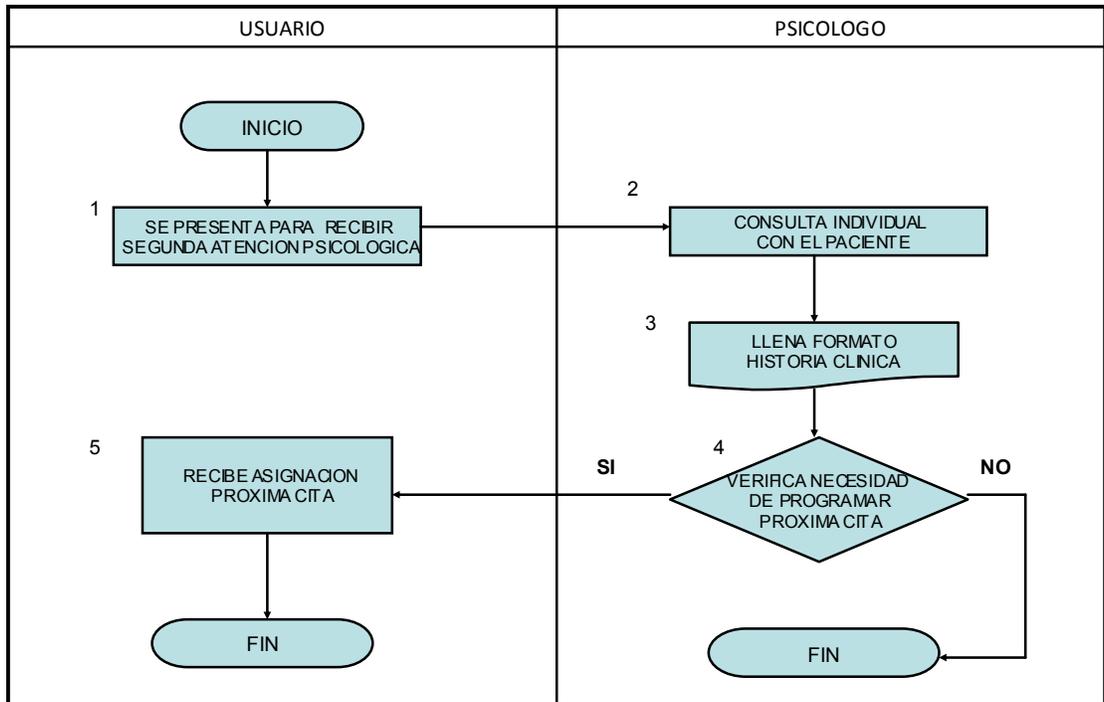
Tabla 1. Descripción procedimiento: consulta psicológica.

UNIDAD ADMINISTRATIVA	No.	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	TIEMPO
USUARIO	1	SOLICITA CONSULTA PSICOLOGICA	5 MINS
PSICOLOGO	2	CONSULTA USUARIO DE FORMA INDIVIDUAL, EN LA CUAL SE EVALUAN FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL.	40 MINS
PSICOLOGO	3	VERIFICA NECESIDAD DE PROGRAMAR PROXIMA CITA SÍ, CONTINÚA CON EL PROCEDIMIENTO. NO, SE DA FIN AL PROCESO.	
USUARIO	4	RECIBE ASIGNACION DE LA PROXIMA CITA	5 MINS

12.2. PROCEDIMIENTO SEGUIMIENTO CONSULTA PSICOLOGICA

Diagrama 2. Procedimiento: seguimiento psicológico.

PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO



12.3 DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO

Tabla 2. Descripción procedimiento: seguimiento psicológico.

UNIDAD ADMINISTRATIVA	No.	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	TIEMPO
USUARIO	1	SE PRESENTA PARA RECIBIR SEGUNDA ATENCION PSICOLOGICA	5 MINS
PSICOLOGO	2	CONSULTA INDIVIDUAL CON EL PACIENTE	40 MINS
PSICOLOGO	3	LLENA FORMATO HISTORIA CLINICA.	
PSICOLOGO	4	VERIFICA NECESIDAD DE PROGRAMAR PROXIMA CITA. SÍ, CONTINÚA CON EL PROCEDIMIENTO. NO, SE DA FIN AL PROCESO.	5 MINS
USUARIO	5	RECIBE ASIGNACION PROXIMA CITA, EN RECEPCIÓN.	

13. MERCADEO

13.1 TIPO DE SERVICIO

Los servicios que se prestan son los siguientes:

- Programas psicoeducativos extensivos a la comunidad.
- Atención Psicoterapéutica personalizada.
- Estimulación temprana.

13.2 ESTRATEGIA DE MERCADEO

- Se realizarán a través de propuestas que se presentarán ante la alcaldía de Neiva,
- También se prestarán servicio de consulta particular.

14. CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS

Las estrategias para alcanzar los objetivos propuestos son brindar a las gestantes servicios de atención individual especializada en psicología, apoyada en fundamentos terapéuticos adecuados a las condiciones particulares de las usuarias. Así mismo a través de programas psicoeducativos en salud sexual y reproductiva extensiva a la población joven y adolescente, se busca disminuir el embarazo a temprana edad y en consecuencia disminuir en los factores de riesgo.

14.1 SERVICIO 1. PSICOTERAPIA

El servicio de psicoterapia constituye nuestro servicio estrella dentro del portafolio de servicios ofrecidos en la Institución Prestadora de salud. Este servicio consiste en brindar asesoría y control psicológico durante el periodo de gestación a las mujeres del Municipio de Neiva que diagnosticadas con embarazo de alto riesgo obstétrico.

El método de intervención psicológica permite a las pacientes cambiar patrones de conducta que afectan el normal desarrollo del embarazo y que atenúan el riesgo biopsicosocial de la paciente.

Las beneficiarias de este servicio son mujeres en edad fértil, de estrato socioeconómico 1 y 2. Las pacientes serán atendidas presentando el carnet de la Entidad Prestadora de Salud a la cual pertenezcan. Así mismo se brindará el servicio a población particular que desee acceder al Centro de Maternidad Saludable.

Nuestra cobertura para atención psicoterapéutica a la comunidad es de 500 consultas al mes, lo cual representa 6000 consultas al año. Para la atención de pacientes particulares se proyectan 32 consultas mensuales y 384 al año.

Para la atención de esta demanda contamos con dos Especialistas en Psicología de la Salud capacitados para satisfacer las necesidades de este tipo de población.

14.2 SERVICIO 2. ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Por medio de la estimulación temprana se busca la integración de las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio- motrices en la capacidad de ser y expresarse, las cuales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad.

El primer recurso es proporcionar al niño experiencias o juegos de estimulación, por medio de técnicas que permitan promover e impulsar su desarrollo. Esta atención se brindará de manera grupal o a nivel individual, lo cual depende de la particularidad del paciente.

Las actividades se realizarán en un ambiente tranquilo, ventilado, con luz natural suficiente, arreglado con sencillez y orden, dotado de material didáctico y terapéutico.

Este servicio se prestará a la población remitida por las Entidades Prestadoras de salud a nuestra IPS, de igual manera ofrecemos nuestros servicios a particulares para lo cual contamos con la infraestructura y el personal calificado para la prestación de este servicio.

Para los usuarios particulares se proyecta una capacidad de atención de 19 consultas mensuales, para un total de 192 consultas anuales. Para los usuarios

remitidos de las EPS se cuenta con una capacidad de atención de 250 consultas mensuales, para un total de 1500 consultas al año, todo esto para una cobertura total de **1692** consultas en el programa de estimulación temprana durante todo el año.

La población beneficiaria de este servicio serán niños de edades comprendidas entre los 0 y 2 años, de estrato socioeconómico 1 y 2.

14.3 SERVICIO 3. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO COMUNITARIO

El objetivo principal del programa es educar a la comunidad juvenil acerca de diferentes temas relacionados con salud sexual y reproductiva, articulado hacia la promoción de estilos de vida saludables y cultura del autocuidado.

Este servicio va dirigido a la población juvenil del municipio de Neiva pertenecientes a las Instituciones Educativas, en edades comprendidas entre 10 y 17 años.

Para el desarrollo y cumplimiento del objetivo del programa se realizarán talleres sobre los siguientes temas:

Tabla 3. Talleres programa psicoeducativo comunitario.

TALLER	TEMAS
Prevención de enfermedades de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Proyecto de vida • Autoestima • Estrategias de Afrontamiento • Resolución de conflictos • Relaciones de pareja durante
Vida sexual y reproductiva	

Prevención de embarazo precoz	la adolescencia <ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia Emocional • Conductas de Riesgo
Prevención en conductas de riesgo sexual	

Estos se desarrollarán con una frecuencia de 4 talleres mensuales, para un total de 48 talleres al año. El equipo se desplazará a las instituciones Educativas para realizar las actividades.

14.4 CAPACIDAD DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS

Tabla 4. Capacidad de cobertura de los servicios.

SERVICIOS	CAPACIDAD MENSUAL	CAPACIDAD ANUAL	CAPACIDAD TOTAL ANUAL
ATENCION PSICOTERAPEUTICA	500 Consultas	6000 Consultas	6384 consultas
ATENCION PSICOTERAPEUTICA PARTICULAR	32 Consultas	384 Consultas	
ESTIMULACION TEMPRANA	250 Consultas	1500 Consultas	1692 consultas
ESTIMULACION TEMPRANA PARTICULAR	16 consultas	192 Consultas	
PROGRAMA PSICOEDUTATIVO COMUNITARIO	4 Talleres	48 Talleres	48 Talleres

14.5 POBLACION

Se trabajará con la población gestantes de alto riesgo obstétrico del municipio de Neiva.

Se ofrecerá un programa de promoción y prevención de la salud, con un enfoque psicoeducativo extensivo a la comunidad educativa.

Se ofrecerá un servicio de estimulación temprana para los hijos de las usuarias en edades de 0 a 24 meses.

14.5.1 Captación de la Población. Para acceder a esta población se ofrecerán los servicios ante la alcaldía municipal, con el fin de utilizar el proceso de referencia y contrarreferencia con las Entidades prestadoras de salud que detecten pacientes de alto riesgo obstétrico.

14.6 VALOR AGREGADO

El programa de maternidad saludable al cual accederán las gestantes se constituye en un servicio diferente al que se oferta en el mercado a nivel local, debido a que su principal objetivo es realizar la **atención, control y seguimiento psicológico especializado** de la mujer en periodo de gestación, por medio de programas psicoeducativos y psicoterapéuticos, útiles como terapia coadyuvante al tratamiento bio-médico, brindando un servicio de mayor accesibilidad y disponibilidad en horario laboral.

14.7 SOCIODEMOGRAFÍA

El nivel socioeconómico al cual pertenecen las usuarias del servicio son los estratos 1 y 2, en edad fértil que pertenezcan al sistema general de seguridad social en salud. Este proyecto de razón social busca atender a la población menos favorecida que en la cotidianidad no tiene fácil acceso al servicio psicoterapéutico ni cuenta con un control psicológico durante esta importante etapa de embarazo.

14.8 FINANCIACION

La financiación de nuestro proyecto se gestionará por medio de los recursos destinados por el Municipio de Neiva a los programas del sector salud, que de acuerdo al Plan Plurianual de inversiones 2008 – 2011 “Un Pacto por lo nuestro, compromiso de todos”, será invertido para la vigencia fiscal del año 2009 en los proyectos del área de salud pública “Un pacto saludable” la suma de 2.807,00 millones de pesos.

Se presentará el proyecto al Programa: Salud Pública “Un pacto saludable” – Promoción de la Salud y Calidad de vida, Prevención de los riesgos, recuperación, vigilancia en salud y Gestión Pública. El cual dentro de sus componentes se encuentra el área de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, que contempla la reducción de mortalidad materna por debajo del 32 por 100 mil nacidos vivos, incrementar y mantener por encima de 90% el porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales y reducir el porcentaje de adolescentes en embarazo.

Teniendo en cuenta los objetivos del proyecto para la creación de la Institución Prestadora de Servicios de salud para las Gestantes, apunta hacia el cumplimiento de las metas establecidas para el programa de Salud pública, por esta razón consideramos que nuestro proyecto cumple con las expectativas y necesidades que tiene el municipio de Neiva.

En la actualidad el único programa financiado por la Alcaldía Municipal es el programa SAMI (Seguridad Alimentaria Materno – Infantil) al cual para el año 2008 se invirtió \$1.550.000.000 en la atención de 1520 beneficiarios,⁴¹ esta cobertura no permite abarcar la totalidad de la población que requiere de los servicios.

Por este motivo nuestro programa pretende ampliar la cobertura con un servicio de atención psicológica especializada, dirigida a la población gestante de alto riesgo, considerada población de mal pronóstico clínico que requiere intervención oportuna para la prevención de la morbi-mortalidad materna.

14.9 EVALUACION DE LOS SERVICIOS

Para la evaluación de los resultados obtenidos a **nivel individual**, se partirá de la línea de base de la valoración inicial de riesgo biopsicosocial, y la respectiva evolución de la usuaria durante el control psicológico. **A nivel grupal** se empleará el control por medio de análisis de la cobertura, asistencia de los usuarios a los diferentes servicios y la respectiva retroalimentación de cada actividad programada.

⁴¹ RENDICION DE CUENTAS 2008. Alcaldía de Neiva. Hector Anibal Ramírez Escobar. Alcalde Municipal. 2008.

15. CONCLUSIONES

- Este proyecto de inversión ofrece un centro de servicios psicológicos especializado en intervención y prevención psicosocial para la población materno-infantil del municipio de Neiva, con el propósito de educar sobre hábitos y conductas saludables que propendan por la prevención del riesgo obstétrico.
- Dentro del portafolio de servicios de la IPS se ofrecerá un programa psicoeducativo extensivo a la población joven y adolescente, con el fin de proporcionar información y estrategias útiles para la salud sexual y reproductiva.
- La IPS prestará el servicio de psicoterapia encaminado a la atención y prevención de patologías mentales durante y después del embarazo.
- Dentro del portafolio de servicios de la IPS se trabajará con grupos de estimulación temprana para niños de 0 – 24 meses, como herramienta importante para estimular el desarrollo psicomotor del niño.
- El municipio de Neiva cuenta con programas dirigidos hacia la protección de la salud materna pero la falta de presupuesto impide cobertura de estos programas en todas las comunas.
- Los programas dirigidos a la protección de la Salud Materna en el Municipio de Neiva se encuentran dirigidos a disminuir factores de riesgo obstétrico principalmente en la salud física de las gestantes.

16. GLOSARIO

ANSIEDAD: Es un "estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo"⁴²

DEPRESIÓN: Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. El DSM IV ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor⁴³.

EMBARAZO: embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto⁴⁴. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses.

⁴² Beck. A. (1985). Enfoque cognitivo.

⁴³ Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales; DSM IV. (1994)

⁴⁴ Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y obstetricia; (2007).

EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO: Gestación durante la cual la madre, el feto o el recién nacido tienen o tendrán un riesgo elevado de morbilidad o mortalidad antes o después del parto⁴⁵.

ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL: El modelo biopsicosocial es un modelo holístico de salud y enfermedad que considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

Para este modelo, no se entiende ya la enfermedad como la mera ausencia de salud, o simplemente de la salud física, sino que además cualquier alteración psicológica o social puede determinar el estado de enfermedad/discapacidad de un individuo.

Por ello, el tratamiento curativo ha de estar enfocado en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues sólo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de su lesión, trastorno o enfermedad⁴⁶.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: La estimulación temprana tiene por objetivo aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del bebé. Mediante diferentes ejercicios y juegos su intención es la de proporcionar una serie de estímulos repetitivos, de manera que se potencien aquellas funciones cerebrales que a la larga resultan de mayor interés. No sólo se trata de reforzar aspectos intelectuales, como su capacidad para la lectura o el cálculo matemático, sino que la estimulación temprana también contempla los aspectos físicos, sensoriales y sociales del desarrollo⁴⁷.

ESTRÉS: la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) postula que el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". El Dr. Selye identifica 3 fases en el estrés: (1) se da una reacción de alarma en

⁴⁵ <http://www.mds.co.cr/>

⁴⁶ George Engel. (1977) modelo de aproximación a la enfermedad; modelo biopsicosocial.

⁴⁷ <http://www.crianzanatural.com/>

respuesta a un factor de tensión que activa el sistema nervioso autónomo, (2) la fase de resistencia ocurre mientras el cuerpo se aclimata y ajusta al factor de estrés, y (3) la fase de fatiga, si la tensión persiste por mucho tiempo, agregándose factores residuales que pueden llevar a la enfermedad y hasta la muerte. Las investigaciones han demostrado que el estrés excesivo es uno de los factores que contribuyen al desarrollo de muchas dificultades tanto físicas como emocionales.⁴⁸

FACTORES DE RIESGO: Atributo, característica o exposición de un individuo, que incrementa su probabilidad de desarrollar un daño o enfermedad. En el contexto de la salud pública, su medición sirve para describir la distribución poblacional de una enfermedad en el futuro, y no para predecir la salud de un individuo. Los factores de riesgo pueden ser ambientales, biológicos, comportamentales, socioculturales, atención en salud⁴⁹.

PREVENCIÓN: Significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas⁵⁰.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: según la Carta de Ottawa en 1986 consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos

⁴⁸ Hans seyel. (1935). La teoría del estrés.

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud; (2007). El método progresivo de la O.M.S (who steps).

⁵⁰ Organización mundial de la salud. 2000 <http://www.who.int/>.

que actúen más "salutogénicamente", alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida.

PSICOEDUCACION: La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia.

La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición⁵¹.

PSICOTERAPIA: Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas se entiende por Psicoterapia "todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio

⁵¹ Hogarty, GE, Anderson, CM, Reiss, D, et al. (1991) . Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry; 48:340-347.

dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas”.⁵²

PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: La psicoterapia cognitivo conductual tiene dos partes, como primera medida es una reflexión conjunta sobre el problema, una vez establecida la visión que el paciente tiene de su problema, bajo la guía del terapeuta, se realiza el análisis funcional del problema, enunciándolo en términos operativos y modificables. Se fijan así los objetivos de la terapia y comienza el tratamiento, que tienen que ser consensuados entre el paciente y el terapeuta y pueden ir variando a lo largo de la terapia, de acuerdo a como se va avanzando y comprendiendo lo que ocurre.

El tratamiento consiste en el establecimiento de un programa para modificar las conductas, pensamientos y sentimientos que son relevantes en el mantenimiento del problema. La psicoterapia consiste entonces en acompañar al paciente en el camino que tiene que hacer para llevar a cabo el programa⁵³.

SALUD: La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades⁵⁴.

⁵² <http://www.psicocorporal.com/>.

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud; (1946).

BIBLIOGRAFIA

ABORTO ILEGAL TERCERA CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA; 2009.
<http://www.medicos-progresistas.org/>

ALCALDÍA DE NEIVA. Secretaría de Gobierno www.alcaldiadeneiva.gov.co

Aplicación de un modelo Biopsicosocial. Fam Practi res J. 1992.Salvatierra 1989

CLONINGER S. CATTELL y los cinco grandes: Teorías analítico-factoriales de los rasgos. In:Cloninger S, editor. Teorías de la personalidad.México: Pearson Educación; 2003. p. 227-74.

CONVENIO SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD, 2000. Convenio relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado) 1952 (Nota:Fecha de entrada en vigor:02/07/2002) (Instrumento normativo)

COSTA P, MCCRAE R, DYE D. FACET SCALES for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO personality inventory. Pers Individ Dif; 12:1991.

CRANDON AJ. MATERNAL ANXIETY AND OBSTETRIC COMPLICATIONS. J psyshosom res 1979; 23.109-11.

DECLARACIÓN CONJUNTA OMS-UNICEF DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA NATURAL. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. 1989.

DETELS R., MCEWAN J., BEAGLEHOLE R., TANAKA H., OXFORD TEXTBOOK OF PUBLIC HEALTH(FOURTH EDITION), OXFORD: OXFORD UNIV ERSITY PRESS, 2002.

DUMBAR F. psychosomatic, medicine. New york. Randon House. 1947

HERRERA, Julián.; CÁCERES, Delcy Elena. Estudio prospectivo: Prevención primaria del riesgo obstétrico y perinatal mediante la aplicación del Modelo Biopsicosocial.. (Universidad del Valle),. 1988 – 1990.

GOBERNACIÓN DEL HUILA, secretaria de salud departamental; 2009. Acciones para reducir la mortalidad materna. <http://www.gobhuila.gov.co/>

GONZÁLEZ-MERLO J, Del Sol JR. Editores. Obstetricia. 4 ed. Barcelona: Masson; 2002. Smith RP. Ed. Netter: Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer. 1 ed. Barcelona: Masson; 2006.

Gorsuch RL, Key DK Abnormalities of pregnancy as of function of anxiety and life stress. *Psychosom Med* 1974; 36: 352-62

Hetzal BS, Bruer B Poivedeau LS. A survey of the relation between certain common antenatal complications. In primiparae and the stressful life situation during pregnancy. *J Psychosom Res* 1961; 5: 175-82

Heyneman NE, Fremouw WJ, Gano D, Kirkland F. Individual differences and the effectiveness of different coping strategies for pain. *Cognitive Therapy and Research*. ; 14(1): 63-77 1990.

HERRERA M, Julián A. Aplicación de un modelo Biopsicosocial, para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia, 2001 segunda edición.

Kapp FT. Hornstein S, Graham V. Some psychosocial factors in prolonged labor due to inefficient uterine action. *Com Psych* 1963; 4: 913.

Mrazek P.j., Haggerty R., Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research, Washington: National Academy Press, 1994.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Evaluación de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales resultados anualizados, agosto 2002 – diciembre 2003, informe preliminar.

_____. Informe del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras, Régimen Contributivo, versión preliminar. 2003.

Muller Tyl N, Wimmer puchinger BP psychosomatic aspects of toxemia. *J Psychosom obstet Gynecol* 1982 1: 111-17.

NACIONES UNIDAS, La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos, Nairobi, Kenia, febrero 1987P 56.

Newell ML. Mechanisms and timing of mother-to-child transmission of HIV-1. AIDS, 1998, 12: 831–837.

Noticias del mundo América; 2005. Cumbre de primeras damas. <http://www.lukor.com/>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; 30 de marzo 2005 Bogotá. Objetivos del milenio. <http://www.gobernacionhuila.gov.co/>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1998. Maternidad Saludable. _____; 2005. Objetivos del milenio.

Programa Mundial del Alimentos. Programa de prevención y tratamiento de la desnutrición materno-infantil en América Latina y El Caribe. 2005

Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. Acta Anaesthesiol Scand. Jan; 39(1):1995.

Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. Acta Anaesthesiol Scand. Jan; 39(1):1995.

Research. 1991; 15(1): 1-19. Rokke PD, Lall R. The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. Cognitive Therapy and Research; 16(1): 53-65, 1992.

Rokke PD, Lall R. The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. Cognitive Therapy and Research; 16(1): 53-65. Velting DM. Effects of coping and mastery models on pain tolerance. Dissertation Abstracts 1992.International. 1996; 56(10-B).

Schwartz JL. A Study of relationship between, maternal life change events and premature delivery. In: schwartz JL. Schwartz LH. (eds). Vulnerable Infants: a psychosocial dilemma. New york, MC Graw hill, 1977.

Smilkstein G, Gelsper Lucas. A, Ashwork C et al. Predictions o pregnancy complications: and aplication of the biopsychosocial model. Soc Sci Med 1984 18: 315-21.

Williams SL, Kinney PJ. Performance and nonperformance strategies for coping with acute pain: The role of perceived self-efficacy, expected outcomes, and attention. Cognitive Terapy andResearch. 1991; 15(1): 19.

Williams CC, Williams RA, Griswold MJ et al. Pregnancy and life change. J Psychosom res 1975; 123-29.

World Health Organization, the Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva: The World Health Organisation, 1986.

Yamamoto KJ, Kinney DK Pregnant womens ratings of different factors influencing psychological stress during pregnancy. Psychool rep 1976 39: 20

ANEXOS

Anexo A. Organigrama

PROYECTO DE INVERSIÓN
IPS CENTRO PSICOLÓGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE
PRESUPUESTO DE COMPRA Y VENTAS
 En Años

CONCEPTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRODUCTO/UNIDADES										
Producto A	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Producto B	6.384	6.320	6.320	6.320	6.320	6.320	6.320	6.320	6.320	6.320
Producto C	1.692	1.675	1.675	1.675	1.675	1.675	1.675	1.675	1.675	1.675
Total	8.124	8.043								
Capacidad instalada Producto A	48	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	96,00%
Capacidad instalada Producto B	6.384	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%
Capacidad instalada Producto C	1.692	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%	99,00%
PRECIO VENTA / AÑO										
Producto A	500.000	550.000	605.000	665.500	732.050	805.255	885.781	974.359	1.071.794	1.178.974
Producto B	27.000	29.700	32.670	35.937	39.531	43.484	47.832	52.615	57.877	63.665
Producto C	25.000	27.500	30.250	33.275	36.603	40.263	44.289	48.718	53.590	58.949
Incremento % precios	0%	10%								

IPS CENTRO PSICOLÓGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE

VENTAS TOTALES / AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Producto A	24.000.000	26.136.000	28.749.600	31.624.560	34.767.016	38.265.718	42.092.289	46.301.518	50.931.670	54.327.115
Producto B	172.368.000	187.708.752	206.479.627	227.127.590	249.840.349	274.824.384	302.306.822	332.537.504	365.791.255	402.370.380
Producto C	42.300.000	46.061.700	50.671.170	55.738.287	61.312.116	67.443.327	74.187.660	81.606.426	89.767.069	98.743.775
TOTAL	238.668.000	259.909.452	285.900.397	314.490.437	345.939.481	380.533.429	418.586.772	460.445.449	506.489.994	555.441.271
VENTAS TOTALES / AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CREDITO	0									
CONTAO	238.668.000	259.909.452	285.900.397	314.490.437	345.939.481	380.533.429	418.586.772	460.445.449	506.489.994	555.441.271
TOTAL	238.668.000	259.909.452	285.900.397	314.490.437	345.939.481	380.533.429	418.586.772	460.445.449	506.489.994	555.441.271

PORCENTAJE CREDITO	0%
PORCENTAJE CONTAO	100%

PROYECTO DE INVERSION

**IPS CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE
CALCULO DETALLADO DE NOMINA POR AÑO**

En Años

AÑO 1	Cant	Sueldo	Aux. Trans.	TOTAL	AÑO 1
ADMINISTRATIVOS					
Empleado Nivel 1	1	2.500.000	0	2.500.000	30.000.000
Empleado Nivel 2	0	1.000.000	0	0	0
Empleado Nivel 3	1	700.000	59.300	759.300	9.111.600
Empleado Nivel 4	2	497.000	59.300	1.112.600	13.351.200
Empleado Nivel 5	0	-	0	0	0
TOTAL		4.697.000	118.600	4.371.900	52.462.800
Aportes patronales		9%		382.797	4.593.564
Aportes sociales		18,13%		792.407	9.508.853
Prestaciones de ley					0
Vacaciones		4,17%		177.363	2.128.351
Cesantías		8,40%		367.240	4.406.875
Prima		8,40%		367.240	4.406.875
Intereses cesantías		12%		44.069	528.825
TOTAL APORTES					25.573.373
GASTO DE VENTAS					
	Cant	Sueldo	Aux. Trans.	TOTAL	AÑO 1
Empleado Nivel 1	0	0	0	0	0
Empleado Nivel 2	0	0	0	0	0
Empleado Nivel 3	1	497.000	59.300	556.300	6.675.600
Empleado Nivel 4	0	0	0	0	0
Empleado Nivel 5	0	0	0	0	0
TOTAL		497.000	59.300	556.300	6.675.600
Aportes patronales		9%		44.730	536.760
Aportes sociales		18,13%		100.829	1.209.953
Prestaciones de ley					0
Vacaciones		4,17%		20.725	248.699
Cesantías		8,40%		46.729	560.750
Prima		8,40%		46.729	560.750
Intereses cesantías		12%		5.608	67.290
TOTAL APORTES					3.184.202
GASTO DE PRODUCCION					
	Cant	Sueldo	Aux. Trans.	TOTAL	AÑO 1
Empleado 1	0	0	0	0	0
Empleado 2	0	0	0	0	0
Empleado 3	0	0	0	0	0
Empleado 4	0	0	0	0	0
Empleado 5	0	0	0	0	0
TOTAL		0	0	0	0
Aportes patronales		9%		0	0
Aportes sociales		18,13%		0	0
Prestaciones de ley					0
Vacaciones		4,17%		0	0
Cesantías		8,40%		0	0
Prima		8,40%		0	0
Intereses cesantías		12%		0	0
TOTAL APORTES					0

PROYECTO DE INVERSION

IPS CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE

GASTOS DE PERSONAL

En Años

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ADMINISTRATIVOS										
Sueldos	52.462.800	56.659.824	61.192.610	66.088.019	71.375.060	77.085.065	83.251.870	89.912.020	97.104.981	104.873.380
Prestaciones sociales	11.470.927	12.388.601	13.379.689	14.450.064	15.606.089	16.854.555	18.202.919	19.659.153	21.231.885	22.930.436
Aportes fiscales	14.102.447	15.230.642	16.449.094	17.765.021	19.186.223	20.721.121	22.378.810	24.169.115	26.102.644	28.190.856
TOTAL	78.036.173	84.279.067	91.021.392	98.303.104	106.167.362	114.660.740	123.833.600	133.740.288	144.439.511	156.994.671
VENTAS										
Sueldos	6.675.600	7.209.648	7.786.420	8.409.333	9.082.060	9.808.647	10.593.338	11.440.805	12.356.070	13.344.555
Prestaciones sociales	1.437.490	1.552.489	1.676.888	1.810.823	1.955.689	2.112.144	2.281.115	2.463.605	2.660.693	2.873.548
Aportes fiscales	1.746.713	1.896.450	2.037.365	2.200.355	2.376.363	2.566.494	2.771.813	2.993.558	3.233.043	3.491.686
TOTAL	9.859.802	10.648.586	11.500.473	12.420.511	13.414.112	14.487.284	15.646.267	16.897.968	18.249.806	19.709.790
PRODUCCION										
Sueldos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prestaciones sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aportes fiscales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GASTOS	87.895.975	94.927.653	102.521.866	110.723.615	119.581.504	129.148.024	139.479.866	150.638.256	162.689.316	175.704.462

Incremento % año 8%

PROYECTO DE INVERSION
IPS CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE
INVERSION INICIAL
 En Años

CALCULO CAPITAL DE TRABAJO	
Gastos de Norma	74.987.559
Gastos Generales	98.040.000
TOTAL	173.027.559
COMPRAS INSUMOS	0
Imprevistos	0
TOTAL AÑO	173.027.559
TOTAL DIARIO	474.048
TOTAL DIAS	14.221.443
TOTAL CAPITAL DE TRABAJO	14.221.443
DIAS PARA CAPITAL DE TRABAJO	30

VALOR INVERSION INICIAL	RECUPERACION INVERSION	VALOR
INVERSIONES FIJAS	20%	2.112.000
INVERSIONES DIFERIDAS	10%	240.000
CAP. DE TRAB. COS. Y GAS.	100%	14.221.443
CAP. DE TRAB. CARTERA	0%	0
TOTAL INVERSION INICIAL		16.573.443
VALOR DIA PARA CAP. TRAB. CARTERA		0
DIAS PARA CAP. TRAB. CARTERA		0
FUENTES DE FINANCIACION	% PARTIC.	VALOR INVERSION
CAPITAL PROPIO	60%	16.308.866
PRESTAMO BANCARIO 1	40%	10.872.577
PRESTAMO BANCARIO 2	0%	0
PRESTAMO BANCARIO 3	0%	0
TOTAL	100%	27.181.443

PROYECTO DE INVERSION

IPS CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE

ESTADO DE GANANCIAS Y PERIDAS PROYECTADO

En Años

Concepto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ventas estimadas	238.668.000	259.909.452	285.900.397	314.490.437	345.939.481	380.533.429	418.586.772	460.445.449	506.489.994	555.441.271
Ingresos por ventas	238.668.000	259.909.452	285.900.397	314.490.437	345.939.481	380.533.429	418.586.772	460.445.449	506.489.994	555.441.271
TOTAL VENTAS	238.668.000	259.909.452	285.900.397	314.490.437	345.939.481	380.533.429	418.586.772	460.445.449	506.489.994	555.441.271
Costo de ventas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilidad Bruta	238.668.000	259.909.452	285.900.397	314.490.437	345.939.481	380.533.429	418.586.772	460.445.449	506.489.994	555.441.271
Gastos administrativos	52.462.800	56.659.624	61.192.610	66.098.019	71.375.090	77.085.065	83.251.870	89.912.020	97.104.981	104.873.380
Nomina	25.573.373	27.619.243	29.828.783	32.215.085	34.792.292	37.575.675	40.581.729	43.828.266	47.334.579	51.121.291
Aportes sociales	78.036.173	84.279.067	91.021.392	98.303.104	106.167.352	114.660.740	123.833.600	133.740.288	144.439.511	155.994.671
Total gasto de personal	23.040.000	25.344.000	27.878.400	30.666.240	33.732.864	37.106.150	40.816.765	44.898.442	49.398.266	54.327.115
Gastos de funcionamiento	1.512.000	1.512.000	1.512.000	1.512.000	1.512.000	600.000	600.000	600.000	600.000	600.000
Depreciacion	480.000	480.000	480.000	480.000	480.000	0	0	0	0	0
Amortizacion	3.261.773	3.185.241	3.085.749	2.956.409	2.788.267	2.569.683	2.285.523	1.916.116	1.435.886	811.588
Gasto de intereses	106.329.946	114.800.308	123.977.541	133.917.753	144.680.493	154.838.574	167.535.888	181.164.846	195.863.683	211.733.374
Total gastos administrativos	6.675.600	7.209.648	7.786.420	8.409.333	9.082.080	9.808.647	10.593.338	11.440.805	12.356.070	13.344.555
Gastos de ventas	3.184.202	3.438.938	3.714.053	4.011.178	4.332.072	4.678.638	5.052.929	5.457.163	5.893.736	6.365.235
Aportes sociales	9.859.802	10.648.586	11.500.473	12.420.511	13.434.152	14.487.284	15.646.267	16.897.968	18.249.806	19.709.790
Total gasto de personal	75.000.000	82.500.000	90.750.000	99.825.000	109.807.500	120.788.250	132.867.075	146.153.783	160.769.161	176.846.077
Gastos de ventas	84.859.802	93.148.586	102.250.473	112.248.511	123.221.652	135.275.534	148.513.342	163.061.751	179.018.966	196.595.867
Total gastos de ventas	191.189.749	207.948.894	226.228.014	246.163.264	267.902.135	290.212.108	316.049.230	344.206.596	374.882.650	408.289.241
Utilidad operacional	47.478.281	51.960.558	59.672.383	68.327.173	78.037.345	90.321.321	102.537.541	116.238.862	131.607.344	147.182.028
Impuesto de Renta	16.617.388	18.186.195	20.885.334	23.914.511	27.313.071	31.612.462	35.888.139	40.683.598	46.062.570	51.503.210
Utilidad después de impuestos	30.860.893	33.774.363	38.787.049	44.412.663	50.724.274	58.708.859	66.649.402	75.555.254	85.544.774	95.648.819
Reserva legal	3.086.086	3.377.436	3.878.705	4.441.266	5.072.427	5.870.886	6.664.940	7.555.525	8.554.477	9.564.882
Inversiones futuras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilidad por distribuir	27.774.777	30.396.926	34.908.344	38.971.396	45.651.847	52.837.973	59.984.462	67.999.729	76.990.286	86.083.937

IMPUESTO RENTA	35%
RESERVA LEGAL	10%
OTRAS RESERVAS	0%

PROYECTO DE INVERSIÓN
IPS CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE
 BALANCE GENERAL PROYECTADO A 15 AÑOS
 En Años

CUENTA CONTABLE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ACTIVO											
Corriente											
Caja y Bancos	14.221.443	63.426.597	100.440.116	143.487.171	182.260.526	247.746.759	310.407.810	380.701.531	460.001.479	549.484.230	648.478.595
Inventario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Activo Corriente	14.221.443	63.426.597	100.440.116	143.487.171	182.260.526	247.746.759	310.407.810	380.701.531	460.001.479	549.484.230	648.478.595
Propiedad Planta y Equipo	10.560.000	9.948.000	7.556.000	6.024.000	4.512.000	3.000.000	0	-600.000	-1.200.000	-1.800.000	-2.400.000
Total Propiedad, Planta y Equipo	10.560.000	9.948.000	7.556.000	6.024.000	4.512.000	3.000.000	0	-600.000	-1.200.000	-1.800.000	-2.400.000
Otros Activos											
Derechos	2.400.000	1.920.000	1.440.000	960.000	480.000	0	0	0	0	0	0
Total Otros Activos	2.400.000	1.920.000	1.440.000	960.000	480.000	0	0	0	0	0	0
TOTAL ACTIVO	27.181.443	74.404.597	109.416.116	150.497.171	197.262.526	250.746.759	310.407.810	380.101.531	458.801.479	547.684.230	646.078.595
PASIVOS											
Cuentas por pagar	10.872.577	10.871.469	10.285.529	9.884.696	9.294.224	8.566.610	7.618.411	6.367.099	4.799.288	2.705.293	0
Impuestos por Pagar	10.872.577	10.871.469	10.285.529	9.884.696	9.294.224	8.566.610	7.618.411	6.367.099	4.799.288	2.705.293	0
TOTAL PASIVO	10.872.577	27.234.897	28.472.024	30.740.030	33.208.734	35.976.680	38.230.874	42.275.183	45.450.888	48.787.884	51.503.210
PATRIMONIO											
Aportes de Capital	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866	16.308.866
Reserva Legal	3.089.095	3.089.095	8.483.529	10.342.227	14.783.494	19.850.921	25.728.807	32.391.747	39.947.273	48.591.750	58.095.632
Reserva de proyectos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilidades del periodo	27.774.777	27.774.777	30.386.828	34.008.344	39.971.396	46.851.847	52.837.873	59.894.462	67.999.729	78.990.296	86.083.907
Utilidades Acumuladas	0	0	27.774.777	58.171.703	93.000.047	133.051.444	176.780.291	231.541.283	291.525.725	359.525.454	439.515.750
TOTAL PATRIMONIO	16.308.866	47.189.728	60.944.092	71.973.141	84.143.803	98.988.078	114.947.936	132.596.338	151.791.892	172.328.916	194.925.185
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	27.181.443	74.404.597	109.416.116	150.497.171	197.262.526	250.746.759	310.407.810	380.101.531	458.801.479	547.684.230	646.078.595
DIFERENCIA	0	0	0	0	0	0	-2.400.000	-2.400.000	-2.400.000	-2.400.000	-2.400.000

IPS CENTRO PSICOLOGICO DE MATERNIDAD SALUDABLE

