



INFORME II ENCUENTRO NACIONAL DE COORDINADORES DE INSTITUCIONES DE SERVICIOS UNIVERSITARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

RED ISUAP

Objetivos

General:

Consolidar el trabajo en red a nivel nacional, desde el fortalecimiento de la investigación y la calidad en la formación y servicio a la comunidad.

Específicos:

1. Iniciar un proceso de intercambio con entidades públicas encargadas de regular el trabajo del psicólogo en las ISUAP.
2. Promover el intercambio y la reflexión entorno a los estándares de calidad en la atención.
3. Motivar la participación de otros Centros de Atención en la línea de investigación de la Red.

Participantes:

Lista de asistentes		
1	Adriana Altamar Córdoba	U. Simon Bolívar
2	Ana Rita Russo	U. Norte
3	Clara Visbal Villalba	U. Simon Bolívar
4	Dalila Escamilla	Universidad Del Norte
5	Diana María Ocampo	CES
6	Flor Delgado Sánchez	U. P. B. Montería
7	Francy Yamile Tatar	U. Pedagógica y Tecnológica de Colombia
8	Guillermo Staaden	U. Metropolitana
9	Ivonne Gómez	U. Los Andes
10	John Negrete	U. Metropolitana
11	Jorge Iván Galindo	U. Norte
12	Juan Diego Orrego	Fundación Universitaria Maria Cano
13	Karen Pacheco Echeverry	Universidad Del Norte
14	Margarita Roza	U. Católica



15	Maria Clara Rodriguez	U. Sabana
16	María Elena Fonseca	U. San Martín
17	María Isabel Herron Londoño	U. Pontificia Bolivariana - Medellín
18	María Isabel González	U. Del Rosario
19	María Lucero Ramírez	U. Antonio Nariño
20	María Victoria Ruiz	U. Cooperativa de Colombia
21	Nayib Carrasco Tapias	U. Cooperativa de Colombia - Medellín
22	Norma Ariza	U. Norte
23	Olga Hoyos	U. Norte
24	Oscar Ovalle	U. Ibagué
25	Pablo Guerrero	U. Santo Tomas
26	Paula Cristina Ríos	U. Católica de Oriente
27	Paula Andrea Restrepo	U. Católica Popular de Risaralda
28	Rodrigo A. Ensuncho	Incca de Colombia
29	Vilma Cabarcas Alonso	U. Simón Bolívar
30	Romina Izzedin	U. Los Libertadores
31	Diana Cristina Ramírez	U. Católica de Oriente

PROGRAMA

Jueves 3 de Septiembre de 2009

Mañana:

8:00 – 8:30 am	Registro y credenciales
8:30 – 8:45 am	Apertura del evento
8:45 – 10:00 am	La tutoría Clínica en sus Aspectos Éticos y Legales: Una Experiencia desde la Formación Académica y el Compromiso Social. Dra. Ana Rita De Vivo, PhD
10:00 – 10:30 am	Receso
10:30 am – 12:00 m	Presentación de la red para el vínculo afectivo. Dra. Diana Perea y Dr. Jorge Galindo
12:00 – 2:00 pm	Receso

Tarde:

2:00 – 4:00pm	<i>Simposio N°1:</i> Controversias actuales frente a la Historia Clínica. Coordinadores: Dr. Oscar Ovalle y Dr. Pablo Guerrero
4:00 – 4:30pm	Receso
4:30 – 5:30pm	Trabajo en grupos
5:30 – 7:00pm	Presentación de Pósters: Experiencias de Trabajo en Comunidad



7:00 – 8:00pm	Actividad Cultural
---------------	--------------------

Viernes 4 de Septiembre de 2009

Mañana:

8:00 – 9:00	Investigación Universidad Nacional
10:00am	<i>Simposio N°2:</i> Implicaciones de la Supervisión en la Práctica Clínica. Coordinadora: Dra. María Isabel Herrón
10:00 – 10:30 am	Receso
10:30am – 12:00m	Trabajo en grupos
12:00m – 2:00 pm	Receso

Tarde:

2:00 – 4:00 pm	<i>Simposio N°3:</i> Las guías Clínicas: Una Oportunidad para Pensar la Práctica. Coordinadoras: Dra. Carolina Beltrán y Dra. Margarita Roza
4:00 – 4:30 pm	Receso
4:30 – 5:30 pm	Trabajo en grupos
5:30 – 7:00 pm	Discusión documento de conclusiones
7:00 – 8:00 pm	Actividad Cultural

Resultados:

Simposio N°1: Controversias actuales frente a la Historia Clínica.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. ¿Cuáles son los documentos básicos de una Historia Clínica?
2. ¿Cómo establecer una distinción entre Historia clínica e Historia Clínica académica?
3. ¿Se viola el secreto profesional en el desarrollo de investigaciones, al utilizar la Historia Clínica como instrumento de análisis?

CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones que plantearon los participantes se encuentran las siguientes:



1. No hay dificultades mayores entre la norma y su implementación, la norma de por sí ha permitido clarificar aspectos centrales de cómo deben llevarse las historias. Respecto al modelo de historia, cada centro ha venido desempeñándose de acuerdo con los modelos de formación que se establecen en el pregrado.
2. El hecho de trabajar sobre un diagnóstico y no sobre una impresión diagnóstica, ha generado que se puedan estar elevando los perfiles epidemiológicos.
3. Los participantes se preguntan: ¿Cuándo se trabaja en investigación se debe trabajar con el motivo de consulta, con el diagnóstico o con la impresión diagnóstica?
4. En los procesos formativos, en ocasiones los lineamientos normativos se tiende a ver más como un elemento impositivo, no de formación y esto genera tropiezos con el cumplimiento de la misma, la actitud del estudiante tiende a manifestarse en algunos casos como un mero cumplimiento, sin valorar la trascendencia de la misma.
5. En algunos casos la normatividad, influye de tal manera, que la atención se supedita a protocolos, esquemas, y el trabajo de formación y supervisión se va perdiendo. Es un proceso que pareciera ir en contravía, aunque la norma genera malestar, hay que recuperar la academia dentro de los procesos.
6. Es importante definir desde la Red un documento para que las entidades gubernamentales nos escuchen para poder integrar la norma y la academia. El consenso es necesario para no estar aislados en los procesos de habilitación y en los procesos académicos.
7. Hay que definir el perfil de los estudiantes, de los administrativos, docentes por cuanto cada uno de estos roles juegan un papel importante en los procesos formativos asistenciales.
8. En cuanto a La historia académica, se debe tener en cuenta que ésta debe decantar más los procesos, debe permitir dar cuenta del proceso de supervisión, orientación y acompañamiento sesión a sesión.
9. El arbitramento del Colegio Colombiano de Psicólogos, los comités de bioética de las universidades, determinan que la historia clínica dependiendo de los enfoques es una vía expedita para la investigación. Es importante definir la responsabilidad de investigadores y coinvestigadores en estos procesos. De la misma



forma se debe establecer en qué situaciones se pueden o no presentar o publicar ciertas particularidades del caso, debido a las posibilidades de identificación de los consultantes. Hay que cuidar qué tipo de información va a hacerse pública. La información de la historia clínica es generalizada, no se detalla, la información de la investigación es un proceso paralelo que no se incluye en la H.C.

Respecto a los datos mínimos que deben contemplar la historia se encuentran los siguientes: identificación, (acordes con la norma) motivo de consulta, antecedentes, historia familiar, factores de riesgo, hipótesis, evolución y plan de tratamiento, observaciones

Simposio N° 2: Implicaciones de la supervisión en la práctica clínica

El simposio estuvo compuesto por tres exposiciones, y trabajo en grupos para la discusión de aspectos relevantes del tema. A continuación se presenta una breve reseña de cada exposición y las conclusiones expuestas luego de la discusión de las preguntas orientadoras.

EXPOSICIÓN N°1: Marco legal de la supervisión. Juan Diego Orrego Cataño – Fundación Universitaria María Cano (Medellín).

En la exposición se trabajan algunos componentes del marco normativo, que regula la supervisión de prácticas en áreas del sector salud:

- Decreto 1849 de 1992, *"Por el cual se crea, el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud"*.
- Ley 100 de 1993, Artículo 247 *"Del ofrecimiento de programas académicos en el Área de Salud por parte de las instituciones de Educación Superior"*.
- Decreto 0190 de 1996, *"Por el cual se dictan normas que reglamentan la relación docente – asistencial en el SGSSS"*
- Acuerdo 03 de 2006, *"Por el cual se adoptan los criterios de evaluación y verificación de los convenios docente-asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o postgrado en el área de salud"*
- Ley 1164 de 2007, *"Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud"*.

Como perspectiva se plantea lo siguiente:



- El ejercicio de la supervisión de aquellas prácticas enmarcadas en la formación de profesionales de las ciencias de la salud, continuará bajo la determinación del modelo médico, que justifica la presencia del docente – supervisor como actor, testigo y a la vez corresponsable de la asistencia prestada.
- Es preciso incluir de manera oportuna y con fuerza argumentativa, la idiosincrasia propia de la formación y de las prácticas profesionales en psicología, en la formulación de normas que regulen el ejercicio de la supervisión en psicología.

El expositor concluye que existe necesidad de mayor representación política en la rama legislativa y que el ejercicio de la gestión política debe ser una prioridad de las instancias que agremian a los profesionales en Psicología.

Durante la exposición los asistentes plantean ideas referidas a la relación entre la academia y lo público, siendo éste un ente que regula y que también contextualiza. Se nombra como una estrategia la aproximación a los planes locales de salud. A este respecto se comenta como, especialmente en Bogotá, la experiencia de vinculación con lo público implica que sean las Universidades las que aporten todo el recurso. Se comentan las experiencias de otros entes territoriales como Sabaneta (Antioquia), donde ha sido el municipio quien aporta los recursos. Igualmente existen casos en los cuales las secretarías municipales no están interesadas en nuevos programas sino en conseguir apoyo para los que vienen desarrollando.

Se plantea la contraprestación de servicios como una alternativa a ser considerada en la realización de planes conjuntos.

EXPOSICIÓN N°2: LA SUPERVISIÓN: Una reflexión sobre su lugar en la formación profesional. Diana María Ocampo Lopera–CES (Medellín).

El objetivo de trabajo en este espacio, es presentar algunas reflexiones e inquietudes sobre el lugar de la supervisión en la formación profesional, específicamente la pregunta por la formación clínica, considerando los aspectos éticos y legales que ésta conlleva. En esta reflexión han emergido cinco asuntos problemáticos de la supervisión que pueden ser objetos de discusión y reflexión en éste y otros espacios

El concepto de supervisión:

Se hace el abordaje etimológico y, se encuentra como punto problemático el pensar la Supervisión en el ámbito clínico -basada en la identificación e imitación del supervisor- cómo puede ésta



desarrollar en el estudiante una posición definida y un razonamiento clínico que le permita construir un saber; si se parte de una posición jerárquica que ubica al estudiante en un rol pasivo.

En este sentido la invitación es a pensar que la situación del supervisor y el supervisado no se reducen sólo a una condición de mayor o menor visión sobre los asuntos de la clínica, específicamente de la psicoterapia. En la supervisión se evidencia cómo se genera una matriz vincular a través de la cual el practicante puede dotar de sentido aquello que se torna ininteligible en la relación terapéutica, de modo que pueda desarrollar esa "sensibilidad clínica" que le ha de permitir "trasegar por las calles desconocidas" del sufrimiento y del pathos humano.

Los lugares de supervisor y supervisado:

Se propone en este sentido, la deconstrucción de las jerarquías tradicionales y asumir al supervisor, como lo plantean Goolishian y Anderson (1990), en una postura de 'no conocer', y al supervisor en el lugar del que sabe, porque conoce su problema y sabe de qué forma el supervisor puede serle útil. La "super-visión", es entonces la del supervisado, no la del "super-visor". Estos autores proponen que el supervisor debe tener una actitud de mucha curiosidad y necesidad de saber más, en lugar de comunicar opiniones teóricas y expectativas preconcebidas sobre el supervisado y el problema. Le otorgan una importancia central al punto de vista y las opiniones del supervisado, el cual es un agente activo en su proceso de formación.

La naturaleza del aprendizaje:

Los modelos tradicionales de supervisión implican que los supervisores sean los expertos que enseñan o imparten su experiencia profesional a un terapeuta novato. Estos modelos enfatizan el aprendizaje a través de la instrucción o el "modelaje", lo que pone al estudiante en una modalidad pasiva de receptor. Desde este modelo, el supervisado es visto como un aprendiz a quien el supervisor acoge para que aprenda el "arte" de la terapia.

En este punto surge el interrogante sobre si la clínica es algo que se pueda enseñar, encontrando que si el objetivo de la supervisión está orientado a posibilitar la identidad del estudiante como psicólogo y al razonamiento clínico, podría decirse que la clínica puede ser aprendida, pero no enseñada y por tanto "el rol del supervisor **no** es enseñar lo que sabe acerca de qué hacer y cómo hacerlo, sino un recurso, un catalizador para el aprendizaje" (Anderson y Goolishian).

La formación de supervisores:



A pesar del creciente interés manifiesto en la literatura por delimitar la supervisión en relación con su naturaleza, sus funciones, sus métodos y su finalidad; en la práctica, la supervisión sigue siendo un proceso inespecífico, carente de fundamentos teóricos y metodológicos que la sustenten como entidad diferenciada en el ámbito universitario.

Uno de los principales problemas asociados con la falta del reconocimiento identitario de la supervisión, es la ausencia de una formación específica para los supervisores. Muchos de los que llevan a cabo esta tarea en las universidades, cuentan con una amplia formación y experiencia profesional y docente y a partir de allí, cada supervisor construye un modelo propio; aspecto que puede dejar de lado algunos aspectos epistemológicos, metodológicos y éticos del proceso.

Los procesos evaluativos:

Teniendo en cuenta el carácter institucional de la supervisión en el contexto universitario, posiblemente el aspecto evaluativo cuantitativo sea necesario o inevitable; sin embargo en dicho caso, debería dejarse suficientemente claro en el encuadre del proceso de supervisión, aquellas dimensiones que se cuantifican y bajo qué criterios, así como la significación que tiene la nota, tanto para el supervisor como para el practicante. Cuando las condiciones del vínculo no permiten una "exploración contenida" de los aspectos emergentes de la práctica que tienen que ver con dimensiones subjetivas del practicante, el proceso se reduce a un asunto instruccional, desconociendo el contexto vincular que la atraviesa.

Durante la exposición se discute acerca lo que es asesoría y supervisión y se aclara que la ley habla de supervisión y abría que saber qué es lo que la ley quiere significar.

Dentro de la autonomía de cada institución, los currículos como tales deben proveer de aquel concepto que supervisión bajo el cual se va a proceder y tenerlo debidamente protocolizado. Ante los requerimientos de calidad, lo que hay que demostrar es que el estudiante está acompañado.

Igualmente se plantea que la responsabilidad está en tener claro quién recibe a los pacientes que, en todo caso, deberá ser un profesional que luego los asigna a los estudiantes en formación.



EXPOSICIÓN N°3: Un modelo de supervisión en la clínica social. Edwin Vélez Toro-FUNLAM (Medellín) y Diana Cristina Ramírez Valencia–Universidad Católica de Oriente (Rionegro-Antioquia).

A través de la exposición se pretende precisar la importancia de la supervisión grupal desde una mirada clínica, como elemento trascendente a la formación teórica y metodológica.

La supervisión es definida como una co-visión: *mirar con otro* la tarea, en un camino que se recorre al andar. "Posibilidad de aprender, escuchar, analizar, fortalecer una red de sostén intersubjetiva que nos permita *saber hacer*, desde el respeto a las diferencias, atravesados por incertidumbres y falta de certezas". (Fernández. 2007. Pág.1).

La propuesta que se presenta, da muestra de la forma de realizar el acompañamiento al estudiante en práctica de la Fundación Universitaria Luis Amigó, desde la supervisión grupal, desmitificando un tanto en cuanto a la forma tradicional de la supervisión clínica, uno a uno (Supervisor – Estudiante).

A través de la experiencia de la supervisión grupal, se ha encontrado que:

1. El Supervisor, acompaña a través de la escucha activa y de la posibilidad que se le brinda al estudiante de expresar las inquietudes generadas a través de la intervención realizada, pero sobre todo, la expresión de los sentimientos y angustias suscitadas a partir del encuentro con las realidades individuales y sociales. En ocasiones considerando que el supervisor, cumple con una función orientadora desde lo técnico, pero a su vez como medio catártico.
2. Las posiciones críticas asumidas por los integrantes del grupo, colaboran en el desarrollo, retroalimentación y dirección de la forma de intervención manifestada por uno de ellos. Esto permite ampliar al estudiante en práctica, la visión del abordaje diagnóstico, terapéutico o de intervención y al mismo tiempo la regulación de sus sentimientos, como un asunto compartido.
3. Se busca desarrollar estrategias en el estudiante, que le permitan ser autónomo, responsable e independiente en las intervenciones; así mismo, que desarrolle una actitud consciente y activa en su proceso de formación profesional y personal.

Se aclara que la propuesta presentada logra articular la teoría de Pichón Riviere y la de Carl Roger, desde la técnica de cada modelo y no desde la fundamentación epistémica.



Los participantes dialogan alrededor de la clínica como interfase entre los campos de formación y como se hace necesario reconocerla como eje transversal en todos ellos. Igualmente se afirma que existen particularidades propias de cada universidad y que las ISUAP deberán tener un referente clínico fundamentado teóricamente.

TRABAJO EN GRUPOS:

Se discuten las siguientes preguntas:

PREGUNTA 1:Cuál es la diferencia entre supervisión y asesoría?

No es fácil definir; el asesor es experto en algún tema o aspecto y hace orientación a quien asesora estableciendo una relación de distancia y jerarquía. En la supervisión se hace acompañamiento y el supervisor es un facilitador.

Carol Falender de la mesa de supervisión en la APA: propone la supervisión como un proceso interpersonal colaborativo que incluye observación, facilitación, evaluación y el estudiante hace trabajo de autoevaluación. Se pretende propiciar la autonomía.

PREGUNTA 2:Cuál deberá ser el perfil y la formación del supervisor?

Debe ser una persona que participa en proyectos, le aporta a los planes de estudio. Con formación como psicólogo y por lo menos especialista; deberá recibir un entrenamiento en clínica.

En cuanto a la experiencia, además de la propia del campo específico, debe tener experiencia universitaria mínima de dos años, que permita dar cuenta de estrategias pedagógicas.

El supervisor debe estar en posibilidad, desde los diferentes espacios de relación, de propiciar la formación integral; debe ser una persona empática que pueda orientar aspectos personales y profesionales que direccionan la vida de los estudiantes.

Cada institución además de definir el perfil del docente, deberá también concebir el perfil del docente supervisor.

Se plantea la siguiente inquietud: Cómo acreditar la experiencia de ser formado en supervisión? En horas? En número de casos?



PREGUNTA 3: Es pertinente que la psicología se acoja al modelo docente-asistencial propio de la medicina? Por qué?

Si es pertinente acogerse a un modelo porque permite organizar y el modelo por sí mismo no es el problema sino que desde las guías de procesos y procedimientos deberá aclararse desde qué modelo se va a intervenir.

El modelo asistencial de la medicina se basa en la evidencia y lo que se pide es que todo esté debidamente documentado. Al interior de cada institución se dará la discusión más allá de lo formal para trascender a lo epistemológico y poder fundamentar un modelo de supervisión, lo cual deberá pasar por los departamentos de práctica.

Frente a la problemática de estudiantes de pregrado realizando su práctica en sitios en los cuales no hay psicólogo profesional, se plantea empezar a compartir la norma y el modelo con los sitios de práctica, llevándolos a comprender los factores de riesgo. Posteriormente, luego de un tiempo establecido, se podrá hacer la exigencia de psicólogo en los sitios de práctica. Esta estrategia también contribuye a posibilitar empleo a los profesionales, los cuales hoy en día están siendo reemplazados por practicantes. Otra estrategia consiste en hacer práctica por proyectos que se venden a las instituciones.

PREGUNTA 4: Cómo evaluar una práctica supervisada?

Para evaluar la práctica supervisado, es fundamental ubicarse en el contexto de la institución, tener en cuenta si es pregrado o postgrado, y el ámbito de desempeño.

Deben evaluarse aspectos conceptuales y relacionales. Se debe realizar un trabajo muy coordinado con los directores de los centros externos; ir más allá de la mecánica para poder introducir allí las condiciones y elementos necesarios para lograr implementar la práctica supervisada que competa a la formación integral de los estudiantes.

Con esta información se escribirá un documento final que se discutirá y se presentará al ministerio de Protección Social, de tal manera que la reglamentación sobre el ejercicio de la profesión, se oriente por las acciones y lineamientos propios de la disciplina.



Simposio N°3: Las guías Clínicas: Una Oportunidad para Pensar la Práctica

De acuerdo con las preguntas orientadoras para la discusión en grupos se realizó un ejercicio reflexivo que llevó a algunas conclusiones y a muchos interrogantes entre los cuales se resaltan los siguientes:

PREGUNTAS ORIENTADORAS DOCUMENTO I Contextualización Normativa de la exigencia de Guías Clínicas

1. ¿Qué opiniones tienen sobre la exigencia del desarrollo de guías para centros de práctica?
2. De acuerdo con las características de los centros de práctica, ¿qué sería más conveniente: desarrollar guías, protocolos o marcos teóricos de intervención?

- El desarrollo de Guías Clínicas en los centros de práctica se considera importante ya que permiten organizar procesos y servir de orientación para estudiantes en formación de diversos niveles, sin embargo se presentan algunas dificultades asociadas a la presencia de múltiples enfoques ya que no es posible la unificación al interior del centro y las implicaciones de algunos enfoques en la especificación de las mismas.
- Se resalta así mismo, la importancia de diferenciar entre protocolos, entendidos como directrices específicas en relación con qué se tiene que hacer paso a paso y, guías como orientación general que sugieran como abordar las problemáticas. Se concluye que en los centros de atención es muy difícil establecer protocolos.
- Frente a la segunda pregunta se plantea que algunos centros tienen marcos teóricos, otros protocolos y otros guías.
- También se encuentra que cada centro sigue una metodología diferente en la construcción de las guías, equipos conformados por estudiantes, supervisores y docentes.
- Así mismo se resaltó la importancia de socializar permanentemente las guías y formalizar esos escenarios de difusión, se requiere actualización periódica de las mismas.

PREGUNTAS ORIENTADORAS DOCUMENTO II. Metodología para el Desarrollo de Guías

1. Discutir las ventajas y desventajas que tiene el modelo metodológico, propuesto, para el desarrollo de guías en psicología.
2. Discutir el tema de la relación terapéutica y el papel del terapeuta en el contexto de la aplicación de guías clínicas.



- La principal dificultad: diferentes enfoques, diferentes metodologías en la elaboración de guías.
- Dificultad para lograr acuerdos sobre modelos de guías.
- Dificultad para supervisar la aplicación y utilización de las guías en las historias clínicas.
- Importancia de las guías como posibilidad de consistencia de los procesos en los cuales, independientemente de que quienes lo hayan formulado o construido ya no se encuentren en la institución.
- Reconocimiento como posibilidad de sistematizar nuestros procesos y generar reflexiones académicas en torno a las mismas.

Se analizó si el enfoque de la terapia no siempre se adapta a las características del paciente, Qué Hacer? Las Guías pueden responder a modelos?

La Investigación cuantitativa aporta más con evidencia empírica que se solicita en la elaboración de guías de práctica clínica, esto puede inclinar las guías hacia modelos compatibles con estas investigaciones.

La elaboración de las guías es un acto de responsabilidad con el usuario (no sólo por cumplir la norma).

Cada vez hacemos diagnósticos más inclinados hacia problemáticas y no hacia los trastornos, dado que muchos de los centros tienen dificultades en definir una metodología y en adoptar un esquema de la elaboración de guías por insuficiente manejo de la normatividad y los múltiples enfoques que maneja, se propone buscar apoyo en los centros que ya han avanzado en el proceso, a través de "pasantías de estudiantes".

Se analizó la importancia de la **coherencia** en la formación que se hace de los estudiantes de acuerdo en el currículo establecido en cada una de las universidades y la elaboración y desarrollo de las guías de práctica clínica, se busca que cada Centro de práctica documente lo que hace y lo haga de una forma lógica responsable y con calidad.

Otros logros:



Fortalecimiento de los nodos de Antioquia-Risaralda, Cundinamarca, Tolima-Boyacá y la creación del nodo del Norte, Santa Marta, Barranquilla, Cartagena y Montería.

Presentación de la investigación de la Universidad Nacional, que ayudó a reflexionar sobre las implicaciones de las políticas de atención en salud: impactos y desafíos para la formación y atención en las ISUAP. Los participantes propusieron complementarla con los datos de las ISUAP a nivel nacional, aspecto que se le consultó a las autoras y se está en espera de una respuesta y condiciones para llevarla a cabo.

Motivar e incentivar la creación de otras ISUAP en instituciones educativas que aún no cuentan con ellas, brindando asesoría pertinente desde la Red

El III Encuentro Nacional de de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica – Red ISUAP, tendrá lugar en el mes de Septiembre de 2010, en la ciudad de Pereira donde el anfitrión será la Universidad Católica Popular de Risaralda.

OLGA LUCIA HOYOS
Directora de Programa
Universidad del Norte

MARIA CLARA RODRIGUEZ
Coordinadora Nacional Red ISUAP

MARIA ISABEL HERRON
Coordinadora Nodo Antioquia-Risaralda