

## DE LA ACADEMIA

## LA CALIDAD NO CAE DEL CIELO

Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad del Cauca  
COMITÉ DE ACREDITACIÓN

**L**a calidad es a las instituciones, lo que la felicidad al ser humano. Los seres humanos podrán estar en desacuerdo con muchas cosas, pero uno de los acuerdos fundamentales parece ser que encontramos sentido a nuestra vida cuando ella nos brinda felicidad.

Por supuesto el concepto de felicidad es tan difícil de expresar como el de calidad. Todos sabemos qué es sentirse feliz pero es muy difícil expresarlo con palabras, la felicidad es algo más que un sentimiento, es el estado del ser.

Denis Prager un estudioso de la felicidad, al igual que Bertrand Russell llegan a la misma conclusión: "La felicidad se construye, es un aprender a descubrir lo bello de la vida independientemente de las circunstancias».

La calidad es la razón que permite que una institución desarrolle su identidad. Hay múltiples definiciones de calidad, pero muchas veces son innecesarias pues el sentido común nos indica cuales son las instituciones de calidad.

La calidad de una institución como la Universidad la muestra su ambiente de trabajo, lo que llaman algunos el Clima Institucional. Calidad viene de calidez, de amor por lo que se hace y aunque no seamos expertos en gerencia la podemos palpar con solo traspasar la puerta de una Facultad: la actitud del portero, la limpieza, el orden, el cuidado que prodigan al sitio los propios y extraños, la atención de la secretaria, incluso al hacer una llamada telefónica, por todo ello la calidad de la educación se hace, la creamos en cada acto cotidiano. Cada uno de nosotros, profesores, estudiantes o empleados somos los constructores día a día de la calidad. La calidad de nuestra Facultad es el resultado de la calidez con la que cada uno de nosotros desempeñemos nuestro rol. Cuando nos

preocupamos por innovar una clase, por buscar una reseña bibliográfica que amplié lo que no quedó claro en clase, cuando hacemos una tarjeta dando las gracias o deseando paz a quienes nos visitan.

La calidad es un proceso dinámico, no una imagen congelada de la realidad. Todos los días la realidad es nueva, pero muchos creen que ver las mismas paredes o las mismas personas son una recreación monótona del ayer. El gran enemigo de la calidad es el pesimismo, cuando nos comparamos con otros y solo vemos nuestros aspectos negativos; cuando aspiramos a la perfección utópica o cuando solo nos fijamos en las cosas que nos faltan, nos vemos mal; la calidad es nuestra actitud positiva ante la vida grupal.

Podemos contribuir a mejorar la calidad cuando buscamos el cambio y aportamos efectivamente a él, cuando aprovechamos una circunstancia difícil para encontrar en ella el aprendizaje que nos deja. Además, el construir la calidad de nuestro grupo o nuestra institución nos da algo más, nos hace creer, nos da sentido, nos permite aprender, en fin cuando construimos la calidad de otros aportamos a nuestra propia felicidad.

En conclusión, para asumir el reto de la calidad académica ya que esta no es un camino preestablecido, se exige de cada uno de nosotros colectivizar lo que hasta ahora está funcionando, incentivar la concertación de esfuerzos, interés y expectativas de cada uno de los estamentos directivos, profesores, administrativos, estudiantes y egresados para acceder a una comprensión integral de la que implica ser y hacer universidad, y desde ahí poder liderar el cambio de rumbo que lleve a alcanzar las metas de innovación y cambio que las nuevas condiciones exigen del trabajo: mayor transparencia, mayor eficiencia y mayor responsabilidad social.

## NOTAS BIOMEDICAS

### El Nuevo Concepto del Retraso Mental

Gloria Daza \*

VERDUGO, Miguel Angel y otros American association on mental Retardation. Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de Apoyo. Editorial Alianza. Madrid. 25 - 26 - 41 - 139.

La deficiencia mental ha estado presente a lo largo de toda la humanidad pasando por situaciones de ignorancia y desatención hasta los servicios profesionalizados dirigidos a posibilitar la "rehabilitación" y "habilitación". El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociados en dos o más áreas de habilidades adaptativas: Comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud, seguridad, habilidades académicas, funcionales, ocio, trabajo y tiempo libre; se manifiesta antes de los 18 años.<sup>1</sup>

Desde la asociación Americana de Retardo Mental (AAMR) en 1992 surge un nuevo paradigma. "Un estado concreto de funcionamiento que comienza en la infancia y en el que las limitaciones intelectuales coexisten con limitaciones asociadas en habilidades adaptativas. No es un rasgo absoluto del individuo; mas bien es un estado de funcionamiento deficiente en ciertos aspectos concretos es decir una expresión de la interacción entre persona con un funcionamiento limitado y el entorno"<sup>2</sup>

La nueva definición plantea la tarea esencial de los profesionales en cuanto a modificar la evaluación con

diagnósticos y clasificación pero en forma multidimensional, en la interacción con el contexto en que se desenvuelven determinando potencialidades, limitaciones, servicios y apoyos que necesitan (limitado, intermitente, extenso, generalizado), restándole peso al atributo coeficiente intelectual (C.I.) para ofrecer unos planteamientos de trabajo más funcionales y eficaces. Así se establecen cuatro dimensiones diferentes de evaluación: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas; consideraciones psicológicas y emocionales; consideraciones físicas, de salud y etiológicas y consideraciones ambientales.

En conclusión, el nuevo modelo refleja el hecho de que muchas personas con retraso mental no presentan limitaciones en todas las áreas de habilidades adaptativas, permite una descripción más adecuada de cambios a nivel personal, ambiental, educativo y terapéutico para favorecer la ayuda mutua con la participación de otros profesionales y organizaciones.

Además se plantea la necesidad de modificar la rígida concepción y funcionamiento de muchos servicios sociales e institucionales con una nueva filosofía de trabajo y principios de actuación para acometer con la responsabilidad de todos los retos transformadores en este ámbito.

\* Fonoaudióloga. Profesora Departamento de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca

## Importancia de la Compresión Lectora en Universitarios con Déficit Auditivo

María Consuelo Chaves P. \*

PEREZ, Villalba, FERRER, Manchon A; Asensi Borrás M.C, La comprensión lectora en universitarios con déficit auditivo, logopedia foniatría y audiología, Volumen XIX N° 1 Enero - Marzo 1999.

Los Estudiantes universitarios necesitan un buen dominio lector como herramienta de gran valor para acceder a las informaciones académicas, profesionales y científicas. Las personas sordas encuentran más obstáculos para conseguir un alto nivel lector por disminución en el dominio de la lengua oral, habilidad en la segmentación sublexica e información previa sobre los asuntos tratados por el texto.

El interés de encontrar el valor predictivo de la lectura respecto del rendimiento académico de las personas con deficiencia auditiva (D.A.) fue el motivo de investigar a un grupo de 16 estudiantes de distintas facultades de la Universidad de Valencia (España) con pérdidas auditivas de diverso tipo, comparadas con 16 universitarios normo-oyentes y un grupo de siete personas sordas que aspiraban a entrar a la universidad. Los sujetos fueron valorados en su dominio lector a través de dos pruebas de comprensión lectora, las que eran releídas y se les formulaba preguntas sobre su

contenido. Se tuvieron en cuenta variables como la comprensión lectora, grado, tipo de pérdida auditiva (pre-postlocutiva), forma de comunicación, tiempo lector y rendimiento académico.

Al finalizar la investigación encontraron que los dos primeros grupos poseían un dominio lector superior al tercero; a mayor grado de pérdida auditiva hubo una tendencia poco pronunciada a puntuar menos en las pruebas. Los postlocutivos alcanzaron mejor puntaje que los prelocutivos, aunque la base estadística no fue suficiente para confirmarlo. La utilización de lenguaje oral fue superior al lenguaje de signos, datos no fiables por la minoría de estudiantes con este último método; el tiempo lector fue mayor para los universitarios con D.A. dependiendo de su grado de pérdida, y el rendimiento académico de los D.A. estaba estrechamente ligado a la comprensión lectora, ya que en los normo-oyentes dependía de factores adicionales.

Los resultados evidencian que el éxito escolar de los D.A. universitarios requieren una comprensión lectora de alto nivel y confirma la estrecha relación existente entre el dominio de la lengua oral y la comprensión lectora.

\* Fonoaudióloga. Profesora Departamento de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca

## Manejo Óptimo de la Columna Cervical Traumática en Pacientes Críticamente Enfermos: Evaluación Prospectiva

Carlos Alberto Velasco L. \*

Los traumatismos espinales ocurren en 1.5 % a 3.0 % de los pacientes que sufren lesiones mayores y en 10% con traumas importantes del cráneo, las consecuencias potenciales de un error en la identificación de una inestabilidad cervical son enormes e incluyen cuadriplejía con sus elevados costos socio-familiares.

Los estudios radiográficos (Rx) simples en proyección lateral tienen una sensibilidad del 85% mientras que las proyecciones lateral y antero posterior (AP) la mejoran hasta un 93%. Otras como la posi-

ción de nadador utilizada para observar C7-T1 no mejoran la efectividad del procedimiento.

En Melbourne, entre marzo y octubre de 1995 fueron evaluados prospectivamente 100 pacientes con trauma cerrado de cráneo y cuello, alteraciones sensoriales o paresia de sus extremidades, dolor en el cuello o en la espalda o alteraciones de la esfera mental asociadas con traumas múltiples, trauma por flexo-extensión o rotación de la cabeza y accidentes en vehículos a alta velocidad.

**Rx Simples estáticos:** Inicialmente se obtuvieron Rx estáticos en proyecciones lateral y antero posterior y si no se visualizaba bien C7-T1, se practicaron Rx en posición de nadador. Si esta serie era anormal o no aclaraba el diagnóstico los pacientes iban a tomografía computarizada (CT) o resonancia magnética nuclear (RMN). Si el examen era normal se retiraba el collar de Filadelfia, pero si se encontraba hipersensibilidad, dolor o limitación de los movimientos del cuello, el collar se mantenía en posición y se practicaba luego una serie dinámica.

**Rx Simples Dinámicos:** Se practicaron Rx simples dinámicas (flexión extensión) después que los signos y síntomas cervicales se resolvieron. Si eran normales, se retiraba el collar o si no se realizaba CT o RMN. En pacientes inconcientes o que no colaboraban se practicó Rx simple pasiva con 30 grados de flexión de la cabeza y en extensión controlada mediante monitoría, y si era normal se retiraba el collar, sino se practicaba CT o RMN.

**RESULTADOS:** Seis pacientes tenían lesiones inestables (6.6%), cinco de los cuales tenían Rx simples estáticos anormales, lesiones confirmadas más tarde por CT o RMN. Siete pacientes concientes y colaboradores tenían Rx simples dudosos y fueron llevados a CT, descartándose anomalías en todos ellos. Ninguno de estos pacientes fue a Rx dinámicas pues estaban concientes, cooperaban y su examen neurológico era normal.

Setenta y nueve pacientes tenían Rx estáticas normales, 31 de los cuales colaboraban y podían mover el cuello. De estos, 19 tenían examen clínico normal y les fue retirado el collar cervical, 12 presentaron anomalías al examen y fueron a Rx dinámicas des-

pués que sus síntomas desaparecieron, las que fueron normales. A los 48 pacientes restantes que estaban inconcientes o no colaboraban se les realizaron Rx estáticos. Un paciente demostró anomalías consistentes en inestabilidad cervical por una fractura que fue más tarde confirmada al CT y RMN asociada a un síndrome medular central. Seis pacientes mostraron lesiones en la médula espinal cervical.

Los collares cervicales rígidos generan presión inadecuada y deben ser cambiados por collares anatómicos o por modelos de Filadelfia dentro de las primeras cuatro horas.

Rx estáticas normales con un examen neurológico normal en paciente conciente y colaborador excluyen lesiones cervicales y se acepta que los pacientes con anomalías al examen clínico requieren Rx dinámicos activos para excluir inestabilidad ligamentaria después que sus síntomas se hayan resuelto.

En pacientes inconcientes, que no colaboran o están sedados existe controversia. En nuestra opinión una CT no es la respuesta, primero porque no puede identificar lesiones ligamentarias (el CT es estático) inestables y segundo, porque la rutina de realizar cortes finos es mucho más costosa que los Rx funcionales o dinámicos.

Este estudio prospectivo en pacientes de UCI con trauma severo identificó seis casos de inestabilidad cervical y uno más utilizando solo radiología funcional o dinámica cervical.

A.E. AJANI, D.J. COOPER, et al  
From Intensive Care Department, The Alfred Hospital, Melbourne, Victoria. *Anaesth Intensive Care* 1998; 26: 487-491

\* Médico Neurocirujano, Profesor Departamento de Ciencias Quirúrgicas. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.