

¿Los niños nacidos prematuros presentarán dificultades al momento de su inclusión educativa?

Will infants born prematurely have difficulties at the time of their educational inclusion?

Mariana Dalbes ¹

Resumen: *El presente artículo pretende compartir la inquietud sobre la inclusión en el ámbito escolar de los niños que nacieron con desventajas desde lo biológico dada su prematuridad. Estos niños que nacen prematuros, por su inmadurez, sufren una serie de patologías que requieren cuidados especiales en los servicios de neonatología y un seguimiento posterior, a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales, para lograr minimizar sus secuelas y desarrollar plenamente sus capacidades.*

Los bebés prematuros y de bajo peso presentan, en comparación con los nacidos a término, una serie de características que los colocan en situación de alto riesgo. Además, se trata de indagar si requirieron apoyos, si recibieron asistencia terapéutica, si la familia los acompañó en este proceso y en el arribo a la etapa escolar, para poner en evidencia si presentaron dificultades en su incorporación a la escuela (como dificultades en los aprendizajes de lectoescritura, por ejemplo).

Palabras clave: *niño prematuro, desarrollo del niño, dificultad de aprendizaje, inclusión educativa*

¹ Especialista en Inclusión Educativa para Personas con Discapacidad. Licenciada en Gestión de la Educación Especial. Profesora en Psicomotricidad. Docente de la Facultad de Educación y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba. Córdoba, Argentina. Correo electrónico: marianadalbes@gmail.com

Diálogos Pedagógicos. ISSN en línea: 2524-9274.

Año XXI, N° 41, abril-septiembre 2023. Pág. 92-107.

DOI: [http://dx.doi.org/10.22529/dp.2023.21\(41\)05](http://dx.doi.org/10.22529/dp.2023.21(41)05) / Recibido: 16/11/2022 / Aprobado: 6/02/2023.



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar.
© Universidad Católica de Córdoba.

Abstract: *This article intends to share the concern about the school integration of children born with biological disadvantages due to their prematurity. These children born prematurely, as a result of their immaturity, suffer from a number of pathologies that require special care in neonatology units and a subsequent follow-up by an interdisciplinary team of professionals to minimize their sequelae and to fully develop their capabilities.*

Compared to full-term infants, premature and low-weight babies have a number of characteristics that place them at high risk. In addition, the aim herein is to find out if they required support, if they received therapeutic assistance, if the family accompanied them throughout this process and upon reaching school age, in order to show whether they experienced difficulties in their school integration (such as difficulties in learning to read and write, for instance).

Keywords: *premature baby, child development, learning difficulty, educational inclusion*

Introducción

El presente artículo pretende compartir la inquietud sobre la inclusión en el ámbito escolar de niños que nacieron con desventajas desde lo biológico dada su prematuridad. Además, trata de indagar sobre el arribo a la etapa de ingreso escolar para evidenciar si presentaron dificultades en su incorporación a la escuela (como dificultades en los aprendizajes de lectoescritura, por ejemplo).

El parto prematuro es un verdadero desafío que se plantea en la Medicina Perinatal. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales.

El grado de maduración neuropsicológica de los niños en etapa preescolar representa un componente esencial en los procesos de aprendizaje y conducta del ser humano, a la vez que repercute a lo largo de toda su vida, ya que, en la infancia, especialmente durante los seis primeros años de vida, se estructuran las conexiones neuronales que establecen el desarrollo cognitivo, intelectual, psicomotor y social de los niños, así como el lenguaje y el pensamiento (Escobar, 2006).

La escolarización de los niños prematuros

Según Prieto *et al.* (2019), el período fundamental para que se dé un óptimo desarrollo de las funciones mentales superiores es entre los tres y seis años, ya que la edad preescolar es un espacio crítico del desarrollo funcional del cerebro que refleja las potencialidades adquiridas y, también, nos anuncia las condiciones neuropsicológicas que presenta el niño para el comienzo de la escolaridad.

¿Los niños nacidos prematuros presentarán dificultades...?

Existe evidencia de que los niños nacidos prematuros de menos de 30 semanas de gestación tendrán dificultades en el desarrollo psicomotor, lo que traerá aparejado dificultades en el aprendizaje (Casado Gómez *et al.*, 2019). Por lo tanto, su inclusión en la escolaridad formal deberá contar con apoyos múltiples. También, existe información sobre la calidad de vida de estos niños (Marchisio, 2015). Los profesionales de la salud, de la educación y las familias deben conocer el riesgo que presentan los niños nacidos prematuros de tener dificultades y/o alteraciones que pueden interferir en la vida escolar a fin de trabajar conjuntamente en la prevención de dichas dificultades con una intervención temprana (Marchisio, 2015).

Por sus condiciones de riesgo, los niños prematuros se consideran niños con necesidades especiales de atención de su salud:

Los niños con necesidades especiales de atención de su salud [NEAS] son aquellos que tienen, o que se hallan en riesgo elevado de tener, una condición crónica física, emocional, del desarrollo y/o de comportamiento que requieren servicios de salud, en calidad y cantidad diversa y mayor a los que requieren los niños en general. (Figuroa Turienzo, 2015, p. 3)

El niño nacido de un parto prematuro se asocia con problemas de comportamiento y un coeficiente intelectual más bajo a la edad de seis años, independientemente del coeficiente intelectual materno, el entorno residencial, la sociodemografía y tienen mayor probabilidad de presentar trastornos que perturben su desarrollo y que traigan aparejado dificultades en su inclusión educativa.

Se necesita investigación futura para constatar si estos hallazgos son el resultado de una reducción en la duración de la gestación, factores *in utero* (por ejemplo, complicaciones obstétricas) o *ex utero* (por ejemplo, complicaciones neonatales) marcados por un parto prematuro tardío o alguna combinación de estos factores. El parto prematuro tardío (34 a 36 semanas de gestación) se ha asociado con un riesgo de problemas cognitivos y socioemocionales a largo plazo. Sin embargo, muchos estudios no han incorporado medidas de contribuyentes importantes a estos resultados y no está claro si los efectos atribuidos a la edad gestacional están separados del crecimiento fetal o el peso al nacer para la edad gestacional.

Ahora bien, toda la información disponible nos hace pensar que los niños nacidos en situación de prematurez tienen altas posibilidades de presentar dificultades en su desarrollo y en sus aprendizajes, pero cabe preguntarse si será solo esto lo que compromete el desarrollo o si coexistirán otras variables que acentúan, incrementan o modifican este supuesto. La calidad de atención que se brinde, el vínculo con la familia y las condiciones biológicas con las que nace y se desarrolla determinarán en qué medida un recién nacido prematuro se verá afectado.

Sin distinción significativa por área geográfica ni por niveles socioeconómicos, nacen por año, en la Argentina, 7.500 niños con un peso igual o inferior a los 1.500 gramos, lo que representa en promedio 20 bebés por día, de los cuales se estima que solo vivirá 1 de cada 2. La cifra surge de los últimos datos disponibles en la

Dirección de Estadísticas e Información de Salud y Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación correspondientes al 2021 (Ministerio de Educación de la Nación, 2023).

Sabemos que la mortalidad infantil es dividida para su análisis en tres partes según el momento de muerte: neonatal precoz o temprana (0-6 días), neonatal tardía (7-27 días) y post-neonatal (28 días-11 meses y 29 días). Al respecto, en Argentina, la mortalidad infantil se produce mayoritariamente en el período neonatal precoz, que se destaca por contener las causas más difícilmente reducibles de muerte.

Las medidas de prevención primaria, deben tomarse antes de que se desencadene una amenaza de parto prematuro; son no consumir alcohol, no fumar, mantener una alimentación saludable, adecuada ganancia de peso, estar alerta a cualquier flujo anormal, ya que podría deberse a una infección genital, y visitar regularmente a su médico obstetra, quien -además de los controles de rutina-informará a la madre sobre todas aquellas pautas de alarma que podrían estar indicando amenaza de parto y que requieren de la consulta médica inmediata (Sociedad Argentina de Pediatría, 2017).

El parto prematuro puede dejar al cerebro vulnerable a la disfunción. Se necesita el conocimiento del futuro retraso, en el desarrollo neurológico en niños nacidos con varios grados de prematuridad, para lograr una intervención oportuna y eficaz. Se debe observar la interacción padres-hijo, muchas veces alterada por una internación prolongada o por un bebé diferente al "ideal". Es fundamental que el niño reciba estímulo y afectividad permanente de todos los miembros de su familia que le permitan alcanzar un mejor desarrollo dentro de sus posibilidades.

Educación inclusiva

La educación inclusiva es un derecho hoy reconocido por las políticas internacionales, como así también por las políticas específicas de muchos países. Su finalidad es lograr una educación de calidad para todos y con todos en la escuela común, "en el aula común de todos, con todos y en todo momento" (Yadarola, 2015, p. 2). Busca la construcción de sociedades y comunidades inclusivas más solidarias, justas y equitativas, donde todos sean considerados ciudadanos de pleno derecho. López Melero (2012) lo expresa de forma clara: "Este derecho de la ciudadanía por el elogio de las diferencias y la lucha contra las desigualdades es lo que define a una sociedad de todas y todos, pero con todas y con todos, lo contrario sería despotismo ilustrado" (p. 156).

La educación inclusiva no es una estrategia más de enseñanza o una modalidad diferente de escolaridad; debemos incorporarla como finalidad a alcanzar, dado que implica una forma de vida más plena, más justa y una forma de aprender entre todos y de beneficiarnos de estar con los demás.

Dadas las condiciones actuales, no se manifiesta como una tarea simple y requiere indagar sobre qué entiende la sociedad cuando hablamos de inclusión.

La construcción de prácticas inclusivas implica un proceso complejo que se debe desarrollar a largo plazo, que requiere de la participación de toda la comunidad educativa.

Hoy sabemos bien que el concepto de educación inclusiva tiene muchos significados y lecturas, algunas de ellas complementarias entre sí (pues se trata, en definitiva, de una determinada forma de entender a la educación escolar que, por ello, compromete transversalmente a todos los elementos de un sistema educativo). Pero, también existen otras lecturas reduccionistas que no compartimos; por ejemplo, cuando se la identifica con la educación especial o solamente con la preocupación por determinados alumnos, en mayor riesgo de exclusión.

La UNESCO (2005), define a la inclusión precisamente así, como

un proceso destinado a abordar y atender a la diversidad de necesidades de todos los educandos mediante una participación cada vez mayor en el aprendizaje, entornos culturales y comunidades, y a reducir al mismo tiempo la exclusión dentro y partir del entorno educativo. Ello requiere cambiar y modificar contenidos, enfoques, estructuras y estrategias, con un planteamiento común que incluya a todos los niños del grupo de edad correspondiente y con la convicción de que es responsabilidad del sistema general educar a todos los niños.

Muchas escuelas de América Latina han iniciado el camino de la inclusión o están intentando hacerlo; sin embargo, se pueden percibir las grandes dificultades que se presentan al avanzar hacia una mayor inclusión. Es frecuente encontrar equipos colaborativos, resolución de problemas en grupo, grupos de apoyo entre iguales y enseñanza de equipo como oportunidades de desarrollo profesional.

Actualmente, existe un consenso mundial en relación con los principios y filosofía de la integración y de la inclusión educativa, razón por la cual el debate se centra en analizar las condiciones y estrategias que facilitan su puesta en práctica. El desarrollo de escuelas inclusivas es un proceso de cambio importante que lleva tiempo y ha de realizarse de forma gradual. No es necesario esperar a que se den todas las condiciones favorables para iniciar el proceso porque, entonces, no se empezaría nunca. Lo importante es tener claro cuáles son para ir construyéndolas paulatinamente. La construcción gradual de estas condiciones forma parte del propio proceso de desarrollo de escuelas inclusivas.

De este modo, no solo se favorece la integración de niños con discapacidad a la escuela regular, sino que promueve la calidad de la enseñanza para todos y contribuye a frenar la desintegración de muchos otros niños que presentan dificultades de aprendizaje o de adaptación a la escuela, como consecuencia de una enseñanza inadecuada. Es decir, no hay diferencias significativas entre las condiciones que facilitan la integración y las que hacen posible el desarrollo de escuelas efectivas para todos.

En este sentido, es importante insertar las necesidades educativas especiales dentro de la diversidad y avanzar hacia escuelas que atiendan las necesidades de todos los alumnos. Hablar de diversidad es hablar de niños con necesida-

des, intereses y motivaciones distintas: niños viviendo en la calle; trabajadores; migrantes; de minorías étnicas, lingüísticas y culturales; niños de diferentes estratos socioeconómicos (Blanco, 2015).

Al comenzar a utilizarse en los países de América Latina y el Caribe el Índice de Inclusión Educativa, que desarrolla el aprendizaje y la participación en las escuelas (Booth y Ainscow, 2015), se han adaptado y cambiado de acuerdo con las circunstancias locales, siempre que permanezca el espíritu central del proceso del Índice, revisión, consulta, recopilación de información y plan de desarrollo de una escuela inclusiva que ayude a romper con las barreras del aprendizaje y la participación.

Al mismo tiempo, como asevera Rosa Blanco (2006), en América Latina, ha habido grandes avances en cuanto al acceso a la educación básica, pero persisten grandes desigualdades en cuanto a su calidad, lo que afecta a aquellos colectivos que más necesitan de la educación para compensar su situación de desventaja.

Las respuestas al cuestionario del Índice en Argentina son elocuentes en cuanto a su dimensión política, aun cuando fueron generadas tiempo antes de la formulación de la Ley Nacional de Educación Nº 26206.

Según lo referido por Skliar (2015, p. 35):

Se carece de un programa nacional de educación inclusiva que promueva políticas en todos los niveles de escolaridad. Los padres deben desempeñar un rol muy activo, incluso presentar peticiones judiciales. En algunas provincias existen equipos interdisciplinarios itinerantes. Su eficacia y continuidad está sujeta a la disponibilidad de recursos para los traslados, los cuales disminuyeron a partir de la emergencia económica del 2001.

Del mismo modo, Arap (2015), en su investigación titulada *Actitud docente e Inclusión Educativa: Un estudio de caso sobre la Influencia de la Actitud en la práctica docente en clases inclusivas*, elaborada en Uruguay, que tuvo como objetivo problematizar la incidencia de la actitud del docente en su práctica educativa inclusiva en una escuela pública del interior, mediante el método cualitativo, dando como resultado, que los docentes que han recibido previamente charlas acerca de inclusión han desarrollado de mejor manera su práctica inclusiva y su actitud hacia los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, dentro de las aulas.

El estudio de Beltrán-Villamizar *et al.* (2015), denominado *El sistema educativo colombiano en el camino hacia la inclusión*, tuvo como objetivo estudiar los avances y retos en veintidós materias de educación inclusiva en Colombia, a través de un análisis comparativo entre las políticas y estrategias desarrolladas en Colombia y en España, cuyos resultados arrojaron como dato que, en España, existe un avance importante y significativo frente a la inclusión. En Colombia -al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos que se acogen a los lineamientos planteados por la UNESCO-, se han comprometido con la transformación de sus sistemas educativos bajo la bandera de la inclusión, cuya filosofía aún se encuentra en proceso.

Con el propósito de incorporar la mirada sobre el desarrollo infantil (DI) en el curso de los controles de salud, la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en conjunto con un grupo asesor de profesionales de distintas disciplinas, elaboró, entre 2012 y 2014, un instrumento destinado a realizar el seguimiento de los niños mediante la observación de las pautas de desarrollo: el Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI). Organización Panamericana de la Salud. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años).

Concepto y concepciones sobre "prematurez"

El preconceito de que un niño prematuro tendrá serias dificultades en su desarrollo está presente en el imaginario de las personas. Aquellos padres que tienen un hijo prematuro cargan con este estigma durante mucho tiempo.

Existe un aumento en la tasa de prematuridad en los países desarrollados que refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, los cuales permiten la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros (Rellan Rodríguez *et al.*, 2008).

Se denomina "edad corregida" a la edad gestacional al nacer sumada a la edad posnatal en semanas, hasta las 40 semanas. Se calcula restandoles a las semanas de edad cronológica las semanas que le faltaron al niño para llegar a término (considerando el término como 40 semanas). Así, por ejemplo, un niño que nació con 32 semanas de edad gestacional y viene a la consulta a los 3 meses de edad cronológica tiene 1 mes de edad corregida: 12 semanas - 8 semanas = 4 semanas = 1 mes.

El crecimiento normal tiene un rango muy amplio, por lo cual es importante tener una historia completa de la etapa perinatal, teniendo en cuenta el peso de nacimiento y el peso al alta. Todos los aspectos a evaluar en el niño en cada control se harán sobre la base de la edad corregida (excepto las vacunas que van de acuerdo con su edad cronológica). Se determinará en la antropometría el peso, la talla y el perímetro cefálico, teniendo en cuenta la utilización de tablas para prematuros que evalúan el crecimiento del niño según su edad corregida. Habitualmente, se usa la edad corregida hasta los 48 meses y, de ahí en más, se utiliza la edad cronológica.

Al médico pediatra le compete la responsabilidad de promover el desarrollo normal del niño pretérmino. Tiene dos tareas principales. La primera consiste en realizar la detección primaria de las disfunciones mentales, motoras, sensoriales y de la conducta, riesgos a los que están más expuestos estos niños. La segunda es brindar soporte emocional y educativo a los padres enfrentados a las tareas que, en estas circunstancias, se hacen más complejas.

La pesquisa de los trastornos del desarrollo es esencial. La maduración neurológica debe ser evaluada de acuerdo a la edad corregida y puede utilizarse

para este fin la prueba de Rodríguez y colaboradores (Rodríguez *et al.*, 2008), que mide el cociente y el perfil de desarrollo.

Pese al mejor pronóstico actual de los niños prematuros, la incidencia de retraso mental, parálisis cerebral y trastornos del aprendizaje sigue siendo más alta que en el resto. En la tarea de su seguimiento, deben participar su familia, el equipo de salud y la sociedad trabajando armónicamente y en conjunto para que el objetivo del desarrollo pleno en los aspectos físico, psíquico y emocional sea logrado con éxito.

Es importante destacar que alrededor del 60 % de los prematuros de alto riesgo crecerán libres de secuelas y, en este caso, el rol del equipo de seguimiento es el de acompañar, contener, discernir desarrollos dentro de la normalidad y cuidar a ese niño y a su familia.

El cerebro del bebé es muy plástico, se puede estimular y los padres tienen un papel activo en la terapia de estimulación. Con todos los avances presentados y gracias a la estimulación temprana, el objetivo ya no es la supervivencia de estos niños, sino asegurarles el menor número de secuelas posible. Sin embargo, según diferentes estudios publicados, un porcentaje considerable de prematuros no escapa de las consecuencias de haber abandonado el vientre materno mucho antes de tiempo.

Causas de la prematurez

En un trabajo realizado en una maternidad de la ciudad de Córdoba (Andraca, 2013), se reportaron una serie de factores de riesgo prevenibles, vinculados a la aparición de prematurez, entre ellos: embarazos en 30 % de adolescentes; nivel de instrucción alcanzado de las madres, vulnerabilidad social en 45,3 %; 80 % de desempleo; 20 % de necesidad de terapia psicológica; 16 % de violencia doméstica; 38 % sin prácticas anticonceptivas; antecedente de 28 % de parto prematuro previo; estados carenciales (anemia 28 % e insuficiente ganancia de peso 27 %) y alta incidencia de fumadoras (25 %). Como vemos, la fisiopatología de parto prematuro es compleja debido a sus múltiples causas y a su carácter heterogéneo, donde algunos factores psicosociales son relevantes en la etiología de parto prematuro (Andraca, 2013).

Las medidas que mejoran el cuidado antenatal, médico, dietético y social son eficaces para corregir la desigualdad y controlar la tasa de prematuridad. La gestación múltiple espontánea o inducida aumenta las tasas de prematuridad y representan, aproximadamente, una cuarta parte de los partos pretérmino. La incidencia de gemelos y tripletes se multiplicó en los primeros años de desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. Las complicaciones maternas y fetales son la causa del 15 y el 25 % de los pretérmino. El mayor porcentaje viene representado por la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el polihidramnios. La prematuridad es obstétricamente inducida en determinadas patologías fetales, como la Fetopatía diabética, el Hidrops fetal, etc. (Ceriani Cernadas, 2019).

Los factores sociales y biológicos tienen una gran importancia en el aumento de la prematuridad y, muy probablemente, sean su mayor causa. En la historia de la humanidad, al menos desde el *Homo sapiens* (alrededor de 70.000 años atrás), hay innumerables ejemplos donde las condiciones de vida estaban estrechamente relacionadas con la salud de la gente. Esto persistió en el mundo desde los miles de años que pasaron hasta la actualidad, debido a que no mejoraban las condiciones de vida de muchas poblaciones. De esta forma, se fueron perpetuando los trastornos biológicos en este círculo de pobreza-prematuridad-desnutrición-enfermedades-pobreza que persistieron a través de las generaciones, mientras no mejoraban la calidad de vida de los más desprotegidos. Por eso, estos factores resultan ser los más importantes y, asimismo, son los más difíciles de modificar en la medida en que no mejoren las condiciones de vida de la población.

También, se ha comprobado que los problemas sociales, como la pobreza, generan condiciones desfavorables en el trabajo durante el embarazo y eso tiene una fuerte correlación con la prematuridad. Los estudios han observado que la mayor incidencia del parto prematuro ocurría en madres que realizaban trabajos manuales de cierta intensidad más de diez horas por día y cuando permanecían de pie muchas horas.

Otro factor es el de las madres adolescentes (menores de 18 años), cuya frecuencia es marcadamente mayor en las poblaciones con escasos recursos, lo cual lleva a que perdure un mayor riesgo de tener un parto prematuro.

Hay otros factores sociales, culturales y biológicos relacionados con la prematuridad. Se destacan: baja talla de la madre, bajo peso materno anterior al embarazo, parto antes de los 18 o después de los 35 años, hábito de fumar, uso de alcohol y drogas, escasa educación materna (con cierta frecuencia, no completan los estudios primarios). Asimismo, esos factores también influyen en los prematuros, tales como el insuficiente aumento de peso en la unidad neonatal, infecciones bacterianas, displasia broncopulmonar y otros trastornos o enfermedades.

Además, no hay dudas de que los factores relacionados con la baja condición sociocultural generan frecuentemente un riesgo para la evolución a largo plazo de los prematuros de muy bajo peso, debido a que hay una interacción entre la prematuridad y el nivel socioeconómico. Existe evidencia de que, en esas poblaciones, el pronóstico alejado de los niños es más desfavorable y presentan un mayor déficit en el desarrollo neurológico sensorial y en las capacidades cognitivas. El gran problema en esas familias es que esos trastornos pueden persistir toda la vida. Los niños criados en la pobreza tienen altas probabilidades de tener factores ambientales inadecuados, como la privación maternal y los altos niveles de estrés familiar que los lleva a que tengan menos experiencias cognitivas estimulantes.

El deterioro en la asistencia de la salud es, también, uno de los factores más importantes. Cuanto menor es el nivel social y la educación de las madres, menores son las posibilidades de un buen control del embarazo. Esto aumenta las posibilidades de prematuridad, debido a la disminución o ausencia de la aplicación de estrategias y consejos durante el embarazo.

La familia del niño prematuro

Hablemos de las familias, de cómo se comportan ante la llegada de un hijo prematuro.

Refiere, al respecto, la Licenciada Blanca Núñez (2003):

Sabemos que la familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis movilizadora a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico.

Cada familia es única y singular y procesará esta crisis de diferentes modos. En relación a cómo se elabora la crisis del diagnóstico, puede acontecer un crecimiento y enriquecimiento familiar o, por el contrario, se pueden desencadenar trastornos de distinta intensidad. (p. 134)

La discapacidad del hijo es una crisis accidental que produce un impacto psicológico a nivel de los diferentes vínculos familiares y distintos grados de gravedad en la trama vincular familiar. Estos conflictos pueden derivar en una consulta al especialista en salud mental. Blanca Núñez (2003) expresa que un nacimiento prematuro no siempre producirá discapacidad en ese hijo, pero el temor y las secuelas pueden producirlo, por lo que es oportuno hablar del impacto en la familia.

De igual manera, cada familia es única y singular y procesará esta crisis de diferentes modos. Tanto su intensidad como la capacidad de superarla varían de una familia a otra. Muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino. Estas últimas son las que llegan al especialista en salud mental. La discapacidad del hijo produce, generalmente, un gran impacto en el plano de la pareja conyugal.

Muchas parejas salen fortalecidas, el niño con discapacidad los une; para otras, la situación es promotora de malestar y ruptura vincular. Un factor de gran influencia es la existencia o no de conflictos previos a nivel de la pareja. Los conflictos previos pueden traer mayores dificultades en la adaptación a la situación. Esos conflictos pueden agravarse, o bien la situación sirve de telón o excusa que encubre esa relación afectada anteriormente. El niño con discapacidad puede ser tomado como "chivo expiatorio" de las dificultades maritales. El espacio de la pareja conyugal aparece reducido como consecuencia del predominio de las funciones parentales. El daño del hijo se asocia a temores y a fantasías de los padres en torno al sexo y, más aún, cuando es el primero. El hombre vive un cuestionamiento a su virilidad. La mujer siente que la discapacidad es una prueba de que "tiene algo malo dentro", de que "no está completa". Tales sentimientos afectan las relaciones e intercambios de la pareja. Se produce una división rígida de roles entre los miembros de la pareja, de acuerdo con un modelo tradicional: la madre, dedicada a la crianza de los hijos, la que establece una relación muy estrecha con ese hijo que es criado por la ley materna y no es incorporado a una situación triangular. Queda ocupando el lugar de un "niño eterno" de esa madre. Esta es proveedora de "amor sublime"; muchas veces, reactivo a sentimientos de indiferencia, hostilidad, rechazo y deseos de muerte que suelen permanecer inconscientes. Se muestra como una proveedora inagotable de gratificación de ese hijo. Queda afe-

rrada a una ideología del sacrificio, prioriza la postergación sacrificada de ella como mujer, esposa, madre de los otros hijos. Se cumple o no con el ideal del sacrificio: es una situación llena de ambivalencia para la madre.

Algunas variables a tener en cuenta

La información recabada hasta el momento me lleva a plantear algunas hipótesis, entre las que cobran mayor importancia la manera en que influyó la pandemia que vivimos durante 2020 y 2021, que nos obligó a estar replegados en nuestros domicilios y a modificar la interacción social. ¿Qué repercusiones habrá tenido en el desarrollo y en la incorporación de los aprendizajes escolares de estos niños? ¿Cómo influyó el hecho de no tener al docente a su lado cada día reforzando el aprendizaje? ¿En qué modos se vieron afectados los hábitos y las rutinas de trabajo, el uso de los materiales escolares, la participación interactiva con el docente y sus compañeros, aprender del otro y con el otro, aprender por imitación y copia? ¿Cuántas familias lograron acompañar a sus hijos, reforzar los aprendizajes? ¿Cuántas dificultades de índole tecnológica, de conectividad, de acceso a redes y dispositivos se presentaron? Un aprendizaje tan importante como la lectura y la escritura, base de todos los posteriores aprendizajes escolares y académicos, ¿cómo se habrán visto afectados al no poder estar el docente corrigiendo in situ, la postura al sentarse, la presión correcta del lápiz, el trazo que se debe realizar para formar el grafema (letra) que, al comienzo, es solo una forma a la que se le otorga un significado especial junto a un sonido particular? ¿Cómo encadenar esas formas para darle sentido de palabra, con un sonido propio y decodificarla al leerla?

Todo eso se vio modificado y afectado. No sabemos aún cuánto impactó en cada niño. Estos efectos se verán de a poco, en cada grupo de niños, con sus particularidades y variantes, porque, como dice Schojed-Ortiz (2010), "la escritura es la forma de expresión del lenguaje que implica una comunicación simbólica con ayuda de signos elegidos por el hombre. Estos signos varían según las culturas" (p. 87).

Para poder aceptar la conquista de este instrumento nuevo sin angustia y sin sufrimiento, el niño deberá estar deseante de esta situación; por lo tanto, este aprendizaje deberá ser presentado de manera apetecible y valorizada.

Durante los tres primeros años de escolaridad, se deben aprender 104 caracteres (letras mayúsculas, minúsculas, de imprenta y de cursiva) más signos de puntuación y reglas ortográficas. Todo este proceso por el cual pasamos todos lo hicimos acompañados de la presencia del docente y con el apoyo de la familia. Se logró en pandemia que las familias apoyaran o se hicieran cargo de estos aprendizajes.

Del mismo modo, podemos pensar cuánto influyó el encierro debido a la pandemia en el desarrollo psicomotor de los niños que no pudieron correr en la plaza, andar en bicicleta, saltar, hacer pruebas de equilibrio, jugar con sus amigos, interactuar y relacionarse, esperar su turno, tener éxito o fracasar y volver a intentarlo... ¿Cuánto tiempo las pantallas ocuparon las horas que deberían haber

estado ocupadas por juegos en el patio de la escuela o en la plaza con los amigos? Jugar es la principal ocupación de un niño saludable.

El niño toma muy en serio su juego y dedica en él grandes afectos. El niño distingue muy bien la realidad del mundo y su juego, a pesar de la carga de afecto con que lo satura, y gusta de apoyar los objetos y circunstancias que imagina en objetos tangibles y visibles del mundo real. (Baraldi, 2005, p. 27)

A modo de reflexiones finales

No debemos olvidar las diferencias que radican en las oportunidades que los niños tienen, según su nivel socioeconómico y el lugar de nacimiento, ya que el acceso a la salud no es igual en toda la región. Dentro de la región de América Latina, existe la desventaja social de los grupos más vulnerables y marginales, lo que no siempre se compensa desde la educación. Por el contrario, esta acentúa, en muchos casos, la brecha entre los grupos más y menos favorecidos. América Latina continúa siendo una de las regiones con mayor desigualdad del mundo, donde la pobreza juega un papel principal en esta situación. Mientras que, en algunos países, la mayoría o una minoría muy amplia de la población vive en algún nivel de pobreza. En otros, esta se encuentra prácticamente erradicada o en unas cifras muy limitadas. Datos que se corroboran con información proveniente del artículo *La pobreza en América Latina* (Merino, 2019).

No obstante, conviene aclarar primero lo que entendemos como pobreza. Cuando se menciona este fenómeno, implícitamente, se limita a la pobreza extrema que es la parte más grave de esta situación.

La pandemia arrojó a veintidós millones de personas bajo la línea de pobreza durante el 2020 en los países de la región, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). De esa manera, doscientos nueve millones de personas son consideradas pobres y, de ese total, setenta y ocho millones son indigentes. Latinoamérica fue uno de los territorios más impactados por la crisis sanitaria y todas las naciones experimentaron subas en sus índices.

Argentina dio a conocer que la cifra final de pobreza del 2020 fue de 42 %, un incremento de 6,5 puntos porcentuales en relación con el año anterior. La indigencia trepó al 10,5 por ciento. Es uno de los primeros datos oficiales que se conocen entre los países de la región sobre el impacto del coronavirus en ese indicador social. Nuestro país se encuentra entre los tres países de América Latina en los que más creció el índice de pobreza en 2020. Las cifras empeoraron a lo largo de toda la región. En el país, la pobreza se incrementó un 6,5 %. Otros países con incrementos elevados del índice fueron Ecuador (7,4 %), México (7 %) y Perú (5,8 %). En el 2022, en nuestro país, el índice de pobreza alcanzó al 37,3 % de la población en el segundo semestre, lo que representó una baja de 3,3 puntos porcentuales respecto al 40,6 % que hubo en el primer semestre de 2021, según el informe que publicó el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Según los datos de la provincia de Córdoba, correspondientes al segundo semestre de 2020, la pobreza alcanzaba en el Gran Córdoba al 40,8 por ciento de la población, una tasa que es 3,4 puntos porcentuales más elevada que en el mismo período de 2019. En 2020, seiscientos treinta y cinco mil en la primera mitad y los ya mencionados seiscientos treinta y nueve mil al final del 2020, según estadísticas del 2021 del INDEC.

El gran avance logrado en la cobertura universal en educación básica no se ha acompañado de respuestas eficientes de los sistemas educativos a las diferencias sociales, económicas, geográficas, lingüísticas, culturales e individuales, lo que ha conducido a un alto nivel de analfabetismo funcional, de repetición y ausentismo escolar (Blanco, 2015). Esto afecta, especialmente, a los sectores sociales más desfavorecidos y genera una grave situación de inequidad. Esta situación se intenta abordar desde los actuales procesos de reforma educativa que están realizando la mayoría de los países en los que se persigue una mejora de la calidad y equidad de la educación y de la eficiencia y eficacia de los sistemas educativos. Un mayor nivel de equidad implica avanzar hacia la creación de escuelas que eduquen en la diversidad y que la entiendan como una fuente de enriquecimiento y de mejora de la calidad educativa. La educación escolar tiene como finalidad fundamental promover, de forma intencional, el desarrollo de ciertas capacidades y la apropiación de determinados contenidos de la cultura necesarios para que los alumnos puedan ser miembros activos en su marco sociocultural de referencia.

La supervivencia de los recién nacidos prematuros ha aumentado en todo el mundo, con una disminución concomitante de las morbilidades neonatales graves.

A pesar de las mejoras en los resultados neuromotores y sensoriales, una gran cantidad de niños que nacen antes de las 34 semanas corren el riesgo de sufrir un retraso en el desarrollo. El retraso en el desarrollo se reconoce como el principal problema en los niños nacidos prematuros. Identificar a estos niños con riesgo de retraso en el desarrollo que nacieron prematuros es un desafío.

La atención temprana podría conducir a una intervención dirigida y a la prevención de discapacidades posteriores, ya que la intervención oportuna tiene una influencia positiva en el resultado del desarrollo integral del niño.

La atención temprana es una práctica que orienta a las familias sobre las necesidades de sus hijos en los primeros años de vida. Está orientada a la detección e intervención de distintas situaciones que impliquen riesgo para el desarrollo integral del niño, desde la gestación hasta los cuarenta meses. Actúa como soporte en la relación madre-hijo e integra, desde su intervención, las distintas miradas del equipo, en función de las características particulares de cada niño y su familia. Observa y detecta distintos factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo infantil, a través de lo siguiente:

- Conductas espontáneas que se despliegan durante la relación con el adulto significativo.
- Situación de juego espontáneo.
- Selección de las estrategias de abordaje y modos de intervención adecuados para cada niño y familia.

- Orientación a las familias o adultos referentes respecto del proceso de desarrollo y potencialidades del niño, a las condiciones del entorno y las prácticas de crianza.

Los cuestionarios para padres son cada vez más populares para evaluar el desarrollo, ya que son fáciles de administrar e interpretar, se completan en poco tiempo y pueden reducir los gastos médicos.

Además, pueden usarse en la comunidad, tienen la capacidad de centrarse en aquellos niños que tienen un retraso en el desarrollo y, por lo tanto, necesitan intervención para influir en el curso de las dificultades persistentes.

Por lo tanto, se necesita información sobre los resultados de los bebés nacidos a diferentes edades gestacionales y en diferentes entornos para realizar un buen seguimiento, orientar a la familia, asesorar a los equipos de salud y brindar información integral sobre el desarrollo del niño.

Tal como se sostiene en *El niño con trastornos del neurodesarrollo* (Hospital Garrahan, 2019), el desarrollo del niño es un proceso continuo, dinámico, de etapas sucesivas, tendiente a una mayor diferenciación e integración de funciones y en el que participan procesos biológicos, psicológicos y sociales, en el que participan de manera especial, sus cuidadores.

El respeto a la diferencia implica el reconocimiento de ser diverso y la tolerancia es el valor esencial que necesita la cultura de la diversidad. En una escuela inclusiva se debe aceptar e integrar a la diversidad.

El concepto de inclusión es más amplio que el de integración y parte de un supuesto distinto, porque está relacionada con la naturaleza misma de la educación general y de la escuela común. La inclusión implica que todos los niños de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales. En la escuela tradicional, los alumnos deben cumplir con normas esperadas de conducta y aprendizaje y aquellos alumnos que no pueden adaptarse a estas pautas son derivados a escuelas de integración o especiales. Mientras que, en la integración, el énfasis está en la adaptación de la enseñanza en función de las necesidades específicas de los niños integrados. En la inclusión, el centro de atención es la transformación de la organización y respuesta educativa de la escuela para que acoja a todos los niños y tengan éxito en su aprendizaje.

Se trata de lograr una escuela que no cierre las puertas, que no responda "no estamos preparados", en la que no existan "requisitos de entrada" o discriminación de ningún tipo; una escuela que modifique substancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica para dar respuesta a las necesidades educativas de todos y cada uno de los niños, incluidos aquellos que presentan una discapacidad.

Una escuela para todos y de todos, aún aquellos que nacieron con desventajas desde lo biológico.

Referencias bibliográficas

- Andraca, C. (2013). *Características epidemiológicas de la prematurez. Hospital Materno Neonatal de Córdoba 2013* [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Materno Infantil, Universidad Nacional de Córdoba. http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/andraca_claudia_del_valle.pdf
- Arap, M. (2015). *Actitud docente e inclusión educativa: un estudio de caso sobre la influencia de la actitud en la práctica docente en clases "inclusivas"* [Pre-proyecto de investigación]. Facultad de Psicología, Universidad de la República. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7556>
- Baraldi, C. (2005). *Jugar es cosa seria. Estimulación Temprana... antes de que sea tarde*. Letra Viva.
- Beltrán-Villamizar, Y. I., Martínez-Fuentes, Y. L. y Vargas-Beltrán, A. S. (2015). El sistema educativo colombiano en el camino hacia la inclusión. *Avances y retos. Educación y Educadores*, 18(1), 62-75. <https://www.redalyc.org/pdf/834/83439194004.pdf>
- Blanco, R. (2006). La inclusión en educación: una cuestión de justicia y de igualdad. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación* (29), 19-27.
- Blanco, R. (2015). *Hacia una escuela inclusiva*. UNESCO. Chile.
- Booth, T. y Ainscow, M. (2015). *Guía para la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares*. FUHEM. <http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/255797>
- Casado Gómez, C., Moya Maya, A. y Corrales González, A. (2019). Los recién nacidos muy prematuros: dificultades en la escuela. *Enfermería Global*, 18(3), 554-578. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.347121>
- Ceriani Cernadas, J. M. (2019). Las causas principales de la prematuridad y los muy frecuentes trastornos que ocasionan. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(4), 210-211. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n4a01.pdf>
- Escobar, F. (2006). Importancia de la educación inicial a partir de la mediación de los procesos cognitivos para el desarrollo humano integral. *Laurus*, 12(21), 169-194. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. <https://www.redalyc.org/pdf/761/76102112.pdf>
- Figuroa Turienzo, C. M. (2015). Aplicación del indicador calidad de vida relacionada con la salud en la asistencia de niños y adolescentes. En *37° Congreso Argentino de Pediatría*. Mendoza. Sociedad Argentina de Pediatría. https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/37%20CONARPE/figuroa.enfermedadescronicas.pdf
- Hospital Garrahan (2019). *El niño con trastornos del neurodesarrollo*. Series de Pediatría Garrahan. Editorial Médica Panamericana.

Ley Nacional de Educación 26206. Honorable Congreso de la Nación Argentina, 13 de diciembre, 2006.

López Melero, M. (2012). La escuela inclusiva: una oportunidad para humanizarnos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 26(2), 131-160. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27426890007.pdf>

Marchisio, M. I. (2015). *Calidad de vida relacionada a la salud en niños que fueron prematuros* [Tesis Doctor en Medicina]. Universidad Católica de Córdoba. <http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/id/eprint/1273>

Merino, Á. (2019, 7 de agosto). La pobreza en América Latina. *El Orden Mundial*. <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/pobreza-en-america-latina/>

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Natalidad y mortalidad infantil. Argentina - Año 2021*. Secretaría de Acceso a la Salud Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica Dirección de Estadísticas e Información en Salud. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf

Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Archivos Argentinos de Pediatría* 101(2), 133-142. <http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/FAMILIA/La%20familia%20con%20un%20hijo%20con%20discapacidad%20-%20Blanca%20Nunyez%20-%20articulo.pdf>

Prieto, F., Portellano Pérez, J. A. y Martínez-Orgado, J. (2019). Ansiedad materna prenatal, desarrollo psicológico infantil y reactividad del eje HPA en bebés de 2 a 3 meses de edad. *Clínica y salud: Investigación Empírica en Psicología*, 30(1), 23-33. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742019000100004

Rellan Rodríguez, S., Garcia de Ribera, C. y Paz Aragón Garcia, M. (2008). El recién nacido prematuro. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*, Capítulo 8, 68-77. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

Rodríguez, S., Arancibia, C. y Undurraga, V. (2008). *Escala de evaluación del desarrollo psicomotor 0-24 meses (EEDP)*. Santiago, Chile: Cronopios.

Skliar, C. (2015). Preguntar la diferencia: cuestiones sobre la inclusión. *Sophia [online]*, 11(1), 33-43.

Sociedad Argentina de Pediatría (2017). *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Unicef. <https://www.unicef.org/argentina/media/416/file/Salud%20infanto%20juvenil.pdf>

UNESCO (2005). *Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142919_spa

Yadarola, M. E. (2015). Educación inclusiva y diseño universal para el aprendizaje de todos. *VII Congreso Argentino de Síndrome de Down "Participando sin barreras"*. Tigre, Buenos Aires, Argentina.